BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Indonesia menghadapi beban ganda penyakit, yaitu penyakit menular dan penyakit tidak menular. Perubahan pola penyakit tersebut sangat dipengaruhi antara lain oleh perubahan lingkungan, perilaku masyarakat, transisi demografi, sosial ekonomi dan sosial budaya. Prevalensi Penyakit Tidak Menular (PTM) terus meningkat dan pada tahun 2016 berkontribusi pada 73% dari seluruh kematian di Indonesia. Peningkatan beban akibat PTM sejalan dengan meningkatnya faktor risiko seperti hipertensi, tingginya kadar gula darah, dan obesitas. Hal ini terutama disebabkan oleh pengaruh pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, dan merokok. Meningkatnya kasus PTM diperkirakan akan menambah beban pemerintah dan masyarakat, karena penanganannya membutuhkan biaya yang besar dan memerlukan teknologi tinggi.

Data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2016, kematian yang disebabkan oleh PTM sebesar 41 juta dari kematian di seluruh dunia (71%), yaitu Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah (PJPD) sebanyak 17,9 juta (31%), kanker sebanyak 9 juta (15,6%), penyakit saluran pernafasan kronik sebanyak3,9 juta (6,8%), diabetes melitus sebanyak 1,6 juta (2,8%), dan PJPD lainnya sebanyak 5,9 juta (16%). Di Indonesia, PTM menjadi salah satu masalah kesehatan dan penyebab kematian yang merupakan ancaman bagi pertumbuhan ekonomi di Indonesia. Angka kematian akibat PTM di Indonesiapada tahun 2014 sebesar 71% (*Sample Registration Survey*).Empat dari lima penyebab kematian tertinggi adalah stroke (21,1%), penyakit jantung koroner (12,9%), diabetes melitus dengan komplikasi (6,7%), dan hipertensi dengan komplikasi (5,3%).

Data Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) tahun 2017, sebanyak 10.801.787 juta orang atau 5,7% peserta JKN mendapat pelayanan untuk penyakit Katastropik dan menghabiskan sebanyak 14,6 triliun rupiah atau 21,8% biaya pelayanan kesehatan. Penyakit jantung merupakan penyakit yang paling banyak menghabiskan biaya kesehatan, yaitu sebesar 50,9% atau 7,4 triliun, Penyakit Ginjal Kronik merupakan penyakit katastropik kedua yang paling banyak menghabiskan biaya kesehatan setelah penyakit jantung, yaitu sebesar 17,7% atau 2,6 triliun rupiah.

Masalah PTM utama di negara maju maupun berkembang adalah PJPD. Studi di dunia menunjukkan kecenderungan peningkatan angka kematian akibat PJPD. Lebih dari 75% kematian akibatPJPDterjadi di negara berkembang yang berpenghasilan rendah sampai sedang. Dari seluruh kematian akibat PJPD, sebanyak 7,4 juta disebabkan oleh Penyakit Jantung Koroner (PJK) dan 6,7 juta disebabkan oleh stroke.

Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah yang merupakan masalah utama dan penyebab kematian terbanyak adalah Hipertensi, Stroke, Penyakit Jantung Koroner,

dan Penyakit Ginjal Kronik.Stroke merupakan penyebab kecacatan nomor satu dan penyebab kematian nomor tiga di dunia setelah penyakit jantung dan kanker baik di negara maju maupun berkembang. Beban akibat stroke terutama disebabkan oleh kecacatan serta menimbulkan beban biaya yang tinggi baik bagi penderita, keluarga, masyarakat dan negara. Di Indonesia kecenderungan prevalensi stroke mengalami peningkatan dari 12,1$^{0}/_{00}$ pada tahun 2013 menjadi 10.9$^{0}/_{00}$Pada tahun 2018.

Prevalensi penyakit jantung berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013 dan 2018 menunjukkan bahwa prevalensi penyakit jantung koroner berdasarkan diagnosis dan gejala sebesar 1,5%.

Berdasarkan Riskesdas (2013) prevalensi hipertensi pada penduduk umur 18 tahun ke atas di Indonesia sebesar 25,8%, meningkat menjadi 34,1%(Riskesdas 2018).Penyakit ginjal kronik meningkatdari 2$^{0}/_{00}$ menjadi 3,8$^{0}/_{00.}$ Penyakit Diabetes Mellitus meningkat dari 6,9% menjadi 10,9%. Penyakit Obesitas meningkat dari 14,8% menjadi 21,8%. Penyakit Obesitas Sentral meningkat dari 26,6% menjadi 31,0%. Penyakit Kanker meningkat dari 1,4$^{0}/_{00}$ menjadi 1,79$^{0}/_{00}$

Berdasarkan data Riskesdas Tahun 2013, Penyakit Tidak Menular di Indonesia mempunyai faktor risiko utama yaitu kurang konsumsi sayur dan buah (93,5%), kurang aktivitas fisik (26,1%), dan merokok pada usia ≥ 10 tahun (37,7%). Faktor risiko utama ini dapat dicegah dan dikendalikan sehingga tidak berkembang menjadi PTM.

Pengendalian ganggguan indera berfokus pada gangguan penglihatan dan pendengaran seperti yang dijelaskan dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 pasal 48, yaitu penyelenggaraan upaya kesehatan salah satunya dalam bentuk kegiatan penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran (17 kegiatan), serta pasal 95 dan 96, yaitu penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran merupakan semua kegiatan yang dilakukan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yag ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan indera penglihatan dan pendengaran masyarakat, merupakan tanggung jawab bersama Pemerintah, Pemerintah Daerah dan masyarakat.

Indera penglihatan sangat menentuan kualitas sumber daya manusia, karena 83% informasi sehari – hari masuk melalui indera penglihatan dan 11% melalui indera pendengaran. Berdasarkan data gangguan penglihatan global terakhir yang dikumpulkan pada tahun 2015, diperkirakan terdapat 253 juta orang menderita gangguan penglihatan. Dari jumlah tersebut, 36 juta orang menderita kebutaan dan 217 juta orang menderita gangguan penglihatan sedang atau berat. Sekitar lebih dari 75% gangguan penglihatan yang terjadi merupakan gangguan penglihatan yang dapat dihindari sehingga mereka dapat dikembalikan penglihatannya atau dicegah untuk tidak menjadi gangguan penglihatan yang mengganggu aktivitas sehari-hari.

Hasil survey Rapid Assesment of Avoidable Blindness (RAAB) menunjukkan bahwa prevalensi kebutaan atas usia 50 tahun Indonesia berkisar antara 1,7% sampai dengan 4,4%. Ekstrapolasi prevalensi kebutaan Indonesia adalah 3,0%, dimana prevalensi akibat katarak di Indonesia adalah 1,9%. Jumlah orang dengan gangguan penglihatan di Indonesia adalah sebesar 6,4 juta orang. Dari jumlah

tersebut, 1,3 juta orang menderita kebutaan dan 5,1 juta orang menderita gangguan penglihatan sedang atau berat. Di Indonesia, sekitar 80% gangguan penglihatan dapat dihindari, baik diobati maupun dicegah. Dari seluruh orang yang menderita kebutaan, 77,7% kebutaan disebabkan oleh katarak. Diperkirakan sekitar satu juta orang menderita kebutaan akibat katarak dan 3,2 juta orang mempunyai tajam penglihatan kurang dari 6/18 akibat katarak. Penyebab lain dari kebutaan di Indonesia adalah Kelainan di segmen posterior bola mata (6%), Glaucoma (2,9%), dan Kelainan Refraksi yang tidak terkoreksi (2,3%).

Pada gangguan pendengaran,berdasarkan data WHO, pada tahun 2000 terdapat 250 juta (4,2%) penduduk dunia menderita gangguan pendengaran dan ketulian. Indonesia memiliki prevalensi ketulian yang cukup tinggi di Asia Tenggara sebesar 4,6%. Berdasarkan data Riskesdas 2013, prevalensi gangguan pendengaran secara nasional sebesar 2,6% dan prevalensi ketulian sebesar 0,09%. Gangguan indera penglihatan dan pendengaran berdampak pada gangguan fungsional yang menimbulkan kecacatan dan menurunkan kualitas hidup seseorang. Lebih dari 600 juta penduduk dengan kecacatan di dunia, 82% berada dibawah garis kemiskinan, 20% sangat miskin dan hanya 3-4% yang beruntung dapat beraktifitas.

Timbulnya disabiitas dilatarbelakangi masalah kesehatan yang timbul sejak lahir, penyakit kronis (akibat PTM) maupun akut dan cedera yang dapat diakibatkan oleh kecelakaan, perang, kerusuhan, bencana dan sebagainya. Seiring meningkatnya populasi lanjut usia, maka akan meningkatkan jumlah penyandang disabiliitas yang disebabkan meningkatnya gangguan kesehatan akibat penyakit kronis dan degeneratif yang mempengaruhi kesehatan. Berdasarkan Laporan Bank Dunia dan WHO tahun 2011, diperkirakan 15% dari populasi dunia, khususnya populasi di negara berkembang, termasuk Indonesia, adalah orang dengan disabilitas. Sedangkan di Indonesia prevalensi nasional disabilitas pada penduduk umur 18 – 59 Tahun berdasarkan Riskesdas tahun 2018sebesar22%.

Sektor kesehatan berperan dalam upaya pencegahan, pengendalian hingga rehabilitasi. Dalam upaya pelayanan kesehatan, penyandang disabilitas juga perlu mendapatkan pelayanan khusus dan terjangkau sesuai kebutuhan khusus dari disabilitas yang dimiliki, termasuk kebutuhan akan alat bantu bagi penyandang disabilitas. Upaya kesehatan ini juga dipengaruhi oleh kondisi sosial budaya serta pelayanan dan penyediaan fasilitas sektor lain. Sehingga perlu dilakukan upaya yang komprehensif yang melibatkan sektor lainnya.

Program pencegahan dan pengendalian PTM telah menjadi komitmen internasional dan nasional yang dituangkan dalan *Sustainable Development Goals* (SDGs), yaitu penurunan sepertiga kematian dini karena PTM, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 yaitu prevalensi hipertensi pada penduduk usia 18 tahun keatas sebesar 23,4% pada tahun 2019 dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan (RENSTRA) 2015-2019 yaitu 50% Puskesmas melaksanakan Pelayanan Terpadu PTM pada tahun 2019. Pemerintah berkomitmen untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas PTM, melalui intensifikasi pencegahan dan pengendalian penyakit PTM secara komprehensif. Untuk itu perlu adanya pemahaman yang cukup serta menyeluruh tentang besarnya permasalahan

PTM dan faktor risikonya, sehingga menjadi sangat penting untuk diterbitkannyaPedoman Penyelenggaraan P2PTM sebagai acuan pelaksanaan.

B. Tujuan

Sebagai bahan acuan untuk mengoptimalisasi penyelenggaraan program Pencegahan dan Pengendalian PTM secara berjenjang.

C. Sasaran

Dimanfaatkan bagi pengelola program P2PTM yang berasal dari unsur pemerintah, swasta dan masyarakat di tingkat pusat, provinsi,kabupaten/kota dan kecamatan.

BAB II
KEBIJAKAN DAN STRATEGI

A. Kebijakan

1. Meningkatkan advokasi dan sosialisasi pencegahan dan pengendalian PTM
2. Melaksanakan upaya promotif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif secara komprehensif
3. Penguatan jejaring dan kemitraan
4. Mengembangkan dan memperkuat sistem surveilans
5. Meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia
6. Melaksanakan Pemberdayaan masyarakat
7. Pembangunan berwawasan kesehatan dengan berorientasi terhadap faktor risiko

B. Strategi

a. Meningkatkan Advokasi dan kemitraan:
   1. Mendapatkan Komitmen dari pengambil kebijakan untuk mendukung program terutama dalam mengalokasi anggaran bagi program PTM
   2. Melibatkan peran serta tokoh masyarakat dankelompok potensial lainnya

b. Promosi kesehatan:
   1. Melakukan sosialisasi pencegahan dan pengendalian faktor risiko kepada seluruh masyarakat
   2. Menumbuhkan kesadaran bahwa masalah kesehatan adalah tanggung jawab bersama
   3. Meningkatkan kemandirian masyarakat dalam pengendalian faktor risiko melalui budaya perilaku CERDIK
   4. Mendorong pemanfaatan sumber daya yang adadi masyarakat

c. Penguatan sistem pelayanan kesehatan,
   1. Menyelenggarakan kegiatan-kegiatan pokok yang ditujukan untuk menurunkan faktor risiko PTM yang meliputi merokok, konsumsi alkohol, diet tidak sehat dan kurang aktivitas fisik
   2. Berkoordinasi dengan lintas program terkait untuk memastikan ketersediaan sarana prasarana, obat dan SDM sesuai standar
   3. Berkoordinasi dengan penanggung jawab program fasyankes untuk menerapkan mutu pelayanan sesuai standar antara lain akreditasi dan tatalaksana sesuai standar
   4. berkoordinasi dengan pihak terkait untuk menguatkan kemitraan dalam layanan dengan pihak pemerintah dan swasta

d. Surveilans, monitoring evaluasi:
   1. Melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai ketentuan
   2. Melakukan evaluasi dan menindaklanjuti hasil evaluasi untuk koreksi dan pengembangan program
   3. Diseminasi informasi di setiap jenjang
   4. Mendorong dilakukannya penelitian PTM yang diperlukan

C. Indikator dan Program Prioritas

Tabel 1.Indikator Program P2PTM

Indikator
SDGs Mengurangi hingga sepertiga angka kematian dini akibat penyakit tidak menular pada tahun 2030 **Target Global** 1. Penurunan kematian dini akibat PTM 25% tahun 2025 2. Penurunan komsumsi tembakau 30% 3. Tidak ada peningkatan diabetes/obesitas (0%) 4. Penurunan asupan garam 30% 5. Penurunan kurang aktifitas fisik 10% 6. Penurunan tekanan darah tinggi 25% 7. Cakupan pengobatan esensial dan teknologi untuk pengobatan PTM 80% 8. Cakupan terapi farmakologis dan konseling untuk mencegah serangan jantung dan stroke 50% 9. Penurunan komsumsi alkohol 10% 10. Penurunan prevalensi kebutaan yang dapat dicegah sebesar 25% pada tahun 2020 11. Penurunan prevalensi gangguan pendengaran sebesar 90% pada tahun 2030 **RPJMN** 1. penurunan prevalensi hipertensi dari 25,8% pada tahun 2013 menjadi 23,4% tahun 2019 2. Pengendalian obesitas usia ≥18 tahun tetap 15,4% 3. Penurunan Prevalensi merokok ≤ 18 tahun dari 7,2% tahun 2013 menjadi 5,4% tahun 2019 **RENSTRA** 1. 50% puskesmas melaksanakan pengendalian terpadu PTM (PANDU PTM) 2. 50% Desa/kelurahan melaksanakan posbindu PTM 3. 50% Puskesmas yang melaksanakan deteksi dini kanker serviks dan payudara pada Perempuan usia 30-50tahun. 4. 50% kab/kota melaksanakan kebijakan KTR minimal 50% sekolah 5. 30% puskesmas yang melakukan deteksi dini dan rujukan katarak

Tabel 2.Indikator per – Program P2PTM

Program	Indikator	Keterangan
Penurunan Faktor Risiko Penyakit Jantung dan Stroke	Penurunan prevalensi hipertensi dari 25,8% pada tahun 2013 menjadi 23,4% tahun 2019	RPJMN 2015-2019
	Pelayanan Hipertensi sesuai standar	PP No. 2 Tahun 2018 Tentang SPM
	Penderita Hipertensi berobat teratur	PIS PK
	Puskesmas yang melaksanakan PANDU PTM	Renstra 2015-2019
Deteksi Dini Faktor Risiko	Desa yang memiliki Posbindu PTM	Renstra 2015-2019
Pengendalian Konsumsi Rokok	1. Penurunan Prevalensi merokok ≤ 18 tahun dari 7,2% tahun 2013 menjadi 5,4% tahun 2019	RPJMN 2015-2019
	2. 50% kab/kota melaksanakan kebijakan KTR minimal 50% sekolah	Renstra 2015-2019
	3. Jumlah keluarga yang anggota keluarganya tidak merokok	PIS PK
Pengendalian Kanker	50% Puskesmas yang melaksanakan deteksi dini kanker serviks dan payudara pada Perempuan usia 30-50 tahun.	Renstra 2015-2019
Penanggulangan Gangguan Indera dan Fungsional	Persentase Puskesmas yang melaksanakan deteksi dini dan rujukan katarak sebesar 30% pada tahun 2019	Renstra 2015 - 2019
	1. Pelayanan Kesehatan pada usia dasar 2. Pelayanan Kesehatan pada usia Produktif 3. Pelayanan Kesehatan pada usia Lanjut	1. PP Nomor 2 Tahun 2018 tentang SPM 2. Permenkes No. 43 Tahun 2016 tentang SPM
	Tindak Lanjut Peta Jalan Layanan Kesehatan Inklusi bagi Penyandang Disabilitas	Peraturan Presiden Nomor 33 Tahun 2018 tentang Rencana Aksi Nasional Hak Asasi Manusia Tahun 2015 – 2019

BAB III
FAKTOR RISIKO PTM

Faktor risiko Penyakit Tidak Menular adalah suatu kondisi yang secara potensial berbahaya dan dapat memicu terjadinya penyakit tidak menular pada seseorang atau kelompok tertentu. Faktor risiko penyakit tidak menular dibedakan menjadi 2 (dua) kelompok, yaitu :

1. Faktor risiko yang tidak dapat diubah antara lain umur, jenis kelamin, keturunan.
2. Faktor risiko yang dapat diubah, antara lain :
   a. Faktor risiko perilaku, seperti merokok, diet rendah serat, kurang konsumsi buah dan sayur, konsumsi garam berlebih, kurang aktifitas fisik, konsumsi alkohol dan stress, perilaku seks tidak sehat dan paparan zat karsinogenik.
   b. Faktor risiko lingkungan yaitu kondisi ekonomi daerah,lingkungan sosial seperti modernisasi, serta lingkungan fisik antara lain seperti : polusi udara, jalan raya dan kendaraan yang tidak layak jalan, radiasi, pemukiman yang padat dan lokasdi di bawah tegangan listrik tinggi, kebisingan infrastruktur yang tidak mendukung untuk pengendalian PTM serta stress sosial.
   c. Faktor risiko fisiologis dan metabolik yang merupakan penyakit antara lain seperti : obesitas, gangguan metabolisme kolesterol dan tekanan darah tinggi, obesitas dan lesi pra kanker serta benjolan pada payudara dan lain – lain.

Jika faktor risiko tidak dikendalikan maka dengan berjalannya proses penyakit akhirnya akan menjadi fase akhir seperti penyakit jantung koroner, stroke, Diabetes Melitus, PPOK, kanker, asma dan lain-lain.

Faktor risiko perilaku dapat diubah dengan meningkatkan pengetahuan dan kemampuan untuk menerapkan gaya hidup sehat melalui kegiatan promosi kesehatan seperti advokasi dan sosialisasi, edukasi, penyuluhan dan konseling secara terus menerus.Faktor risiko utama PTM antara lain:

a. Merokok

   Kondisi Indonesia sangat ini memprihatinkan, jumlah perokok di Indonesia semakin meningkat, terutama pada kelompok anak-anak dan remaja. Hasil Riskesdas tahun 2018 didapatkan prevalensi perokok usia >= 15 tahun sebesar 33,8%. Jumlah perokok perempuan meningkat menjadi 4,8% dan perokok laki-laki sedikit menurun menjadi 62,9%. Peningkatan perokok pada usia anak 10-18 tahun hampir 2 kali lipatnya dari 7,2 % (2013) menjadi 9,1 % (2018).

   Asap rokok orang lain (AROL) atau SHS (Second Hand Smoke) atau Environmental Tobacco Smoke (ETS) berbahaya bagi bukan perokok atau perokok pasif. AROL merupakan campuran antara asap dan partikel. Data WHO 2009, menunjukkan bahwa korban kematian akibat AROL terutama pada kelompok rentan, anak-anak sebesar 31% dan perempuan sebesar 64%. Data Riskesdas 2010, menunjukkan bahwa 92 juta warga Indonesia terpapar asap rokok orang lain (AROL), 43 juta diantaranya merupakan anak-anak, termasuk 11,4 juta anak usia 0-4 tahun.

   Konsumsi rokok dapat menyebabkan penyakit akibat rokok seperti gangguan pernapasan (PPOK, asma), gangguan kardiovaskuler (hipertensi, stroke dan penyakit

jantung koroner), kanker serta gangguan reproduksi dan kehamilan, bukan hanya dari biaya pengobatan tetapi juga biaya hilangnya hari atau waktu produktivitas (soewarta kosen, 2010). Konsumsi rokok dapat merugikan kesehatan perokok dan orang lain yang bukan perokok.

Berdasarkan data WHO Global Health Estimates (GHE) tahun 2015, Penyakit Tidak Menular sebagai penyebab utama kematian tersering di negara Asia Tenggara sebesar 64% dengan kematian dini (premature) diusia 30-70 tahun.

Persentase perokok laki-laki dewasa saat telah mencapai 68,1%, yang menempatkan Indonesia pada peringkat tertinggi di dunia dan hal ini bisa dimengerti bila 1/3 penyebab kematian dini pada laki-laki dikarenakan penyakit terkait rokok yang sebetulnya dapat dicegah dan penyebab 20% total seluruh kematian pada laki-laki di 2014. Jika tidak dikendalikan maka akan berdampak pada meningkatnya jumlah angka kematian akibat penyakit tidak menular yang berhubungan dengan rokok.

Berhenti merokok bukan hal mudah, karena efek adiksi nikotin. Reseptor opioid otak memegang peran penting dalam reward system untuk berhenti merokok. Menurut Cary Lerman, Tobaceo Use Research Center, Philadelphia menyatakan bahwa kemampuan seseorang untuk berhenti merokok dipengaruhi oleh faktor psikologi, sosial, lingkungan, dan genetik. Pada beberapa orang, variasi genetik membuat mereka makin sulit berhenti dibanding orang yang lain yang juga menyandu rokok. Berhenti merokok bisa menyebabkan gejala putus nikotin (withdrawal syndrome) berupa perubahan emosi. Beberapa perokok bisa melaluinya, sedangkan sebagian terpaksa kembali merokok karena tidak menemukan pengganti kenikmatan lain.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa upaya berhenti merokok menunjukkan keberhasilan yang lebih tinggi pada klien yang mempunyai motivasi tinggi dibanding klien dengan pemberian farmakoterapi. Manfaat berhenti merokok untuk kesehatan antara lain perbaikan tekanan darah, denyut jantung, dan aliran darah tepi setelah 20 menit berhenti merokok. Jika berhenti merokok selama 15 tahun, maka risiko serangan jantung dan stroke turun ke tingkat yang sama dengan yang bukan perokok.

b. Kurang aktifitas fisik

Seseorang yang mempunyai kebiasaan kurang gerak (sedentary life) mempunyai risiko mengalami gangguan penyakit jantung koroner lebih besar dibanding yang mempunyai pola hidup aktif (active living). Kurang gerak akan menurunkan kapasitas fisik seseorang, denyut nadi istirahat cenderung meningkat, serta isi sekuncup dan output jantung menurun, sehingga pasokan oksigen ke seluruh tubuh menurun yang memberi efek seseorang mudah merasa lelah atau tidak bugar. Selama 4 dekade terakhir, berbagai laporan ilmiah telah meneliti hubungan antara aktivitas fisik, kebugaran jasmani, dan kesehatan kardiovaskular. Hasil sebuah panel diskusi para ahli, yang diadakan oleh organisasiorganisasi seperti Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC), American College of Sports Medicine (ACSM), dan American Heart Association (AHA), bersama dengan Laporan 1996 US Surgeon General pada Aktivitas Fisik dan Kesehatan, serta diperkuat dengan bukti ilmiah yang menghubungkan aktivitas fisik secara teratur dengan kesehatan jantung adalah bahwa orang yang lebih aktif atau bugar cenderung memiliki risiko menderita penyakit jantung koroner (PJK) lebih rendah daripada yang tidak aktif.

c. Gizi tidak seimbang

Gizi tidak seimbang adalah konsumsi makanan yang tidak mengandung berbagai zat gizi dalam jumlah dan kualitas yang sesuai dengan kebutuhan tubuhuntuk dapat hidup secara optimal setiap harinya.

Zat gizi yang dibutuhkan untuk hidup sehat adalah karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral. Di dalam tubuh, zat-zat gizi tersebut berfungsi sebagai sumber energi atau tenaga (terutama karbohidrat dan lemak), sumber zat pembangun (protein) terutama untuk tetap tumbuh dan berkembang serta untuk mengganti sel-sel yang rusak, sumber zat pengatur (vitamin dan mineral).

Makanan yang dikonsumsi sehari-hari harus mengandung semua zat gizi tersebut di atas. Makanan sumber energi terutama adalah: nasi, jagung, sagu, roti, dan hasil olahnya. Makanan sumber zat pembangun adalah: ikan, telur, daging, tahu, tempe, dan kacang-kacangan, dan makanan sumber zat pengatur terutama sayur-sayuran dan buah-buahan.

Agar manusia tetap dapat hidup dan bekerja seperti biasanya, maka memerlukan energi yang biasa diukur dengan satuan kalori. Meskipun kita tidur dan tidak bekerja, energi tetap dibutuhkan untuk denyut jantung dan fungsi tubuh lainnya. Energi diibaratkan sebagai bensin yang diperlukan oleh sebuah kendaraan agar tetap dapat berjalan.

Jumlah energi seseorang pada dasarnya tergantung pada umur, jenis kelamin, berat badan, dan aktifitas seseorang. Sebagai contoh, seorang laki-laki dewasa (20-59 tahun) dengan berat badan 62 kg, tinggi 165 cm dan aktifitas sedang, membutuhkan energi kurang lebih 3000 kilo kalori, sedangkan bila wanita dewasa dengan berat badan 54 kg, tinggi 156 cm dengan aktifitas sedang, membutuhkan 2250 kilo kalori. Apabila orang yang sama dengan dengan aktifitas lebih berat, maka kebutuhan bagi laki-laki sebesar 3600 kilo kalori dan wanita 2600 kilo kalori.

d. Konsumsi alkohol

Pengaruh alkohol terhadap kenaikan tekanan darah telah dibuktikan, namun mekanismenya masih belum jelas. Diduga peningkatan kadar kortisol, peningkatan volume sel darah merah dan peningkatan kekentalan darah berperan dalam menaikkan tekanan darah. Beberapa studi menunjukan hubungan langsung antara tekanan darah dan asupan alkohol. Dikatakan bahwa, efek terhadap tekanan darah baru nampak apabila mengkonsumsi alkohol sekitar 2-3 gelas ukuran standar setiap harinya

BAB IV
MANAJEMEN TERPADU PROGRAM P2PTM

A. Program Pencegahan dan Pengendalian Faktor Risiko PTM

Pengendalian Faktor Risiko PTM adalah beberapa upaya yang dilakukan untuk menurunkan faktor risiko PTM sehingga kejadian PTM dapat dikendalikan, antara lainmelakukan gerakan masyarakat hidup sehat (GERMAS), sosialisasi perilaku CERDIK, GENTAS (Gerakan Nusantara Tekan Angka Obesitas) penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan kegiatan Posbindu rutin

1. GERAKAN MASYARAKAT HIDUP SEHAT (GERMAS) DAN PERILAKU CERDIK dan GENTAS
   a. Dasar hukum :
      1) Instruksi Presiden No.1 tahun 2017 tentang Gerakan Mayarakat Hidup Sehat.
      2) Peraturan Pemerintah No 69, 1999 tentang label iklan dan pangan
      3). Peraturan Pemerintah No 68, 2002 tentang ketahanan pangan
      4). Peraturan Pemerintah No 28, 2004 tentang keamanan mutu dan gizi pangan
      5) Peraturan Presiden No 22 tahun 2009 tentang kebijakan percepatan pengadaan pangan berbasis sumber daya lokal
      6) Permenkes no 63 tahun 2015 tentang perubahan atas peraturan Menkes nomor 30 tahun 2013 tentang pencantuman informasi kandungan gula,garam,lemak pada olahan pangan siap saji
      7) Peraturan Pemerintah No 33 tahun 2012 tentang pemberian asi eksklusif
      8) Peraturan Pemerintah No 74 tahun 2013 tentang pengendalian alkohol
      9) Peraturan Menteri Kesehatan no 75 tahun 2014 tentang Puskesmas
      10) Peraturan Menteri Kesehatan no 71 tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular
      11) Peraturan Menteri Kesehatan no 43 tahun 2016 tentang SPM Bidang Kesehatan
      12) Peraturan Menteri Dalam Negeri no 18 tahun 2016 tentang Pedoman Penyususnan Pengendalian dan Evaluasi Rencana Kerja Pemerintah Daerah tahun 2017

   b. Sasaran :

      seluruh masyarakat umur ≥ 15 tahun.

   c. Tahapan pelaksanaan di Pusat
      1) Menyusun NSPK terkait GERMAS, CERDIK dan GENTAS
      2) Mengumpulkan data dan informasi, melakukan analisa dan evaluasi capaian GERMAS, CERDIK dan GENTAS di setiap Provinsi dan lintas K/L

3) Menyusun mapping dan perencanaan anggaran berdasarkan analisa
4) Menyusun rencana tindak lanjut dan sosialisasi kepada seluruh Provinsi dan K/L, ant ara lain terbitnya kebijakan pelaksanaan aktivitas fisik dan penyediaan kantin sehat di sekolah
5) Melakukan TOT terkait GERMAS, CERDIK dan GENTAS
6) Melakukan pembinaan pelaksanaan kegiatan terkait GERMAS, CERDIK dan GENTAS ke provinsi
7) Memperkuat sistem monev terkait GERMAS, CERDIK dan GENTAS berjenjang dari pusat sampai ke tingkat pelaksana
8) Memperkuat KIE terkait GERMAS, CERDIK dan GENTAS baik di pusat dan di Provinsi, khususnya KIE tentang pola diet dan aktivitas fisik

d. Tahapan pelaksanaan di Propinsi dan kab/kota:

1) Mengumpulkan data dan infornasi terkait PTM dan GERMAS, CERDIK dan GENTAS
2) Menyusun mapping capaian dan menyusun perencanaan serta anggaran untuk meningkatkan pelaksanaan Inpres GERMAS dan perilaku CERDIK dan GENTAS
3) Adokasi dan sosialisasi Inpres GERMAS, CERDIK dan GENTAS kepada lintas sektor
4) Menyusun kebijakan pemeriksaan gula darah dan tekanan darah pada semua orang dengan obesitas minimal 1 kali dalam setahun
5) Mengadvokasi Dinas Pendidikan untuk menyusun kebijakan pelaksanaan aktivitas fisik dan penyediaan kantin sehat di sekolah
6) Menghitung kebutuhan pelatihan kader/*agent of change* di institusi agar dapat melakukan skrining PTM dan edukasi gaya hidup sehat secara mandiri
7) Mengupayakan adanya ketentuan/aturan Kepala Daerah terkait diet sehat dan seimbang dan aktivitas fisik serta pemeriksaan kesehatan secara rutin, mis: agar konsumsi rapat/pertemuan menggunakan menu sehat yang mengandung unsur buah dan sayur, mengadakan kegiatan olahraga bersama di institusi rutin minimal 1x per minggu, mengupayakan adanya skrining faktor risiko PTM secara reguler di institusi minimal 1x 6 bulan
8) Melakukan kegiatan kampanye untuk meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap GERMAS, CERDIK dan GENTAS minimal 1 kali setahun
9) Melakukan pembinaan pelaksanaan kegiatan terkait GERMAS, CERDIK dan GENTAS ke Kabupaten/Kota dan Puskesmas
10) Melaporkan capaian kegiatan GERMAS, CERDIK dan GENTAS secara berjenjang sampai ke Pusat
11) Melaksanakan aturan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok

e. Tahapan pelaksanaan di Puskesmas :

1) Advokasi ke pemerintah setempat (camat, kepala desa/lurah) tentang pentingnya GERMAS, CERDIK dan GENTAS dan pemanfaatan dana desa untuk mendukung kegiatan tersebut
2) Melaksanakan sosialisasi ke masyarakat GERMAS, CERDIK dan GENTAS secara berkala
3) Melaksanakan kebijakan pemeriksaan gula darah dan tekanan darah pada semua orang dengan obesitas minimal 1 kali dalam setahun
4) Mengintegrasikan skrining obesitas pada anak sekolah pada saat pelaksanaan penjaringan kesehatan rutin di UKS
5) Bekerjasama dengan Dinkes dalam pelaksanaan deteksi dini di institusi
6) Memberikan layanan edukasi diet sehat dan seimbang serta aktivitas fisik dalam pengendalian Obesitas bagi setiap pengunjung puskesmas.
7) Bersama Dinkes melakukan pelatihan kader/AoC
8) Melaksanakan kegiatan olahraga bersama rutin minimal 1x per minggu selama 150 menit
9) Melaporkan capaian kegiatan GERMAS, CERDIK dan GENTAS ke Dinas Kabupaten/Kota
10) Mengajak masyarakat untuk Hidup Sehat Tanpa Rokok melalui implementasi KTR

2. PENERAPAN KAWASAN TANPA ROKOK

a. Dasar hukum :

1) Undang-Undang no.36 tahun 2009 tentang Kesehatan (pasal 115)
2) Peraturan Pemerintah No. 109 tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan
3) PerMenkes No 40 tahun 2013 tentang Peta Jalan Pengendalian Dampak Konsumsi Rokok Bagi Kesehatan
4) Permendikbud No 64 tahun 2015 tentang Kawasan Tanpa Rokok di Lingkungan Sekolah
5) Permenkes No. 56/2017 tentang Pencantuman Peringatan Kesehatan dan Informasi Kesehatan Pada Kemasan Produk Tembakau
6) Petunjuk Teknis Upaya Berhenti Merokok di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tahun 2016
7) Petunjuk Teknis Konseling Berhenti Merokok pada anak usia sekolah/Madrasah bagi guru pembina Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah (UKS/M)
8) Peraturan bersama Menkes & Mendagri No 188/Menkes/PB/I/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan KTR

b. Sasaran :

1) Penerapan Kawasan Tanpa Rokok bagi seluruh warga sekolah meliputi peserta didik, pendidik, tenaga kependidikan dan masyarakat sekolah

2) Skrining perilaku merokok bagi pesertadidikkelas4,5,6SD/MI,(usia10-12tahun)kelas7SMP/MTs,Kelas10SMA/SMK/MA negeridan swasta

3) Konseling berhenti merokok bagi siswa perokok

c. Tahapan pelaksanaan Pusat

1. Menyusun NSPK terkait Penegakan Hukum Kawasan Tanpa Rokok
2. Menyusun NSPK terkait Penerapan Kawasan Tanpa Rokok di Lingkungan Sekolah
3. Menyusun NSPK terkait Konseling Berhenti Merokok di Sekolah
4. Menyusun NSPK terkait Upaya Berhenti Merokok di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer
5. Melakukan Advokasi dan Sosialisasi kepada Pimpinan Daerah (Bupati atau Walikota) untuk mewujudkan aturan Kawasan Tanpa Rokok
6. Mengalokasikan anggaran untuk Pelatihan Penyusunan Perda Kawasan Tanpa Rokok
7. Mengalokasikan anggaran untuk Pelatihan bagi Guru dan Tenaga Kesehatan dalam Upaya Berhenti Merokok (UBM)
8. Mengalokasikan anggaran untuk Advokasi dan Sosialisasi kepada Pimpinan Daerah (Bupati atau Walikota) untuk menetapkan aturan Kawasan Tanpa Rokok
9. Melaksanakan Pelatihan Penyusunan Perda Kawasan Tanpa Rokok Bagi petugas Dinas Kesehatan Provinsi, Bagian Hukum Provinsi dan Akademisi/Penggiat/pemerhati tembakau
10. Mengalokasikan anggaran untuk Pemberian Penghargaan bagi Pimpinan Daerah yang sudah menerbitkan Aturan Kawasan Tanpa Rokok (PERDA/PERBUP/PERWAL) dan Larangan Iklan Rokok di media luar ruang
11. Menentukan jumlah sampling sekolah yang akan dilakukan MONEV penerapan Kawasan Tanpa Rokok.
12. Melakukan MONEV penerapan aturan KTR di lingkungan sekolah bersama-sama Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan Dinas Pendidikan serta institusi terkait seperti Bagian Hukum, Satpol PP, dll
13. Mengalokasikan anggaran untuk Skrining perilaku Merokok bagi anak Sekolahbersama-sama Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan Dinas Pendidikan serta institusi terkait seperti Bagian Hukum, Satpol PP, dll
14. Menyiapkan sarana dan prasarana untuk kegiatan Skrining perilaku merokok pada anak sekolah seperti: Stiker KTR, Formulir, CO analizer, mouthpeace, buku hidup sehat tanpa rokok, video/ILM dampak rokok

dllbersama-sama Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan Dinas Pendidikan serta institusi terkait seperti Bagian Hukum, Satpol PP, dll

15. Melakukan analisis data hasil penilaian implementasi KTR di sekolah yang di input oleh pengelola program Kabupaten/Kota
16. Melakukan analisis data hasil Skrining perilaku merokok pada anak sekolah yang di input oleh pengelola program Kabupaten/Kota
17. Menyediakan hotline berhenti merokok (QUITLINE) dengan telepon tanpa bayar di nomor **0800-177-6565**

d. Tahapan pelaksanaan tingkat Provinsi :

1) Melakukan advokasi kepada Gubernur untuk menginisiasi penyusunan PERDA KTR
2) Mengalokasikan anggaran untuk Penyusunan Perda Kawasan Tanpa Rokok di Provinsi
3) Mengalokasikan anggaran untuk pelaksanaan penerapan Kawasan Tanpa Rokok bersama-sama Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Dinas Pendidikan serta institusi terkait seperti Bagian Hukum, Satpol PP, dll
4) Melakukan Sosialisasi Dampak Buruk Merokok bagi Kesehatan melalui media cetak dan elektronik
5) Menyediakan Iklan Layanan Masyarakat terkait Dampak Buruk Merokok bagi Kesehatan
6) Mengalokasikan anggaran dana Dekonsentrasi untuk Pelatihan bagi Guru dan Tenaga Kesehatan dalam Upaya Berhenti Merokok (UBM)
7) Mengalokasikan anggaran untuk Pemberian Penghargaan bagi Sekolah yang menerapkan Kawasan Tanpa Rokok
8) Menentukan jumlah sekolah SMA/MA sederajat dan jumlah sekolah SMA/MA sederajat yang melaksanakan Kebijakan KTR baik negeri maupun swasta termasuk pondok pesantren dan sekolah berasrama di Provinsi. Kriteria sekolah SMA/MA sederajat yang melaksanakan aturan KTR sebagai berikut:
    1. Ditemukan tanda dilarang merokok di lingkungan sekolah;
    2. Tidak ditemukan orang merokok;
    3. Tidak ditemukan ruang khusus merokok;
    4. Tidak tercium bau asap rokok;
    5. Tidak ditemukan asbak dan korek api;
    6. Tidak ditemukan puntung rokok;
    7. Tidak ditemukan penjualan rokok termasuk kantin sekolah, tempat tunggu penjemput; dan
    8. Tidak ditemukan bentuk sponsor, promosi, iklan rokok (misalnya: serbet, tatakan gelas, asbak, poster, spanduk, billboard, dll).

Cara perhitungan: Jumlah sekolah SMA/MA sederajat yang melaksanakan Kebijakan KTR dibagi jumlah sekolah SMA/MA sederajat di Provinsi diKALI 100% (hasil minimal 50% sekolah)

9) Menentukan jumlah sekolah SD/MI; SMP/MTS; SMA/MA sederajatdan jumlah sekolah SD/MI; SMP/MTS; SMA/MA sederajat yangmelaksanakan Kebijakan KTR minimal 50% sekolah baik negeri maupun swasta termasuk pondok pesantren dan sekolah berasramadi Kabupaten/Kota dengan kriteria :
   1. Ditemukan tanda dilarang merokok di lingkungan sekolah;
   2. Tidak ditemukan orang merokok;
   3. Tidak ditemukan ruang khusus merokok;
   4. Tidak tercium bau asap rokok;
   5. Tidak ditemukan asbak dan korek api;
   6. Tidak ditemukan puntung rokok;
   7. Tidak ditemukan penjualan rokok termasuk kantin sekolah, tempat tunggu penjemput; dan
   8. Tidak ditemukan bentuk sponsor, promosi, iklan rokok (misalnya: serbet, tatakan gelas, asbak, poster, spanduk, billboard, dll).

Cara perhitungan: Jumlah sekolah SD/MI; SMP/MTS; SMA/MA sederajat yang melaksanakan Kebijakan KTR minimal 50% sekolah dibagi jumlah sekolah SD/MI; SMP/MTS; SMA/MA sederajat di Kabupate/Kota diKALI 100%

10) Menentukan jumlah Jumlah kabupaten /kota dan jumlah Jumlah kabupaten /kota yang melaksanakan kebijakan KTR minimal 50% sekolah baik negeri maupun swasta termasuk pondok pesantren dan sekolah berasrama

Cara perhitungan: Jumlah kabupaten/ kota yang melaksanakan kebijakan KTR minimal 50% sekolah dibagi jumlah kab/kota di Provinsi diKALI 100%

11) Melakukan pembinaan dan MONEV penerapan aturan KTR di lingkungan sekolah SMA/MA sederajat bersama-sama Dinas Pendidikan serta institusi terkait seperti Bagian Hukum, Satpol PP, dll
12) Mengalokasikan anggaran untuk Skrining perilaku Merokok bagi anak Sekolah SMA/MA sederajat bersama-sama dengan Dinas Pendidikan
13) Menyiapkan sarana dan prasarana untuk kegiatan Skrining perilaku merokok pada anak sekolah seperti: Stiker KTR, Formulir, CO analizer, mouthpeace, buku hidup sehat tanpa rokok, video/ILM dampak rokok dll bersama-sama Dinas Pendidikan.
14) Menyediakan Layanan Klinik Berhenti Merokok di Rumah Sakit
15) Melakukan analisis data hasil penilaian implementasi KTR di sekolah yang di input oleh pengelola program Kabupaten/Kota

Melakukan analisis data hasil Skrining perilaku merokok pada anak sekolah yang di input oleh pengelola program Kabupaten/Kota

e.. Tahapan pelaksanaan tingkat kabupaten/kota

1) Melakukan advokasi kepada Bupati/Walikota untuk menginisiasi penyusunan PERDA KTR bersama dengan Bagian Hukum, Akademisi/penggiat/jejaring pengendalian tembakau
2) Mengalokasikan anggaran untuk Penyusunan Perda Kawasan Tanpa Rokok di Kabupaten/Kota
3) Mengalokasikan anggaran untuk pelaksanaan penerapan Kawasan Tanpa Rokok di Kabupaten/Kota bersama-sama Dinas Pendidikan serta institusi terkait seperti Bagian Hukum, Satpol PP, dll
4) Mengalokasikan anggaran untuk pelaksanaan penerapan Kawasan Tanpa Rokok di Sekolah bersama-sama Dinas Pendidikan serta institusi terkait seperti Bagian Hukum, Satpol PP, dll
5) Mendorong agar terwujudnya Peraturan Desa (PERDES KTR) dan implementasinya di Desa
6) Menyusun PERDES KTR di Desa bersama-sama Bagian Hukum, Kepala Puskesmas setempat, dll.
7) Melakukan Sosialisasi Dampak Buruk Merokok bagi Kesehatan melalui media cetak dan elektronik
8) Mengalokasikan anggaran dana APBD/Pajak Rokok/DBHCHT untuk Pelatihan bagi Guru dan Tenaga Kesehatan dalam Upaya Berhenti Merokok
9) Mengalokasikan anggaran dana APBD/Pajak Rokok/DBHCHT untuk kegiatan penerapan KTR serta melengkapi sarana dan prasarana pendukung penerapan KTR di Kabupaten Kota melalui anggaran APBD
10) Mengalokasikan anggaran kegiatan skrining perilaku merokok di Sekolah dengan dana APBD/Pajak Rokok/DBHCHT untuk
11) Menyediakan Iklan Layanan Masyarakat terkait Dampak Buruk Merokok bagi Kesehatan
12) Mengalokasikan anggaran untuk Pemberian Penghargaan bagi Sekolah yang menerapkan Kawasan Tanpa Rokok
13) Menentukan jumlah sekolah sekolah SD/MI; SMP/MTS; SMA/MA sederajat dan yang jumlah sekolah SD/MI; SMP/MTS; SMA/MA sederajat yang telah melaksanakan Kebijakan KTR minimal 50% sekolah baik negeri maupun swasta termasuk pondok pesantren dan sekolah berasramadi Kabupaten/Kota dengan kriteria:
    1. Ditemukan tanda dilarang merokok di lingkungan sekolah;
    2. Tidak ditemukan orang merokok;
    3. Tidak ditemukan ruang khusus merokok;
    4. Tidak tercium bau asap rokok;
    5. Tidak ditemukan asbak dan korek api;
    6. Tidak ditemukan puntung rokok;
    7. Tidak ditemukan penjualan rokok termasuk kantin sekolah, tempat tunggu penjemput; dan
    8. Tidak ditemukan bentuk sponsor, promosi, iklan rokok (misalnya: serbet, tatakan gelas, asbak, poster, spanduk, billboard, dll).

Cara Perhitungan: Jumlah sekolah SD/MI; SMP/MTS; SMA/MA sederajat yang masuk dalam 8 kriteria KTR dibandingkan total sekolah SD/MI; SMP/MTS; SMA/MA sederajat di Kabupaten/kota diKALI 100%

14) Menyiapkan sarana dan prasarana untuk kegiatan Skrining perilaku merokok pada anak sekolah seperti: Stiker KTR, Formulir, CO analizer, mouthpeace, buku hidup sehat tanpa rokok, video/ILM dampak rokok dllmelalui anggaran DAK/mengusulkan kepada Pemda untuk dipenuhi dari APBD
15) Menyiapkan sarana dan prasarana untuk kegiatan Layanan Berhenti Merokok di Fasilitas Pelayanan Kesehatan seperti Formulir, CO analizer, Peakflowmeter, Lembar Balik, buku hidup sehat tanpa rokok, stiker KTR dllmelalui anggaran DAK/mengusulkan kepada Pemda untuk dipenuhi dari APBD
16) Menyediakan layanan Upaya berhenti merokok (UBM) di Fasyankes (Puskesmas) dan Klinik Berhenti Merokok di Rumah Sakit
17) Melakukan analisis data hasil penilaian implementasi KTR di sekolah yang di input oleh pengelola program di Puskesmas
18) Melakukan analisis data hasil Skrining perilaku merokok pada anak sekolah yang di input oleh pengelola program di Puskesmas
19) Melakukan pembinaan dan MONEV penerapan aturan KTR di lingkungan sekolah SD/MI; SMP/MTS; SMA/MA sederajat bersama-sama Dinas Pendidikan, Puskesmas serta institusi terkait seperti bagian Hukum, Satpol PP, dll
20) Bersama Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Pendidikan, Bagian Hukum, Satpol PP untuk melakukan monev berkala jika diperlukan

e. Tahapan pelaksanaan tingkat Puskesmas
1) Melakukan sosialisasi tentang dampak buruk merokok bagi kesehatan di lingkungan puskesmas, Kelurahan, Kecamatan dll
2) Menerapkan 100% Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas
3) Mengalokasikan anggaran kegiatan skrining perilaku merokok bagi anak sekolah SD/MI; SMP/MTSsederajat; pondok pesantren, atau sekolah berasrama baik negeri maupun swasta.
4) Melakukan identifikasi jumlah sekolah SD/MI; SMP/MTSsederajat; pondok pesantren, atau sekolah berasrama baik negeri maupun swasta.
5) Melaksanakan skrining perilaku merokok pada pesertadidikkelas4,5,6SD/MI,(usia10-12tahun)kelas7SMP/MTs,Kelas10SMA/SMK/MA negeridan swastadi wilayah Puskesmas
6) Melakukan identifikasi serta mengusulkan kebutuhan pelatihan konseling berhenti merokok untuk gurudan tenaga Kesehatan di puskesmas di wilayahnyapertahun.

7) Mendorong Kepala Sekolah agar membuat SK Kepala Sekolah menetapkan sekolah tsb sbg KTR, termasuk menetapkan tim pengawasan dan pembinaan dalam penerapan KTR
8) Mendorong agar Sekolah membuat Deklarasi komitmen bersama komunitas sekolah dalam menerapkan KTR
9) Melakukan layanan UpayaBerhenti Merokok (UBM) bagi masyarakat dengan faktor risiko merokok
10) Menerima rujukan dari Sekolah bagi siswa perokok yang gagal berhenti merokok setelah dilakukan konseling berhenti merokok di Sekolah selama 6-8 minggu.
11) Menganggarkan bahan habis pakai (mouthpeace Co Analizer), buku hidup sehat tanpa rokok, cetak stiker/leafleat/poster/banner/spanduk terkait KTR dengan sebagian dana kapitasi
12) Melakukan pencatatan dan pelaporan baik secara manual maupun melalui web surveilans PTM
13) Mendorong agar seluruh Desa/kelurahan mempunyai Peraturan Desa Kawasan Tanpa Rokok (PERDES KTR), seperti:
    - Mendorong terbentuknya KTR di rumah
    - Menerapkan KTR di Balai Desa,
    - Larangan penjualan rokok kepada anak-anak
    - Warung di sekitar sekolah (minimal radius 100 m) tidak memajang bungkus rokok atau iklan rokok
14) Mendorong agar Lurah dan Tokoh Masyarakat kelompok PKK di desa/kelurahan menjadi contoh (panutan) hidup sehat dengan tidak merokok di depan anak-anak dan tidak menyuruh anaknya beli rokok

3. KEGIATAN POS PEMBINAAN TERPADU (POSBINDU)
   a. Dasar hukum :
      1) Undang-undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
      2) Instruksi Presiden No.1 tahun 2017 tentang Gerakan Mayarakat Hidup Sehat.
      3) Peraturan Pemerintah No 69, 1999 tentang label iklan dan pangan
      4) Peraturan Pemerintah No 68, 2002 tentang ketahanan pangan
      5) Peraturan Pemerintah No 28, 2004 tentang keamanan mutu dan gizi pangan
      6) Permenkes no 63 tahun 2017 tentang Gula,Garam,Lemak Pada Olahan Pangan Siap Saji
      7) Peraturan Menteri Kesehatan no 75 tahun 2014 tentang Puskesmas
      8) Peraturan Menteri Kesehatan no 71 tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular
      9) Peraturan Menteri Kesehatan no 43 tahun 2016 tentang SPM Bidang Kesehatan
      10) Permendagri No 20 Tahun 2018 tentang Penetapan Prioritas Penggunaan Dana desa

   b. Sasaran : seluruh masyarakat umur ≥ 15 tahun

c. Tahapan pelaksanaan di pusat

1. Menyusun NSPK terkait Posbindu
2. Mengumpulkan data dan informasi, melakukan analisa dan evaluasi capaian Posbindu di setiap Provinsi
3. Menyusun mapping capaian berdasarkan analisa dan rencana tindak lanjut serta penganggaranmelalui dana dekonsentrasi dan Dana Alokasi Khusus (DAK)
4. Melakukan sosialisasi kepada seluruh Provinsi
5. Melakukan TOT terkait Posbindu
6. Melakukan pembinaan pelaksanaan kegiatan Posbindu ke provinsi
7. Memperkuat sistem monev Posbindu berjenjang dari pusat sampai ke tingkat pelaksana
8. Memperkuat sistem surveilans Posbindu PTM berbasis web
9. Penyediaan peralatan Posbindu Kit dan BHP sebagai buffer stok

d. Tahapan pelaksanaan di Provinsi :

1) Mapping dan melakukan kompilasi pendataan tingkat provinsi (berapa jumlah posbindu yang ada di tiap kab/kota di wilayahnya yang aktif, kader terlatih, alat posbindu yang masih baik, rusak dll)
2) Menyusun RTL di setiap Kab/Kota berdasarkan analisa hasil mapping.
3) Membantu menetapkan target cakupan sasaran dan kebutuhanKompilasi penyusunan rencana kebutuhan posbindu, pelatihan kader dan BHP pertahun
4) Menyusun usulan dana Dekonsentrasi dan APBD untuk kegiatan Posbindu terpilih
5) Melaksanakan Pelatihan Teknis, On the Job Training (OTJ) bagi Kab/kota
6) Melakukan Bimbingan Teknis dan Monev ke Kab/Kota
7) Mencatat dan Melaporkan ke Pusat capaian Kegiatan Posbindu dari seluruh Kabupaten/Kota

e. Tahapan pelaksanaan tingkat kab/kota :

1) Mapping dan melakukan kompilasi pendataan tingkat kab/kota (berapa jumlah posbindu yang ada di tiap puskesmas di wilayahnya yang aktif, kader terlatih, alat posbindu yang masih baik, rusak dll)
2) Hitung jumlah target sasaran, tetapkan target cakupan skrining PTM per Puskesmas dan kebutuhan logistik pertahun
3) Melakukan usulan anggaran kegiatan Posbindu dan logistic baik APBD Kab/Kota maupun melalui dana DAK
4) Mendorong puskesmas melaksanakan posbindu aktif minimal 1x dalam 1 bulan sesuai dengan target cakupan penduduk yang akan di skrining di wilayah kerja puskesmas.

5) Melakukan pelatihan teknis dan atau On The Job Training (OTJ) baik pada Nakes Puskesmas maupunkader posbindu / refreshing
6) Pengawasan dan pembinaan pelaksanaan kegiatan Posbindu di seluruh wilayah kerja puskesmas
7) Mencatat dan Melaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi capaian Kegiatan Posbindu dari seluruh Puskesmas

f. Tahapan pelaksanaan di Puskesmas
1) Mapping dan melakukan kompilasi pendataan tingkat desa (berapa jumlah posbindu yang ada di tiap desa di wilayahnya yang aktif, kader terlatih, alat posbindu yang masih baik, rusak dll)
2) Advokasi dan sosialisasi pentingnya Kegiatan Posbindu kepada pemerimtah setempat dan pemuka masyarakat, agar setiap desa/kelurahan memiliki minimal 1 Pobindu aktif
3) Hitung jumlah target sasaran, tetapkan target cakupan skrining PTM per desa dan kebutuhan logistic pertahun
4) Melakukan advokasi ke pemerintah setempat (camat, kepala desa/lurah) untuk pemanfaatan dana ADD untuk kegiatan Posbindu
5) Memantau, membina dan mengevaluasi kegiatan posbindu minimal 1x dalam 1 bulan dan sesuai dengan target cakupan penduduk yang akan skrining di wilayah kerja puskesmas. agar angka target cakupan skrining tercapai
6) Melakukan pelatihan kader posbindu / refreshing
7) Memberikan reward/penghargaan kepada kader Posbindu yang aktif
8) Melakukan pembinaan rutin kepada kader posbindu di wilayahnya
9) Mencatat dan melaporkan hasil kegiatan Posbindu secara berkala/real time ke Dinas Kesehatan Kab/Kota

4. PELAYANAN TERPADU PENYAKIT TIDAK MENULAR (PANDU PTM)

a. Dasar Hukum:
1) Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015-2019
2) Permenkes No 71 tahun 2013 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular
3) Kepmenkes No. HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang Renstra Kemenkes Tahun 2015-2019
4) Rencana Operasional Promosi Kesehatan dalam Pengendalian Penyakit Tidak Menular Tahun 2010-2014. Kemenkes RI, 2011

b. Sasaran
Masyarakat usia diatas 15 tahun keatas yang datang ke FKTP

c. Tahapan Pelaksanaan di Pusat
1) Menyusun NSPK terkait program PANDU PTM
2) Melakukan sosialisasi tentang PANDU PTM

3) Melaksanakan Pelatihan Bagi Pelatih PANDU PTM untuk 34 provinsi
4) Mengalokasikan anggaran dekon untuk PANDU diprovinsi
5) Merancang Pelatihan ToT PANDU PTM
6) Melaksanakan Monitoring evaluasi pelaksanaan PANDU PTM di Provinsi

d. Tahapan Pelaksanaan di Provinsi
1) Menyusun perencanaan dana Dekon untuk pelatihan PANDU
2) Menyelenggarakan pelatihan teknis PANDU PTM pada Kab/Kota dan Puskesmas
3) Melakukan pembinaan pada kab/Kota dalam pelaksanaan PANDU PTM
4) Melengkapi sarana dan prasarana pendukung program PANDU PTM
5) Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan PANDU PTM

e. Tahapan Pelaksanaan di kabupaten/Kota
1) Mengusulkan kebutuhan anggaran pelatihan teknik di tingkat puskesmas
2) Melakukan pelatihan teknis pada puskesmas di wilayah kerjanya dapat bekerjasama dengan provinsi maupun Kemenkes secara berjenjang
3) Melakukan pembinaan pada puskesmas dalam pelaksanaan program
4) Melengkapi sarana dan prasarana pendukung program melalui anggaran DAK /mengusulkan kepada Pemda untuk dipenuhi dari APBD
5) Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan PANDU PTM di puskesmas

f. Tahapan Pelaksanaan di Puskesmas
15) Melakukan sosialisasi tentang program PANDU PTM pada nakes di puskesmas
16) Melakukan pelayanan terpadu PTM menggunakan carta prediksi faktor risiko dan Panduan praktik klinik sesuai standar
17) Menerima rujukan dari Posbindu dan Melakukan rujukan ke FKRTL serta menerima rujuk balik
18) melakukan pencatatan dan pelaporan baik secara manual maupun melalui web surveilans PTM

B. Program Pencegahan dan Pengendalian Gangguan Indera dan Fungsional

a. Dasar hukum :
1) Undang – Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
2) Undang – Undang No. 8 Tahun 2016 tentang Disabilitas
3) Permenkes 71 tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular
4) Permenkes No 29 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Mata di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
5) Buku Pedoman Penanggulangan Gangguan Indera (RPM)
6) Buku Pedoman Penanggulangan Gangguan Fungsional (RPM)
7) Peta Jalan Penanggulangan Gangguan Penglihatan
8) Peta Jalan Layanan Kesehatan Inklusi Disabilitas

b. Sasaran : seluruh masyarakat (semua kelompok umur)

c. Tahapan pelaksanaan di Pusat

1) Membuat regulasi dan menetapkan kebijakan nasional penanggulangan gangguan indera dan fungsional.
2) Menetapkan indikator dan target nasional
3) Menyusun perencanaan anggaran kegiatan per tahun berdasarkan analisa situasi dan kebutuhan daerah.
4) Menyusun NSPK terkait program gangguan Indera dan Fungsional
5) Bersama PPSDM menyiapkan kurikulum modul pelatihan gangguan indera dan fungsional bagi trainer dan penanggung jawab program di daerah.
6) Melakukan bimbingan/supervisi program gangguan indera dan fungsional di tingkat provinsi, serta kab/kota jika diperlukan.
7) Melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan penanggulangan gangguan indera dan fungsional di tingkat provinsi.
8) Surveilans di tingkat Pusat melalui sistem informasi PTM, SIGALIH, dan jika diperlukan melakukan secara manual.
9) Melakukan advokasi di tingkat provinsi bersama dengan Dinkes Provinsi jika diperlukam

d. Tahapan pelaksanaan di Provinsi :
   1) Adokasi dan sosialisasi gangguan indera dan fungsional kepada pemerintah daerah dan LP/LS terkait.
   2) Menghitung dan menetapkan target program (target sasaran, target Indikator program provinsi) contoh: menentukan jumlah puskesmas yang ada di provinsi, selanjutnya mengidentifikasi puskesmas yang telah melakukan deteksi dini dan rujukan kasus katarak.
   3) Penyusunan rencana program, termasuk rencana kebutuhan (alat kesehatan penunjang, SDM, anggaran, dll)
   4) Melaksanakan pelatihan/peningkatan kapasitas/orientasi kepada petugas
   5) Melakukan bimbingan teknis program ke kab/kota
   6) Melakukan koordinasi / kemitraan dengan LP/LS terkait
   7) Melaksanakan monitoring dan evaluasi program
   8) Melaksanakan surveilans antara lain dengan melakukan input data kegiatan program di sistem informasi penyakit tidak menular (SI PTM).

e. Tahapan pelaksanaan tingkat kab/kota :
   1) Advokasi dan sosialisasi gangguan indera dan fungsional kepada pemerintah daerah dan LP/LS terkait.
   2) Menghitung dan menetapkan target program (target sasaran, target Indikator program di Kab/Kota)
   3) Menetapkan target dan sasaran indikator kinerja program untuk puskesmas
   4) Penyusunan rencana program termasuk rencana kebutuhan (alat kesehatan penunjang, SDM, anggaran, dll)
   5) Melaksanakan pelatihan/peningkatan kapasitas/orientasi kepada petugas
   6) Melakukan pembinaan dan bimbingan teknis program kepada puskesmas
   7) Melaksanakan monitoring dan evaluasi program
   8) Melaksanakan surveilans antara lain dengan melakukan input data kegiatan program di sistem informasi penyakit tidak menular (SI PTM).

f. Tahapan pelaksanaan di Puskesmas

1) Mapping dan kompilasi data tingkat Puskesmas :
2) Meghitung dan menetapkan target program sesuai dengan target yang ditetapkan oleh Kab/Kota.
3) Menetapkan prioritas masalah
4) Penyusunan rencana program termasuk rencana kebutuhan (alat kesehatan penunjang, SDM, anggaran, dll)
5) Melakukan Lokakarya mini bulanan
6) Melaksanakan pembekalan kader
7) Melaksanakan kunjungan rumah/Survei Mawas Diri (SMD)
8) Melaksanakan pembinaan (kegiatan penjaringan kesehatan di sekolah, Posbindu, RBM, Posyandu, Posyandu Lansia, kesehatan kerja dll)
9) Deteksi dini gangguan penglihatan/katarak serta pembentukan dan pembinaan wilayah RBM
10) Melaksanakan monitoring dan evaluasi program
11) Melakukan pencatatan dan pelaporan serta kompilasi data dari UKBM
12) Melakukan pelaporan ke Dinas Kesehatan Kab/Kota

C. **Deteksi Dini Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim**

a. Dasar hukum :

1) Undang – Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
2) Permenkes 71 tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular
3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2017 tentang Rencana Aksi Nasional Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Tahun 2015-2019 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 207);
4) Peraturan Menteri Kesehatan No.29 Tahun 2017 tentang perubahan Peraturan Menteri Kesehatan No. 34 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim.
5) Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 430/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Pengendalian Penyakit Kanker;
6) Keputusan Menteri Kesehatan nomor 812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif;

b. Sasaran : Perempuan usia subur umur 30 – 50 tahun

c. Tahapan pelaksanaan di pusat

1) Penyusunan Norma, standar, Prosedur, dan kriteria
2) TOT Manajemen Pengendalian Kanker
3) TOT Deteksi dini kanker leher rahim dan kanker payudara
4) Melakukan sosialisasi program
5) Pembinaan dan pengawasan program
6) Koordinator data melalui surveilans

7) Monitoring dan evaluasi

8) Penyusunan perencanaankegiatan,anggaran,perlengkapan dan logistikberbasisbukti

d. Tahapan pelaksanaan di Provinsi dan Kab/Kota
   1) Adokasi dan sosialisasi peraturan kepada lintas sektor
   2) Mapping dan kompilasi data tingkat provinsi
   3) Menghitung dan menetapkan target program sesuai dengan wilayah kerjanya (target sasaran, target Indikator program provinsi dan per – Kab/Kota)
   4) Penyusunan rencana program
   5) Penyusunan rencana kebutuhan (alat kesehatan penunjang, SDM, anggaran, dll)
   6) Pelaksanaan kegiatan/program
      a. Melaksanakan pelatihan/peningkatan kapasitas/orientasi kepada petugas kesehatan
      b. Melakukan bimbingan teknis program
      c. Melakukan koordinasi / kemitraan dengan LP/LS terkait
      d. Melaksanakan monitoring dan evaluasi program
   7) Kompilasi pencatatan dan pelaporan dari kab/kota
   8) Melakukan pelaporan data program ke Kementerian Kesehatan

e. Tahapan pelaksanaan di Puskesmas
   1) Mapping dan kompilasi data tingkat Puskesmas :
      a. Data dasar dan kondisi/status kesehatan penduduk di wilayah kerja
      b. Data hasil kinerja dan mutu penyelenggaraan tahun sebelumnya.
      c. Ketersediaan dan kemampuan SDM terlatih
      d. ketersediaan dan kondisi alat kesehatan pendukung (IVA kit, Krioterapi)
      e. Data deteksi dini kanker leher rahim dan kanker payudara
      f. Data jejaring kerja / kemitraan dengan LP/LS terkait.

   2) Menghitung dan menetapkan target program sesuai dengan target yang ditetapkan oleh Kab/Kota.
   3) Menetapkan prioritas masalah
   4) Penyusunan rencana program
   5) Penyusunan rencana kebutuhan (alat kesehatan penunjang, SDM, anggaran, dll)
   6) Pelaksanaan kegiatan/program
      a. Melakukan Lokakarya mini bulanan
      b. Melaksanakan edukasi kader dan masyarakat
      c. Melakukan koordinasi / kemitraan dengan LP/LS terkait (LSM, PKK dll) mengenai deteksi dini kanker leher rahim dan kanker payudara
      d. Melaksanakan monitoring dan evaluasi program
   7) Melakukan pencatatan dan pelaporan serta kompilasi data dari UKBM
   8) Melakukan pelaporan ke Dinas Kesehatan Kab/Kota

BAB V
PENYELENGGARAAN P2PTM

A. Perencanaan

Perencanaan adalah suatu proses untuk menentukan tindakan masa depan yang tepat, melalui urutan pilihan, dengan memperhitungkan sumber daya yang tersedia. Penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan nasional dilakukan dengan pendekatan penganggaran berbasis program (*money follow program*) melalui penganggaran berbasis kinerja. "*money follow program*" adalah pendekatan perencanaan pembangunan yang lebih holistik, integratif, tematik dan spasial, dari berbagai Program Prioritas yang sejalan dengan visi misi Presiden. Tujuan dari pelaksanaan *money follow program* adalah untuk mewujudkan hasil pelaksanaan pembangunan yang langsung dapat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat luas.

Tematik, holistik, integratif, dan spasial merupakan penjabaran tema Prioritas Pembangunan ke dalam perencanaan yang menyeluruh mulai dari hulu hingga hilir, yaitu suatu rangkaian kegiatan yang dilaksanakan dalam keterpaduan pemangku kepentingan dan pendanaan, serta dalam satu kesatuan wilayah dan keterkaitan antarwilayah.

Langkah-langkah perencanaan meliputi :

(1) Persiapan

Pada tahap ini mempersiapkan tim perencanaan yang terlibat dalam proses penyusunan Rencana Lima Tahunan dan Rencana Tahunan. Tim perencanaan mempelajariRencana Pemerintah Jangka Menengah Nasional (RPJMN), Rencana Strategis Kementerian Kesehatan, Standar Pelayanan Minimal (SPM), NSPK atau Pedoman, dll.

(2) Analisis Situasi

Pada tahap ini dimaksudkan untuk memperoleh informasi mengenai keadaan dan mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi dengan menggunakan Analisa SWOT (*Strength, Weakness, Opportunity* dan *Threat*) untuk mengevaluasi kekuatan, Kelemahan, peluang dan ancaman dalam perencanaan program, dengan mengidentifikasi faktor internal dan eksternal yang mendukung atau menghambat dalam mencapai tujuan tersebut.

Pada tahap analisis situasi dilakukan dengan cara:

a) Pengumpulan data (*evidence base*), seperti data dasar wilayah, data jumlah penduduk, letak wilayah/geografis, data kasus, data capaian kinerja program, dll
b) Analisis data, untuk menggambarkan
   - Status kesehatan masyarakat.
   - Gambaran hasil kinerja dan mutu penyelenggaraan serta analisis kecenderungan (*trend analysis*) pencapaiannya, untuk mengetahui kesenjangan terhadap target.
   - Ketersediaan dan kemampuan sumber daya.

- Prediksi status kesehatan dan tingkat kinerja dengan target pencapaian 5 tahun kedepan.
- Faktor – faktor yang dapat mendorong perubahan seperti kebijakan pimpinan, dukungan dari lintas program dan lintas sektor terkait.

a) Analisis masalah
   - Jumlah kasus
   - Kesenjangan
   - Minimnya jumlah tenaga kesehatan dan kader terlatih.

b) Perumusan masalah
   Perumusan masalah dilakukan dengan melihat kesenjangan antara kenyataan dan harapan, dengan prinsip 5 W 1 H (*What* / apa masalahnya, *Who* / Siapa yang terkena masalahnya, *When* / Kapan masalah itu terjadi, *Where* / dimana maslah itu terjadi, *Why* / Kenapa masalah itu terjadi, dan *How* / Bagaimana masalah itu terjadi) dalam sebuah tabel identifikasi masalah.

(3) Menetapkan tujuan, sasaran dan indikator
(4) Menyusun Rencana Kegiatan
(5) Menentukan jenis logistik/sarana dan prasarana yang dibutuhkan
(6) Menentukan sumberdaya manusia yang dibutuhkan
(7) Menetapkan mekanisme pemantauan dan penilaian

1) Posbindu PTM

Posbindu PTM merupakan salah satu upaya kesehatan masyarakat (UKM) yang berorientasi kepada upaya promotif dan preventif dalam pengendalian PTM dengan melibatkan masyarakat mulai dari perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan evaluasi. Masyarakat diperankan sebagai sasaran kegiatan, target perubahan, agen perubahan sekaligus sebagai sumber daya. Dalam pelaksanaan selanjutnya kegiatan Posbindu PTM menjadi Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM), dimana kegiatan ini diselenggarakan oleh masyarakat sesuai dengan sumber daya, kemampuan dan kebutuhan masyarakat.

a. Sumber daya manusia
   Dalam pelaksanaan kegiatan Posbindu membutuhkan sumberdaya manusia berupa :
   - Tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan, ahli gizi, tenaga penyuluh, tenaga kesehatan masyarakat)
   - Kader (Pendididkan minimal SMA / sederajat)
   - Jumlah tenaga yang dibutuhkan idealnya adalah 5 petugas untuk setiap tahapan layananan di Posbindu PTM.

   Kompetensi dan kemampuan dari semua petugas yang terlibat dalam setiap kegiatan Posbindu harus mendapat pelatihan khusus dan tersertifikasi/ terakreditasi oleh Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.

b. Sarana dan prasarana :

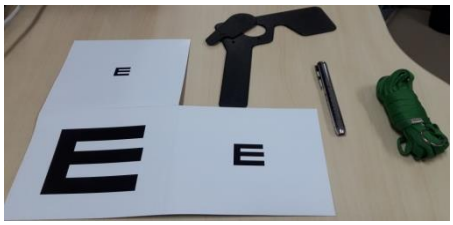
Sarana dan peralatan kesehatan yang kita kenal dengan sebutan Kit Posbindu PTM yang diperlukan dalam penyelenggaraan kegiatan Posbindu PTM sebagai berikut :

1. Meja sebanyak 5 buah
2. Kursi sebanyak 10 buah
3. Food model
4. Media edukasi lainnya seperti lembar balik, roll banner, leaflet, video, film dan lainnya.
5. Posbindu Kit yang terdiri dari:
   - Alat ukur tinggi badan
   - Timbangan berat badan atau alat ukur analisa lemak tubuh
   - Pengukur lingkar perut
   - Tensimeter digital
   - Alat pemeriksaan gula darah
   - Alat pemeriksaan kolesterol total
   - Opthalmologi Komunitas
   - SRQ 6 (*Self Report Questionnaire*)

Posbindu Kit sudah masuk dalam e-katalog LPSE Kemkes kecuali alat ukur tinggi badan, lingkar perut, opthalmologi dan SRQ 6.

Kebutuhan kit Posbindu PTM disesuaikan dengan jumlah sasaran dan kemampuan baik dari tenaga kesehatan, kader maupun sumber daya lainnya seperti bahan operasional habis pakai yang harus ada pada setiap kegiatan Posbindu dilaksanakan. Demikian pula halnya dengan meja dan kursi, jika tempat kegiatan tidak memungkinkan maka dapat saja dilakukann tanpa menggunakan meja dan kursi atau dilantai/*lesehan.*

Gambar 3. Kit Posbindu PTM



Skrining dan UBM di sekolah

Kegiatan dilakukan dimulai dengan perencanaan, berupa penggalangan komitmen sekolah, pembentukan tim konseling, Identifikasi Sumber daya dan penyusunan rencana kegiatan .

Penggalangan Komitmen Sekolah

Harus ada dukungan serta komitmen kuat dari pimpinan lembaga, berupa advokasi, sosialisasi, penggalangan kemitraan dan lainnya.

Pembentukan Tim Konseling

Tim ini bertanggungjawab dalam pengelolaan Layanan Konseling UBM. Tim terdiri dari Guru UKS, Guru Bimbingan Penyuluhan, dan lainnya sesuai SK kepala sekolah.

Identifikasi Sumber Daya

- Petugas konseling UBM di sekolah misalnya: guru bimbingan konseling, atau guru yang ditunjuk oleh pihak sekolah
- Peralatan penunjang: pengukuran berat badan, tinggi badan, CO anylizer¸ peakflaw, pengukur tekanan darah, buku klien dan pedoman juga KIE

Penyusunan rencana Kegiatan

- Sasarannya peserta didik yang merokok,
- Tentukan tempat sarana prasarana , bentuk kegiatan, dan biaya pelaksanaan.

1. Gangguan Indera dan Fungsional

   a) Program Penanggulangan Gangguan Penglihatan:
   Kegiatan yang dilakukan sebagai berikut :
   - Tetapkan target capaian indikator (sebagai acuan : RPJMN, Renstra Kemenkes, RPJMD, Road Map).
   - Siapkan data jumlah penduduk.

- Hitung jumlah kelompok sasaran sesuai dengan rumus.
- Monitoring ketersediaan anggaran, ketersediaan alat kesehatan, SDM terlatih dan media KIE gangguan penglihatan
- melakukan sosialisasi dan advokasi program gangguan penglihatan kepada Bappeda, Organisasi Profesi, LSM, Akademisi, dll
- melakukan pelatihan tenaga kesehatan terintegrasi dalam pelatihan PANDU PTM
- melakukan orientasi kepada petugas dan pembekalan kader terkait penanggulangan gangguan penglihatan
- *On The Job Training* untuk petugas kesehatan dan kader
- Pelaksanaan deteksi dini gangguan penglihatan oleh kader dengan metode hitung jari atau E-Tumbling di Posbindu PTM
- Melaksanakan koordinasi dan tindak lanjut kegiatan penjaringan kesehatan sekolah.
- Melaksanakan koordinasi dan tindak lanjut kegiatan PKPR untuk gangguan penglihatan di Puskesmas
- Monitoring data kasus atau rujukan kasus gangguan penglihatan di FKTP
- Koordinasi kegiatan penanggulangan gangguan penglihatan dengan organisasi profesi, bidang Yankes dan Rumah Sakit, sepertit kegiatan deteksi dini dan operasi katarak.
- Monitoring data kasus gangguan penglihatan, khusus untuk kasus katarak data yang dimonitor adalah data kasus yang dirujuk ke RS dan data rujuk balik hasil operasi katarak ke FKTP.
- Pencatatan dan Pelaporan
- Evaluasi program

Perencanaan kegiatan tersebut menggunakan langkah – langkah dibawah ini :
Pada tahap analisis situasi dilakukan dengan cara:
Mengumpulkan data (*evidence base*)
Data yang dikumpulkan adalah: Data dasar wilayah (data demografi dan data geografis), data jumlah penduduk sasaran (Jumlah penduduk usia sekolah, Jumlah penduduk usia produktif (usia 15 – 59 th, Jumlah penduduk usia 50 tahun keatas (katarak)), data kasus (data kesakitan, data yang mendapat rehabilitasi gangguan penglihatan, data operasi katarak, dll), data capaian kinerja program, data hasil survei atau penelitian yang terkait seperti data survei *Rapid Assessment of Avoidable Blindness* (RAAB), data sarana dan prasarana, seperti: jumlah fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas dan RS), gedung dan sarana, sumber daya manusia kesehatan, ketersediaan dan kondisi peralatan (alat kesehatan penunjang), data UKM dan UKP dan data jejaring atau lintas sektor terkait.

Analisis data
Data yang dikumpulkan dan dianalisis harus dapat menggambarkan status kesehatan masyarakat dan hasil kinerja dan mutu penyelenggaraan serta analisis kecenderungan (*trend analysis*) pencapaiannya, untuk mengetahui kesenjangan terhadap target, ketersediaan dan kemampuan sumber daya, prediksi status kesehatan dan tingkat kinerja dengan target pencapaian 5 tahun kedepan dan faktor – faktor yang dapat mendorong perubahan seperti kebijakan pimpinan, dukungan dari lintas program dan lintas sektor terkait.

Analisis masalah, misalnya:

1) Jumlah kasus gangguan penglihatan yang tidak tertangani disemua kelompok umur.
2) Kesenjangan kemampuan operasi katarak setiap tahunnya (*backlog* operasi katarak).
3) Minimnya jumlah tenaga kesehatan dan kader terlatih.
4) Jumlah dokter spesialis Mata belum sesuai dengan target.
5) Sarana dan prasarana penunjang seperti minimnya alat deteksi gangguan penglihatan dan alat untuk operasi katarak.

Perumusan masalah

Perumusan masalah dilakukan dengan melihat kesenjangan antara kenyataan dan harapan, dengan prinsip 5 W 1 H (*What* / apa masalahnya, *Who* / Siapa yang terkena masalahnya, *When* / Kapan masalah itu terjadi, *Where* / dimana maslah itu terjadi, *Why* / Kenapa masalah itu terjadi, dan *How* / Bagaimana masalah itu terjadi) dalam sebuah tabel identifikasi masalah.

Berdasarkan data nasional hasil survei RAAB di 15 Provinsi tahun 2014 – 2016, penyebab utama gangguan penglihatan yang dapat dicegah adalah gangguan refraksi yang tidak terkoreksi (42%) dan katarak (33%), sedangkan penyebab utama kebutaan yang dapat dicegah adalah katarak (51%) dan glaukoma (8%).

Angka Kebutaan di 15 provinsi berdasarkan *Rapid Assessment Avoidable Blindness* (*RAAB*) yang dilakukan oleh Perdami di 3 Provinsi dan Badan litbang kesehatan di 12 Provinsi tahun 2014-2016, sebagai berikut: Jawa Barat (2,8%), Sulawesi Selatan (2,6%), Nusa Tenggara Barat (4,0%), DKI Jakarta (1,9%), Jawa Timur (4,4%), Jawa Tengah (2,7%), Bali (2,0%), Sumatera Utara (1,6%), Sumatera Barat (1,4%), Sumatera Selatan (3,4%), Kalimantan Selatan (1,9%), Sulawesi Utara (1,6%), Nusa Tenggara Timur (2,0%), Maluku (2,6%) dan Papua Barat (2,3%). Prevalensi kebutaan di Indonesia berdasarkan hasil survei RAAB tersebut mencapai 3%. Dengan penyebab kebutaan terbesar adalah katarak (70 – 80 %) dan kelainan refraksi (10 – 15%). Untuk provinsi yang tidak tertera pada hasil RAAB di atas agar mengikuti angka nasional sebesar 3%. Selanjutnya, penanggung jawab dan pengelola program melakukan perhitungan target sasaran sesuai dengan langkah berikut.

Gangguan Refraksi

Estimasi kasus gangguan refraksi disuatu wilayah dapat dihitung dengan menggunakan data nasional:

42% x Jumlah penduduk usia 6 tahun keatas = A

Katarak

Katarak merupakan gangguan penglihatan yang dapat dicegah juga penyebab utama kebutaan yang dapat dicegah. 5 indikator antara yang digunakan untuk mendapatkan data prevalensi kebutaan akibat katarak yaitu:

- Jumlah Gangguan Penglihatan yang ditemukan oleh Kader Kesehatan

- Jumlah Gangguan Penglihatan yang dideteksi oleh Petugas Kesehatan di Puskesmas
- Jumlah Kasus Katarak yang ditemukan oleh Petugas Kesehatan di Puskesmas
- Jumlah Rujukan Kasus Katarak yang dilakukan oleh Puskesmas
- Rujuk Balik Kasus Katarak.

Estimasi kasus katarak dapat dihitung dengan cara:

- Tentukan jumlah penduduk secara umum dan jumlah penduduk usia 15 – 59 tahun sesuai target posbindu PTM (menggunakan data BPS atau data daerah).
- Lakukan skrining gangguan penglihatan terintegrasi dengan Posbindu PTM. Untuk skrining gangguan penglihatan yang merujuk pada kasus katarak dibuat target sasaran dengan menghitung estimasi jumlah penduduk usia 50 tahun keatas.

Jumlah Penduduk usia ≥ 50 tahun = 15% X Jumlah penduduk

- Lalu hitung estimasi jumlah kasus Katarak berdasarkan rumus dibawah ini:

Jumlah Kasus Katarak = 33% x Jumlah Penduduk usia ≥ 50 tahun

Estimasi kasus kebutaan akibat katarak dapat dihitung dengan cara:

- Hitung estimasi jumlah kasus kebutaanberdasarkan rumus:

- **Jumlah Kebutaan = 3% X Jumlah penduduk usia ≥ 50 tahun**

- Lalu hitung estimasi jumlah kasus kebutaan akibat katarak berdasarkan rumus:

Jumlah Kasus Kebutaan Akibat Katarak = 75% x Jumlah Kebutaan

Tetapkan prioritas masalah berdasarkan skala likert (*scoring*), cari penyebab masalah dengan membandingkan data yang ada dan tetapkan cara pemecahan masalahnya.

Deteksi dini gangguan penglihatan dapat dilakukan melalui:
- Deteksi dini gangguan penglihatan pada anak prasekolah menggunakan Tes Daya Lihat (TDL).
- Kegiatan penjaringan kesehatan disekolah menggunakan Snellen Card
- Deteksi dini di Posbindu PTM menggunakan metode hitung jari / E - Tumbling
- Pemeriksaan gangguan penglihatan di Puskesmas menggunaan Snellen card

Tatalaksana lanjutan jika terjadi gangguan refraksi adalah rujuk ke dokter spesialis mata.

Deteksi dini katarak dapat dilakukan melalui:

- Deteksi dini di Posbindu PTM menggunakan metode hitung jari / E - Tumbling
- Pemeriksaan gangguan penglihatan di Puskesmas menggunaan senter / opthalmoscope

Tatalaksana lanjutan jika terjadi katarak adalah rujuk ke dokter spesialis mata dan operasi katarak untuk mencegah kebutaan

Alat kesehatan / sarana prasarna yang dibutuhkan :

Posbindu :

- Kader menggunakan hitung jari
- Kit Ophthalmologi Komunitas (E – Tumbling)

Puskesmas/FKTP:

- Trial frame untuk pemeriksaan refraksi
- Buku Ishihara Tes
- Trial lens set untuk Pemeriksaan refraksi
- Lup binokuler (lensa pembesar) 3-5 Dioptri
- Opthalmoscope direct
- Snellen Chart 2 Jenis (E Chart + Alphabet Chart)
- Tonometer Schiotz
  Kartu Tumbling E

b) Program Penanggulangan Gangguan Pendengaran:

Kegiatan yang dilakukan sebagai berikut :

- Tetapkan target capaian indikator (sebagai acuan : RPJMN, Renstra Kemenkes, RPJMD, Road Map).
- Siapkan data jumlah penduduk.
- Hitung jumlah kelompok sasaran sesuai dengan rumus.
- Monitoring ketersediaan anggaran, ketersediaan alat kesehatan, SDM terlatih dan media KIE gangguan pendengaran.
- melakukan sosialisasi dan advokasi program gangguan penglihatan kepada Bappeda, Organisasi Profesi, LSM, Akademisi, dll
- melakukan pelatihan tenaga kesehatan terintegrasi dalam pelatihan PANDU PTM
- melakukan seminar / orientasi penanggulangan gangguan pendengaran kepada tenaga kesehatan
- *On The Job Training* untuk petugas kesehatan
- Pelaksanaan deteksi dini gangguan pendengaran oleh kader menggunakan tes suara di Posbindu PTM
- Pelaksanaan deteksi dini gangguan pendengaran pada anak sekolah melalui Bersih – Bersih Telinga
- Melaksanakan kampanye sadar bising dan pemeriksaan nilai ambang kebisingan di lingkungan
- Melaksanakan koordinasi dan tindak lanjut kegiatan penjaringan kesehatan sekolah.

- Melaksanakan koordinasi dan tindak lanjut kegiatan PKPR untuk gangguan pendengaran di Puskesmas
- Monitoring data kasus atau rujukan kasus gangguan pendengaran di FKTP
- Koordinasi kegiatan penanggulangan gangguan pendengaran dengan organisasi profesi, bidang Yankes, Farmalkes dan Rumah Sakit terutama untuk rehabilitasi ketulian (implan koklea)
- Monitoring data kasus pendengaran (penyakit OMSK, Tuli Kongenital, Presbikusis) yang dirujuk dan atau datang langsung ke RS
- Pencatatan dan Pelaporan
- Evaluasi program

Perencanaan kegiatan tersebut menggunakan langkah – langkah dibawah ini :

Mengumpulkan data (*evidence base*)

Data yang dikumpulkan adalahData dasar wilayah (data demografi dan data geografis), Data jumlah penduduk (Jumlah penduduk usia bayi dan balita, Jumlah penduduk usia sekolah, Jumlah penduduk usia produktif, Jumlah penduduk usia 50 tahun keatas), Data kasus (data kesakitan, data bayi yang lahir dengan gangguan pendengaran, data bayi/balita yang membutuhkan ABD/implant kokhlea, dll), Data capaian kinerja program, Data Riskesdas atau data hasil penelitian/survei terkait lainnya, Data sarana dan prasarana, seperti: jumlah fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas dan RS), gedung dan sarana, sumber daya manusia kesehatan, ketersediaan dan kondisi peralatan (alat kesehatan penunjang), Data UKM dan UKP dan Data jejaring atau lintas sektor terkait.

Analisis data

Data yang dikumpulkan dan dianalisis harus dapat menggambarkan status kesehatan masyarakat, hasil kinerja dan mutu penyelenggaraan serta analisis kecenderungan (*trend analysis*) pencapaiannya, untuk mengetahui kesenjangan terhadap target, ketersediaan dan kemampuan sumber daya, prediksi status kesehatan dan tingkat kinerja dengan target pencapaian 5 tahun kedepan dan faktor – faktor yang dapat mendorong perubahan seperti kebijakan pimpinan, dukungan dari lintas program dan lintas sektor terkait.

Analisis masalah, misalnya :

1) Belum teridentifikasi jumlah dan jenis kasus gangguan pendengaran yang tidak tertangani disemua kelompok umur.
2) Minimnya jumlah tenaga kesehatan terlatih (kader maupun tenaga kesehatan)
3) Jumlah bayi yang memiliki gangguan pendengaran dan/atau kelainan bawaan memerlukan Rehabilitasi pendengaran (implan koklea).
4) Jumlah dokter spesialis THT belum sesuai dengan target (1:1.500.000)
5) Minimnya sarana dan prasarana penunjang (alat deteksi dini gangguan pendengaran di daerah)

Perumusan masalah

Perumusan masalah dilakukan dengan melihat kesenjangan antara kenyataan dan harapan, dengan prinsip 5 W 1 H (*What* / apa masalahnya, *Who* / Siapa yang terkena masalahnya, *When* / Kapan masalah itu terjadi, *Where* / dimana maslah itu terjadi, *Why* / Kenapa masalah itu terjadi, dan *How* / Bagaimana masalah itu terjadi) dalam sebuah tabel identifikasi masalah.

Berdasarkan data WHO pada tahun 2007, prevalensi gangguan pendengaran di Indonesia sebesar 4,2 %, dan diperkirakan 50% dari seluruh gangguan pendengaran dan ketulian dapat di cegah. Berdasarkan faktor penyebab ketulian terbanyak disebabkan oleh infeksi telinga tengah (4%), proses penuaan (4,1%) dan tuli kongenital (0,1%). Sedangkan menurut data Hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukan bahwa penduduk Indonesia usia 5 tahun keatas mengalami gangguan pendengaran 2,6%, ketulian 0,09%, sumbatan serumen 18,8%, dan sekret di liang telinga 2,4%.

Selanjutnya, penanggung jawab dan pengelola program dapat melakukan perhitungan target sasaran sesuai dengan langkah berikut.

Gangguan Pendengaran

Estimasi kasus gangguan pendengaran disuatu wilayah dapat dihitung dengan menggunakan data nasional:

Jumlah kasus Pendengaran = 2,6% X Jumlah penduduk

Ketulian

Estimasi kasus ketulian dapat dihitung dengan dengan rumus:

Jumlah kasus Ketulian = 0,09% X Jumlah penduduk

Sumbatan Serumen

Estimasi jumlah kasus Sumbatan Serumendapat dihitung dengan rumus:

Jumlah Kasus Sumbatan Serumen = 18,8% x Jumlah Penduduk

Sekret di Liang Telinga (OMSK)

Estimasi jumlah kasus Sumbatan Serumendapat dihitung dengan rumus:

Jumlah Kasus Sumbatan Serumen = 2,4% X Jumlah penduduk

Presbikusis

Estimasi jumlah kasus Sumbatan Serumendapat dihitung dengan rumus:

- Hitung jumlah penduduk usia ≥ 50 Tahun, dengan rumus :

Jumlah Penduduk usia ≥ 50 tahun = 15% X Jumlah penduduk

- Hitung estimasi kasus presbikusis, dengan rumus :

Jumlah Kasus Presbikusis = 4% X Jumlah penduduk usia ≥ 50 tahun

Tuli Kongenital

Estimasi jumlah kasus Tuli Kongenitaldapat dihitung dengan rumus:

Jumlah Kasus Tuli Kongenital = 0,11% x Jumlah Bayi Lahir

Tetapkan prioritasmasalah berdasarkan skala likert (*scoring*), cari penyebab masalah dengan membandingkan data yang ada dan tetapkan cara pemecahan masalahnya.

Deteksi dini gangguan pendengaran dapat dilakukan melalui:
- Deteksi dini gangguan pendengaran pada kelompok usia bayi dana balita dengan menggunakan Kuesioner Tes Daya Dengar
- Kegiatan penjaringan kesehatan disekolah
- Deteksi dini gangguan pendengaran melalui kegiatan PKPR
- Deteksi dini gangguan pendengaran di Posbindu PTM menggunakan tes suara
- Pemeriksaan gangguan pendengaran di Puskesmas

Jika terjadi indikasi gangguan pendengaran rujuk ke dokter spesialis THT, seperti tuli kongenital, infeksi telinga, indikasi gangguan pendengaran berat sampai ketulian yang membutuhkan rehabilitasi dan tatalaksana lebih lanjut.

Alat kesehatan / sarana prasarna yang dibutuhkan :

Posbindu :
- Kader menggunakan tes suara

Puskesmas/FKTP
- Lampu Kepala
- Corong Telinga
- Otoskop
- Pelilit Kapas
- Pengait Serumen
- Sendok / Kuret Serumen
- Pinset Bayonet kecil
- Spuit utk irigasi telinga
- Tip suksion (+alat suksion)
- Garputala (512 Hz, 1024 Hz dan 2048 Hz)

c) Program Penanggulangan Gangguan Fungsional:

Kegiatan yang dilakukan sebagai berikut :

- Tetapkan target capaian indikator (sebagai acuan : RPJMN, Renstra Kemenkes, RPJMD, RAN HAM, *Road Map*).
- Siapkan data jumlah penduduk.
- Hitung jumlah kelompok sasaran sesuai dengan rumus.
- Monitoring ketersediaan anggaran, ketersediaan alat kesehatan, SDM terlatih dan media KIE gangguan fungsional.
- melakukan sosialisasi dan advokasi program gangguan penglihatan kepada Bappeda, Organisasi Profesi, LSM, Akademisi, dll
- melakukan pelatihan tenaga kesehatan terintegrasi dalam pelatihan PANDU PTM
- Orientasi penanggulangan gangguan fungsional kepada tenaga kesehatan (sensitivitas petugas, program RBM, akses kesehatan bagi penyandang disabilitas melalui PIS PK, Posbindu PTM dan Layanan *Home care*)
- Orientasi dan Pembekalan Kader untuk program RBM (Survei Mawas Diri)
- Koordinasi dengan lintas program dan Lintas Sektor terkait untuk peningkatan akses penyandang disabilitas dalam hal pembiayaan kesehatan dan ketersediaan alat bantu kesehatan yang sesuai standar.
- Pemenuhan aksesibilitas fisik (Standar Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang aksesibel bagi penyandang disabilitas melalui kareditasi Puskesmas dan RS)
- Pemenuhan alat kesehatan dalam pengelolaan gangguan fungsional di Puskesmas (alat prosedur diagnostik klinis, alat uji fungsi, alat uji latih, alat terpai modalitas, alat terapi latihan, alat latihan aktifitas kehidupan sehari – hari, alat bantu mobilisasi dan ambulasi, alat tindakan kedokteran fisik dan rehabilitasi)
- Monitoring data penyandang disabilitas yang akses ke pelayanan kesehatan.
- Monitoring data kasus atau rujukan kasus gangguan fungsional di FKTP dan RS
- Koordinasi kegiatan penanggulangan gangguan fungsional dengan organisasi profesi, bidang Yankes, Farmalkes dan Rumah Sakit terutama untuk rehabilitasi medik dasar
- Pencatatan dan Pelaporan
- Evaluasi program

Perencanaan kegiatan tersebut menggunakan langkah – langkah dibawah ini :
Pada tahap analisis situasi dilakukan dengan cara:

<u>Mengumpulkan data (*evidence base*)</u>
Data yang dikumpulkan adalahData dasar wilayah (data demografi dan data geografis), Data jumlah penduduk, Data Jumlah penyandang disabilitas berdasarkan jenis ragam disabilitas, Data SDM (petugas terlatih, dokter spesialis Rehab Medik), Data Riskesdas atau data hasil penelitian/survei terkait lainnya, Data sarana dan prasarana, seperti: jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang ramah disabilitas (puskesmas dan RS), RS rujukan, ketersediaan dan kondisi peralatan (alat kesehatan penunjang/alat bantu kesehatan bagi penyandang disabilitas), Data UKM dan UKP, Data jejaring atau lintas sektor terkait, kebijakan lokal daerah (pembiayaan kesehatan, ketersediaan alat bantu kesehatan, pelayanan *home care*, dll)

Analisis data

Data yang dianalisis harus dapat menggambarkan status kesehatan masyarakat, gambaran hasil kinerja dan mutu penyelenggaraan serta analisis kecenderungan (*trend analysis*) pencapaiannya, ketersediaan dan kemampuan sumber daya, prediksi status kesehatan dan tingkat kinerja dengan target pencapaian 5 tahun kedepan, dan faktor – faktor yang dapat mendorong perubahan seperti kebijakan pimpinan, dukungan dari lintas program dan lintas sektor terkait.

Analisis masalahseperti :

1) Penyandang Disabilitas di masyarakat saat ini dianggap merupakan kelompok yang paling rentan dan termarjinalkan di masyarakat. Sebagian besar mereka masih tergantung pada bantuan dan rasa iba orang lain serta belum mendapatkan hak untuk memperoleh kesempatan dan perlakuan agar bisa bertindak, beraktifitas sesuai dengan kondisi mereka.
2) adanya stigma di masyarakat yang keliru terhadap Penyandang Disabilitas, seperti, dimana disabilitas dianggap kutukan, tidak berguna, aib, tidak bisa diberdayakan karena dianggap identik dengan sakit, semakin mengucilkan mereka sehingga Penyandang Disabilitas sering disembunyikan oleh keluarga dan tidak diberikan hak haknya untuk berobat, sekolah, bermain atau bekerja.
3) Persepsi masyarakat bahwa Penyandang Disabilitas dianggap sakit, membuat mereka sering ditolak untuk sekolah atau bekerja, dan hal ini berdampak pada keterisolasian maupun menghambat upaya kemandirian, kepercayaan diri dan yang lebih buruk lagi adalah perlakuan eksploitasi serta tindakan penelantaran terhadap Penyandang Disabilitas tersebut.
2) Belum teridentifikasi jumlah dan jenis kasus gangguan fungsidisemua kelompok umur.
3) Minimnya jumlah tenaga kesehatan terlatih yang ramah disabilitas.
4) Minimnya sarana dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan yang ramah disabilitas
5) Belum berkembang dan terbinanya program RBM dan kader terlatih
6) Terbatasnya jumlah dokter spesialis Rehab Medik.

Perumusan masalah

Perumusan masalah dilakukan dengan melihat kesenjangan antara kenyataan dan harapan, dengan prinsip 5 W 1 H (*What* / apa masalahnya, *Who* / Siapa yang terkena masalahnya, *When* / Kapan masalah itu terjadi, *Where* / dimana maslah itu terjadi, *Why* / Kenapa masalah itu terjadi, dan *How* / Bagaimana masalah itu terjadi) dalam sebuah tabel identifikasi masalah.

Berdasarkan data Riskesdas 2018, angka nasional / proporsi disabilitas untuk usia 18 – 59 tahun sebesar22%, proporsi disabilitas pada usia 5 – 17 tahun sebesar 3,3%.

Selanjutnya, penanggung jawab dan pengelola program melakukan perhitungan target sasaran sesuai dengan langkah berikut.

Estimasi Jumlah Penyandang Disabilitas

Estimasi Jumlah Penyandang Disabilitas pada suatu wilayah dapat dihitung dengan menggunakan data nasional:

Jumlah Penyandang Disabilitas = 22% X Jumlah penduduk

Tetapkan prioritasmasalah berdasarkan skala likert (*scoring*), cari penyebab masalah dengan membandingkan data yang ada dan tetapkan cara pemecahan masalahnya.

Upaya Penanggulangan Gangguan Fungsional dilakukan melalui kegiatan:

- Peningkatan kemandirian penyandang disabilitas melalui program Rehabilitasi Bersumberdaya Masyarakat (RBM)
- Sensitivitas Petugas (peningkatan kapasitas petugas kesehatan yang ramah disabilitas).
- Peningkatan akses kesehatan bagi penyandang disabilitas melalui Posbindu PTM, PIS - PK dan atau layanan *home care*
- Peningkatan akses penyandang disabilitas dalam hal pembiayaan kesehatan dan ketersediaan alat bantu kesehatan yang sesuai standar.
- Pemenuhan aksesibilitas fisik (standar Fasilitas pelayanan kesehatan yang aksesibel bagi penyandang disabilitas melalui akreditasi Puskesmas dan RS)

Alat kesehatan dalam pengelolaan gangguan fungsional di Puskesmas :

- Alat prosedur diagnostik klinis : meteran, goniometer, inclinometer, *pulse oksimetri.*
- Alat uji fungsi : *Minimental state evaluation, Barthel Index*
- Alat uji latih: walking track
- Alat terapi modalitas: cold pact, nebulizer jet, Infra res radiation, transcutaneus electrical nerve stimulation (TENS)
- Alat terapi latihan: Peg board, matras, palang sejajar/pararel bar dewasa, transfer board, cermin besar, peralatan stimulasi perkembangan anak
- Alat latihan aktifitas kehidupan sehari – hari: alat makan, alat mandi
- Alat bantu mobilisasi dan ambulasi: cane atau tongkat, crutches (kruk), standar walker, kursi roda manual
- Alat tindakan kedokteran fisik dan rehabilitasi : *tapping/elastic tape*

B. Penganggaran

1. Penganggaran Posbindu PTM

   Biaya penyelenggaraan kegiatan Posbindu PTM dapat berasal dari berbagai sumber, seperti:

   - Iuran warga atau masyarakat
   - Pemerintah misalnya dalam bentuk APBN, APBD, BOK, Dana Desa, Pajak Rokok Daerah
   - Swasta seperti CSR, dana kesehatan perusahaan, donor dan bantuan lainnya yang sifatnya tidak mengikat.

Untuk mencapai keberhasilan program Pobindu PTM perlu dikembangkan strategi pelaksanaan kegiatan, yaitu :

1) Sosialisasi dan advokasi kepada pemerintah, pihak legislatif, pemerintah daerah serta pemangku kepentingan.
2) Pemberdayaan masyarakat
3) Pendekatan integratif pada kelompok masyarakat khusus dan pada berbagai tatanan seperti disekolah, tempat kerja, lingkungan pemukiman.
4) Peningkatan jejaring kerja PTM dengan melibatkan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan (stakeholder) terkait baik di Pusat maupun Provinsi, dan Kabupaten/Kota dan FKTP.
5) Peningkatan peran pemerintah dan masyarakat (profesi, dunia usaha, pendidikan) dalam perencanaan, pelaksanaan pemantauan dan evaluasi.
6) Peningkatan kemampuan dan ketrampilan masyarakat dalam pengendalian faktor risiko PTM
7) Fasilitasi ketersediaan sarana dan prasarana.
8) Berbasis bukti ilmiah (evidance-base) dan sesuai kearifan lokal.

2. Skrining dan pelaksanan UBM di sekolah

Anggaran kegiatan , baik UBM maupun skriningbersumberdari APBDatauAPBNatau sumberdana lainyang tidakmengika, termasuk dana dari BLN, Pajak Rokok, CSR, BOK, Dana sekoalh, BOS , dan lainnya.

3. **Gangguan Indera dan Fungsional**

Penganggaran kegiatan penanggulangan gangguan indera dan fungsionalbersumberdari APBDatauAPBNatau sumberdanalainyang tidakmengikat, termasuk dana dari BLN, Pajak Rokok, CSR, BOK, Dana sekolah, BOS, dan lainnya

4. Pembiayaan Deteksi Dini Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim

Sebenarnya pembiayaan deteksi dini kanker leher rahim dan kanker payudara telah dijamin oleh BPJS sesuai Peraturan Menteri Kesehatan no. 71 tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan bagi peserta JKN. Puskesmas/FKTP dapat mengklaim setiap kegiatan deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim telah terselesaikan. Mekanisme klaim dapat dilakukan secara pasif dan aktif ;

A. Secara pasif

Pengklaiman (penarikan biaya) secara pasif dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:

1. **Persyaratan :**

a. Pengklaiman dapat dilakukan oleh FKTP yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, mempunyai kompetensi dalam melakukan pemeriksaan IVA , dan hanya pada peserta BPJS Kesehatan aktif.
b. Prosedur mengikuti aturan yang berlaku.
c. Pembiayaan hanya dapat dilakukan kepada peserta BPJS Kesehatan yang masih aktif.
d. Pemeriksan IVA dilakukan setiap tahun berturut-turut selama 3 tahun. Jika hasil pemeriksaan negatif selama 3 kali pemeriksaan, maka pemeriksaan berikutnya dilakukan dengan interval menjadi 5 tahun.

2. Prosedur pengklaiman:

a. Mengisi lampiran V perjanjian dimana memuat, nama, tanggal pemeriksaan, nomor NIP/NIK/NRP dan nomor kartu Identitas BPJS Kesehatan serta ditanda-tangani oleh FKTP

b. Melampirkan format Formulir Permohonan Deteksi Ca Serviks yang ditanda-tangani oleh Peserta BPJS Kesehatan

3. Tata cara Penagihan/Pengajuan Klaim

Pihak Kedua mengajukan biaya Pelayanan IVA/Papsmear kepada pihak Pertama melalui aplikasi Pihak pertama teratur 2 minggu sekali setiap bulannya dengan melampirkan berkas-berkas sbb:

a. Formulir Pengajuan Klaim (FPK) rangkap 3 sesuai luaran aplikasi Lupis

b. Lampiran Rekapitulasi pelayanan perindividu sesuai format yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan

c. Bukti pendukung atas pelayanan yang telah diberikan berupa

- Fotocopy kartu peserta BPJS Kesehatan (Kartu BPJS Kesehatan, Kartu Askes, Kartu Jamkesmas, dan Kartu Indonesia Sehat)
- Form permohonan pelayanan pemeriksaan IVA yang telah ditanda-tangani oleh Peserta (Lampiran III)
- Salinan hasil pemeriksaan IVA
- Bukti pemberian edukasi SADARI
- Bukti pemeriksaan IVA yang telah ditanda-tangani oleh peserta

Pengajuan klaim yang tidak lengkap akan dikembalikan untuk dilengkapi dan ditagihkan kembali ke BPJS Kesehatan

4. Tata cara Pembayaran

Verifikasi

a. BPJS Kesehatan melakukan verifikasi atas klaim pelayanan kesehatan yang diajukan dan menentukan nilai ganti sesuai dengan hasil verifikasi yang telah disetujui PARA PIHAK.

b. Bila pengklaiman gagal BPJS Kesehatan wajib memberitahukan kepada FKTP.

Klaim pemeriksaan IVA dan krioterapi diajukan setiap bulan berikutnya . BPJS Kesehatan akan melakukan pembayaran paling lambat 15 hari setelah klaim diterima dan persyaratan lengkap.

B. Pengklaiman (penarikan biaya) secara aktif

Pengklaiman (penarikan biaya) secara aktif dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Persyaratan

a. Sebelum melakukan kegiatan pemeriksaan dapat menghubungi , berkoordinasi dan melibatkan FKTP atau BPJS Kesehatan setempat, memberitahukan rencana pemeriksaan IVA diinstansi atau lokasi yang yang dimaksud

b. Pembiayaan hanya dapat dilakukan kepada peserta BPJS Kesehatan yang masih aktif
c. Pemeriksan IVA dilakukan setiap tahun berturut-turut selama 3 tahun. Jika hasil pemeriksaan negatif selama 3 kali pemeriksaan, maka pemeriksaan berikutnya dilakukan dengan interval menjadi 5 tahun.
d. Prosedur mengikuti aturan yang berlaku
e. Pembiayaan termasuk untuk biaya penyelenggaraan, jasa pelayanan, dan bahan habis pakai

2. Prosedur pengklaiman:

a. Mengisi lampiran perjanjian dimana memuat, nama, tanggal pemeriksaan, nomor NIP/NIK/NRP dan nomor kartu Identitas BPJS Kesehatan serta ditanda-tangani oleh FKTP
b. Melampirkan format Formulir Permohonan Deteksi Ca Serviks yang ditanda-tangani oleh Peserta BPJS Kesehatan

3. Tata cara Penagihan/Pengajuan Klaim

Pihak Kedua mengajukan biaya Pelayanan IVA/Papsmear kepada pihak Pertama melalui aplikasi Pihak pertama teratur 2 minggu sekali setiap bulannya dengan melampirkan berkas-berkas sbb:

a. Formulir Pengajuan Klaim (FPK) rangkap 3 sesuai luaran aplikasi Lupis
b. Lampiran Rekapitulasi pelayanan perindividu sesuai format yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan
c. Bukti pendukung atas pelayanan yang telah diberikan berupa:
   - Fotocopy kartu peserta BPJS Kesehatan (Kartu BPJS Kesehatan, Kartu Askes, Kartu Jamkesmas, dan Kartu Indonesia Sehat)
   - Form permohonan pelayanan pemeriksaan IVA yang telah ditanda-tangani oleh Peserta (Lampiran III)
   - Salinan hasil pemeriksaan IVA
   - Bukti pemberian edukasi SADARI
   - Bukti pemeriksaan IVA yang telah ditanda-tangani oleh peserta

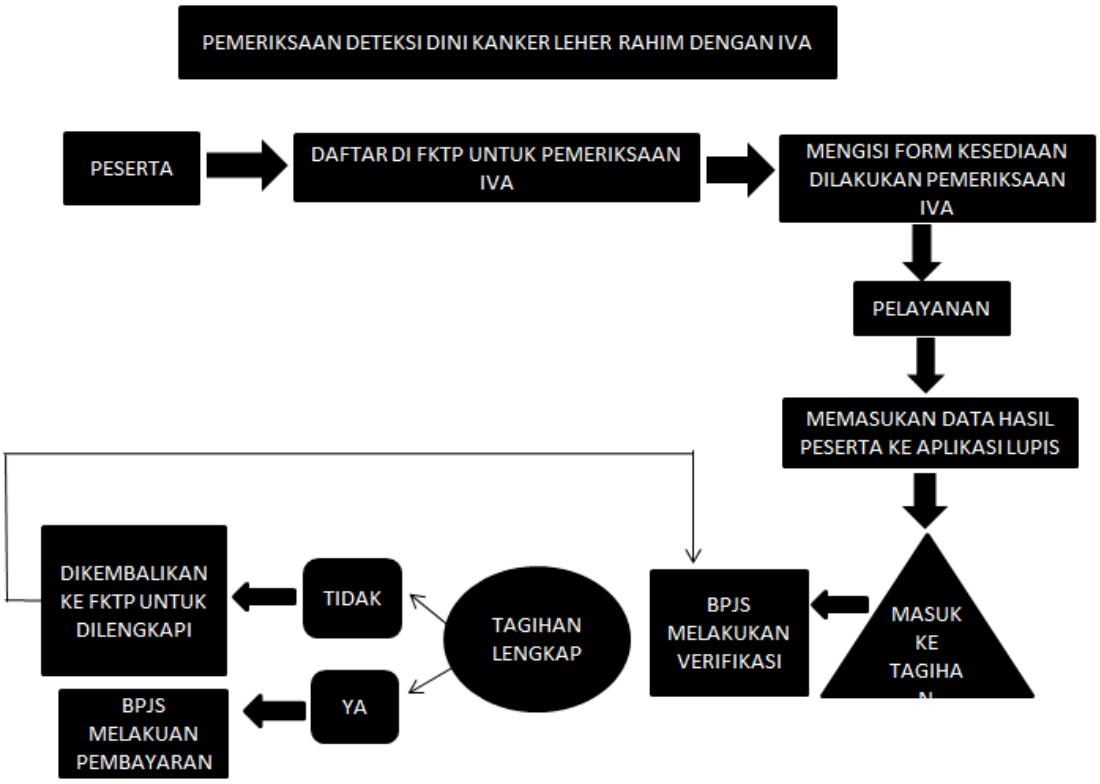
Pengajuan klaim yang tidak lengkap akan dikembalikan untuk dilengkapi dan ditagihkan kembali ke BPJS Kesehatan

4. Tata cara Pembayaran

Verifikasi

a. BPJS Kesehatan melakukan verifikasi atas klaim pelayanan kesehatan yang diajukan dan menentukan nilai ganti sesuai dengan hasil verifikasi yang telah disetujui PARA PIHAK.
b. Bila pengklaiman gagal BPJS Kesehatan wajib memberitahukan kepada FKTP.

Alur pelayanan dan klaim pemeriksaan IVA - krioterapi BPJS Kesehatan



Selain dijamin BPJS, pelaksanaan deteksi dini kanker payudara dengan SADANIS dan kanker leher rahim dengan pemeriksaan IVA dapat dilakukan oleh klien maupun masyarakat pada unit FKTP yang menyediakan pemeriksaan tersebut dengan menggunakan dana mandiri dengan kualitas pelayanan yang tidak berbeda dengan peserta BPJS Kesehatan.

Kementerian/Lembaga maupun pihak swasta dapat menyediakan anggaran sendiri untuk kegiatan deteksi dini yang dilakukan terhadap para karyawan perempuan di lingkungan kerjanya.

C. Pengorganisasian

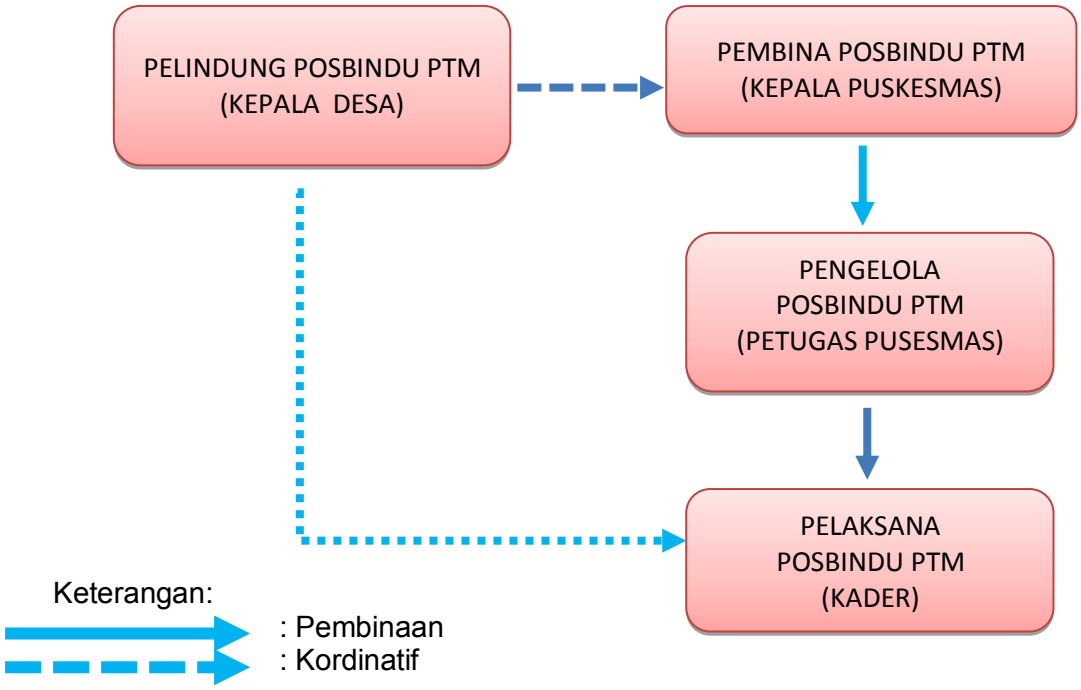
1. Posbindu

Upaya P2PTM diselenggarakan bersama-sama oleh pemerintah dan masyarakat. Pemerintah meliputi kementerian, lembaga non-kementerian dan pemerintah daerah. Masyarakat meliputi akademisi, profesi, lembaga swadaya masyarakat, swasta, dunia usaha, dan masyarakat umum. Para pemangku kepentingan mempunyai tugas dan

tanggung jawab masing-masing dan bekerjasama dalam bentuk kemitraan yaitu Jejaring Kerja Pencegahan dan Pengendalian PTM.

Secara substansi Posbindu PTM mengacu kepada kegiatan bukan terhadap tempat. Hal ini yang membedakan Posbindu PTM dengan UKBM lainnya. Kegiatannya berupa deteksi dini, pemantauan FR PTM serta tindak lanjut dini FR PTM. Kegiatan ini dapat berlangsung secara terintegrasi dengan kegiatan masyarakat yang sudah aktif seperti majelis taklim, karang taruna, Persatuan Diabetesi Indonesia (PERSADIA), Yayasan Kanker Indonesia (YKI), Yayasan Stroke Indonesia (YASTROKI), Yayasan Jantung Indonesia (YJI), Klub Jantung Sehat, Perkumpulan Warga Tulang Sehat Indonesia (PERWATUSI), Forum Olahraga rekreasi Masyarakat Indonesia (FORMI) dan lain-lain serta dapat dikembangkan pada kelompok kebaktian, anak sekolah, pekerja/karyawan, pengemudi di perusahaan angkutan/Perusahaan Otobus (PO) di terminal, kelompok masyarakat adat, kelompok masyarakat keagamaan, petani/nelayan, masyarakat binaan negara di lembaga pemasyarakatan.

STRUKTUR ORGANISASI POSBINDU PTM



Penyelenggaraan

Persiapan dalam penyelenggaraan Posbindu PTM di dahului dengan identifikasi kelompok potensial yang ada di masyarakat, sosialisasi dan advokasi, pelatihan petugas pelaksana Posbindu PTM atau fasilitasi teknis, fasilitasi logistik, pengaturan mekanisme kerja antara petugas pelaksana Posbindu PTM dengan pembinanya, serta sumber pembiayaan.

MATRIKS PENYELENGGARAAN POSBINDU PTM

PERSIAPAN	PELAKSANAAN	TINDAK LANJUT
• Identifikasi masalah kesehatan • Pemetaan sasaran • Sosialisasi • Advokasi • Pendekatan Integratif di berbagai tatanan • Peningkatan kemampuan & ketrampilan petugas dan kader • Fasilitasi sarana dan prasarana	• Pemberdayaan Masyarakat • Tahap awal sesuai jumlah sasaran, selanjutnya 1x/th (Capaian SPM) • Waktu & tempat pelaksanaan sesuai kesepakatan • Dapat berintegrasi dengan UKBM/kegiatan/Progr lain • Penyuluhan kesehatan • Aktifitas fisik bersama • Demo makanan sehat dll	• Jejaring Kerja PTM • Peran Pemerintah dan masyarakat dalam perencanaan, pemantauan &

A. Pelaksanaan Kegiatan

1. Waktu pelaksanaan kegiatan

Posbindu PTM dalam pelaksanaannya di lapangan dapat bersama-sama dengan program atau pelayanan lainnya yang diberikan dalam rangka menarik minat dan meningkatkan kepatuhan masyarakat seperti Posyandu Balita, Posyandu Lansia, Puskesmas Keliling dan lain-lain. Jadi untuk pelaksanaan kegiatan Posbindu, waktu pelaksanaan dapat disepakati bersama antara pengelola Posbindu PTM dan Petugas pelaksana Posbindu PTM.

Sejalan dengan kebutuhan dan urgensinya pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular, ditetapkan bahwa penyelenggaraan Posbindu di desa atau kelurahan dan di tempat lainnya minimal 1 (satu) kali dalam setahun, dan atau dapat lebih dari 1 (satu) kali dalam setahun sesuai dengan kebutuhan dan kondisi daerah masing-masing.

Contoh :

Kelurahan Bahagia Kecamatan Babelan Kabupaten Bekasi Provinsi Jawa Barat dengan jumlah penduduk tahun 2016 sebesar 54.563 jiwa dan mempunyai 9 rukun warga (9 RW). Diketahui bahwa jumlah penduduk usia ≥15 tahun sebesar 18.000 jiwa. Maka pelaksanaan Posbindu PTM di kelurahan Bahagia untuk pertama sekali pada tahun berjalan dapat dilaksanakan sebanyak 9 kali pada 9 RW masing-masing atau perhitungan frekuensi penyelenggaraannya berdasarkan jumlah orang yang dapat diperiksa pada satu kali pelaksanaan (18.000/200 = 90 kali). Waktu dan tempat pelaksanaan dalam setahun ditetapkan sendiri oleh petugas pelaksana dan puskesmas setempat.

Dalam rangka pemantauan faktor risiko individu atau pengunjung Posbindu PTM, pengunjung yang mempunyai faktor risiko PTM dianjurkan untuk datang

kembali pada bulan berikutnya ke Posbindu PTM demikian seterusnya secara periodik dan berkesinambungan. Sedangkan pengunjung yang belum mempunyai faktor risiko dianjurkan datang ke Posbindu 3 bulan berikutnya.

2. Tempat Pelaksanaan Kegiatan
   Penyelengaraan kegiatan Posbindu PTM dapat dilaksanakan pada 7 (tujuh) tatanan seperti lingkungan pendidikan/belajar mengajar, perkantoran/tempat kerja, transportasi (PO.Bus), sarana Ibadah, KBIH (Kelompok Bimbingan Ibadah Haji), Tempat Umum/Mall dan Lapas/Rutan.

3. Tugas dan Tanggung jawab

   Penyelengaraan Posbindu PTM dilakukan oleh masyarakat dan petugas pelaksana Posbindu PTM yang sudah dilatih, dibina atau di fasilitasi untuk melakukan pemantauan FR PTM di tempat masing-masing. Petugas kesehatan dari Puskesmas membantu dalam hal pelaksanaannya.

   Terselenggaranya pelayanan Posbindu melibatkan banyak pihak. Adapun tugas dan tanggungjawab masing-masing pihak dalam menyelenggarakan Posbindu adalah sebagai berikut.

   Sebelum kegiatan Posbindu, petugas pelaksana Posbindu (Kader) :

   a. Menyebarluaskan hari buka Posbindu melalui pertemuan warga setempat.
   b. Mempersiapkan tempat pelaksanaan Posbindu
   c. Mempersiapkan sarana Posbindu
   d. Melakukan pembagian tugas antar petugas pelaksana posbindu.
   e. Berkoordinasi dengan petugas kesehatan..
   f. Mempersiapkan bahan penyuluhan

   Pada hari buka Posbindu,

   pembagian tugas dilakukan berdasarkan tahapan kegiatan/ pelayaan di Posbindu yaitu :

   1. Tahapan/ Layanan-1 : Registrasi
      Kegiatan yang dilakukan :
      - Penulisan Nomor Induk Kependudukan (NIK) pada buku register(offline), file excell (offline) atau http://pptm.dataonline.id/login.php (online)
      - Pemberian nomor urut/kode yang sama pada buku register dan buku pemantauan FR PTM
      - Mengisi Biodata

      Pelaksana : kegiatan ini dilakukan oleh kader

   2. Tahapan/ Layanan-2 : Wawancara Faktor Risiko PTM
      Kegiatan yang dilakukan :

- Menggali informasi tentang riwayat penyakit tidak menular baik riwayat pada diri sendiri maupun pada keluarga

Pelaksana : kegiatan ini dilakukan oleh kader

3. Tahapan/ Layanan-3 : Pengukuran Faktor Risiko PTM

   Kegiatan yang dilakukan :
   - Menimbang berat badan
   - Mengukur tinggi badan
   - Mengukur lingkar perut

   Pelaksana : kegiatan ini dilakukan oleh kader

4. Tahapan/ Layanan-4 : Pemeriksaan Faktor Risiko PTM

   Kegiatan yang dilakukan :
   - Mengukur tekanan darah
   - Memeriksa kadar gula darah sewaktu
   - Memeriksa kadar kolesterol total

   Pelaksana : kegiatan ini dilakukan oleh kader/petugas puskesmas
5. Tahapan/ Layanan-5 : Tindak lanjut dan Edu kasi

   Kegiatan yang dilakukan :
   - Mengidentifikasi semua data FR PTM, hasil pemeriksaan dan pengukuran FR PTM
   - Merujuk ke FKTP jika telah memenuhi kriteria rujukan
   - Mengedukasi pada setiap masyarakat yang terdapat FR PTM

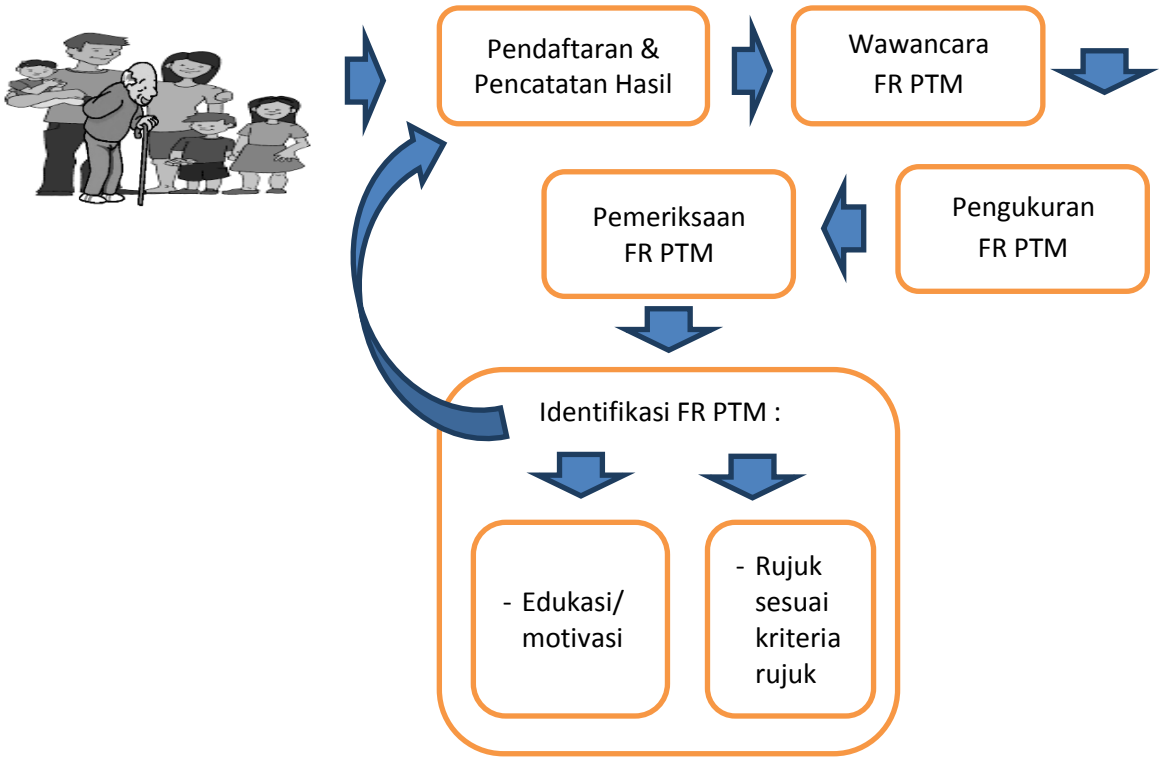
   Pelaksana : kegiatan ini dilakukan oleh kader/petugas puskesmas

Setelah pelayanan Posbindu selesai, petugas pelaksana posbindu bersama petugas kesehatan melengkapi pencatatan dan membahas hasil kegiatan serta tindak lanjut .

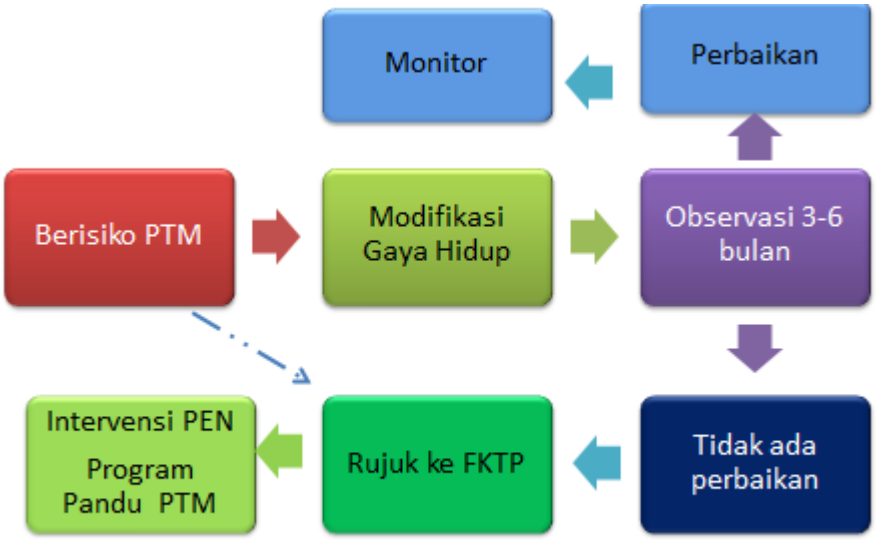
Hasil kegiatan Posbindu di catat jika dilakukan secara offline ataupun dapat dengan cara online pada web Portal Ssitem Informasi PTM (http://pptm.dataonline.id/login.php). Pelaksana Posbindu/ Kader melaporkan hasilnya kepada Puskesmas serta menyusun rencana kerja dan melaksanakan upaya perbaikan sesuai dengan kebutuhan Posbindu.

Kegiatan penyuluhan pada hari pelaksanan Posbindu dapat dilakukan dengan tema menarik sesuai karakteristik dan kebutuhan sasaran di wilayah setempat. Kegiatan Posbindu dapat berintegrasi dengan kegiatan lainnya seperti Posyandu Balita, Posyandu Lansia, Arisan warga, setelah kegiatan keagamaan dan lain-lain.

ALUR TINDAK LANJUT DAN RUJUKAN HASIL DETEKSI DINI DI POSBINDU PTM



ALUR TATALAKSANA TINDAK LANJUT DI POSBINDU PTM



Kemitraan

Membangun dan memantapkan kemitraan dan jejaring kerja PTM secara berkesinambungan serta forum masyarakat pemerhati PTM di pusat, Propinsi, kabupaten dak kota.

2. Skrining dan pelaksanaan UBM di sekolah

Layanan UBM dilakukan secara terintegrasi dalam upaya pengendalian faktor risiko PTM lainnya.

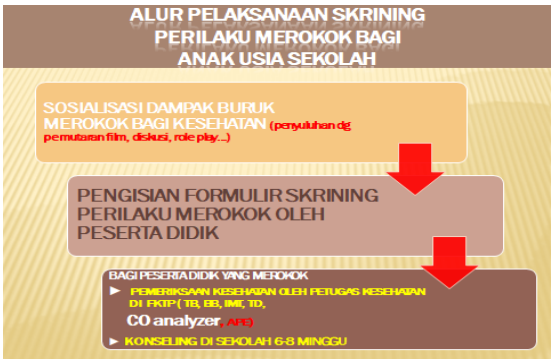
Pelaksanaan layanan konseling UBM diselenggarakan di sekolah dengan pelaksana guru UKS atau guru BP

Kegiatan :

- Mendeteksi factor risiko merokok
- Mengajak untuk berhenti merokok
- Merujuk ke FKTP untuk layanan UBM

Kegiatan skrining berupa :

1. Sosialisasi dampak buruk merokok bagi kesehatan
2. Pengisian Formulir skrining/penjaringan perilaku merokok oleh peserta didik
3. Bagi peserta didik yang merokok: pemeriksaan kesehatan oleh petugas kesehatan CO analyzer dan konseling di sekolah 6-8 minggu



3. Gangguan Indera dan Fungsional

A. Pusat

Upaya Pengendalian Gangguan Indera dan Fungsional di tingkat pusat di bawah tanggung jawab Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dengan kendali Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) Kementerian Kesehatan, yang terdiri dari :

1. Direktorat Jenderal PP & P bekerja sama dengan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan dalam melaksanakan upaya pencegahan dan pengendalian gangguan indera dan fungsional untuk kegiatan-kegiatan yang disepakati bersama.
2. Komite Nasional terdiri dari para pejabat terkait lintas program dan lintas sektor, LSM dan organisasi profesi terkait, yang berperan dalam memberikan rekomendasi kepada Menteri Kesehatan untuk menetapkan

kebijakan pencegahan dan pengendalian gangguan penglihatan dan kebutaan.

3. Komite Ahli terdiri dari para ahli/pakar berbagai disiplin ilmu, wakil dari organisasi profesi dan pejabat terkait. Komite Ahli berperan dalam memberikan rekomendasi kepada Direktur Jenderal PP&P dalam menetapkan kebijakan teknis pengendalian gangguan penglihatan dan kebutaan.
4. Organisasi Profesi tingkat Pusat yang membantu memberikan masukan terkait materi program.

B. Propinsi

Dinas Kesehatan Propinsi bertanggung jawab melaksanakan kegiatan :

1. Pencegahan dan pengendalian gangguan indera dan fungsional di tingkat propinsi yang berkoordinasidengan Lintas Program terkait di Dinas Kesehatan Propinsi, Organisasi profesi yang ada di daerah, LSM/NGO dengan dukungan penganggaran dari pemerintah setempat.
   a. Melaksanakan kebijakan
   b. Menyelenggarakan TOT (*Training of Trainer*) atau pelatihan yang terintegrasi dalam program Pengendalian PTM kepada Kabupaten/Kota.
   c. Melakukan advokasi dan sosialisasi kepada Pemerintah Daerah, Bappeda, DPRD, lintas program, lintas sektor, swasta dan masyarakat.
   d. Memfasilitasi pertemuan lintas program maupun lintas sektor.
   e. Melaksanakan pembinaan teknis dan monev di Kabupaten / Kota
2. Pembentukan Komisi Daerah (Komda) untuk Penanggulangan Gangguan Penglihatan (PGP) di tingkat propinsi, dapat difasilitasi oleh Komite Nasional.
3. Surveilans epidemiologi melalui pengumpulan dan analisa data dari laporan yang telah dikirimkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Rumah Sakit yang ada di wilayah kerjanya.
4. Melakukan pencatatan dan pelaporan kepada Kementerian Kesehatan melalui Ditjen P2P.

C. Kabupaten / Kota

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah pelaksana :

1. Pencegahan dan pengendalian gangguan indera dan fungsional di tingkat propinsi yang berkoordinasidengan Lintas Program terkait di Dinas Kesehatan Propinsi, Organisasi profesi yang ada di daerah, LSM/NGO dengan dukungan penganggaran dari pemerintah setempat.
   a. Melaksanakan kebijakan
   b. Menyelenggarakan pelatihan yang terintegrasi dalam program Pengendalian PTM di Kabupaten/Kota
   c. Melakukan advokasi dan sosialisasi kepada Pemerintah Daerah, Bappeda, DPRD, lintas program, lintas sektor, swasta dan masyarakat.
   d. Memfasilitasi pertemuan lintas program maupun lintas sektor

e. Melaksanakan pembinaan teknis dan monev

2. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota wajib melakukan surveilans epidemiologi dengan cara mengumpulkan dan menganalisa data yang didapat dari hasil pengamatan yang dilakukan oleh puskesmas dan rumah sakit yang berada di wilayahnya, serta melakukan survei faktor risiko secara berkala.
3. Melakukan pencatatan dan pelaporan kepada Dinas Kesehatan Provinsi

D. Unit Pelayanan Kesehatan

Dilaksanakan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer (klinik dan praktik swasta) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut.

1. Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer

a. Puskesmas

Pelaksanaan pengendalian gangguan penglihatan dan kebutaan di puskesmas diarahkan kepada :

1) Upaya preventif yaitu upaya pencegahan penyakit yang dapat dilakukan deteksi dini.
2) Upaya peningkatan ketrampilan, kemampuan dan perilaku baik petugas maupun masyarakat binaan di wilayah kerja puskesmas dengan melaksananan KIE melalui penyuluhan tentang gangguan penglihatan dan kebutaan dan faktor risikonya.
3) Pengelolaan pencatatan dan pelaporan puskesmas berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Puskemas mempunyai tugas :

1) Melaksanakan komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) dengan berbagai metode dan media penyuluhan tentang pengendalian gangguan penglihatan dan kebutaan.
2) Melaksanakan surveilans kasus dan kematian di masyarakat dan melaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten melalui sistem pelaporan yang ada.
3) Membentuk jejaring kerja dalam bentuk forum atau kelompok kerja pengendalian gangguan penglihatan dan kebutaan di wilayah kerjanya.

b. Rumah Sakit

Rumah sakit melaksanakan semua kegiatan tatalaksana gangguan indera dan fungsional, mulai dari deteksi dini hingga penatalaksanaan sesuai dengan standar profesi dan fasilitas yang dimiliki. Rumah sakit dapat mengembalikan penderita ke puskesmas terdekat (memberikan rujukan/kartu umpan balik) untuk mendapat pengobatan dasar dan lanjutan serta perawatan baik di puskesmas maupun di rumah penderita.

c. Klinik dan Praktek Swasta

Secara umum konsep pelayanan di klinik hampir sama dengan pelaksanaan di rumah sakit. Dalam hal tertentu, klinik dapat merujuk penderita ke puskesmas atau rumah sakit terdekat yang mempunyai fasilitas memadai. Praktek swasta bagi dokter, perawat maupun bidan melaksanakan deteksi dini, penemuan kasus dan tatalaksana. Selain itu

diharapkan juga ikut berperan dalam kegiatan KIE bagi penderita dan keluarganya.

2. *Organisasi Profesi*
   Organisasi profesi yang terkait dengan pencegahan dan pengendalian gangguan penglihatan dan kebutaan diharapkan ikut berperan dalam seluruh proses pengendalian gangguan penglihatan dan kebutaan mulai dari pencegahan dan penanggulangan faktor risiko, peningkatan surveilans epidemiologi, penemuan dan tatalaksana penderita, peningkatan imunisasi, dan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE), terutama kajian-kajian/penelitian yang dapat diaplikasikan untuk mendukung kegiatan-kegiatan tersebut.

3. *Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan Organisasi Kemasyarakatan Peduli Gangguan Indera dan Fungsional.*
   LSM dan organisasi kemayarakatan diharapkan terlibat dalam kegiatan-kegiatan yang terkait dengan pencegahan dan pengendalian gangguan indera dan fungsional, terutama berperan dalam mensosialisasikan dan memberdayakan masyarakat untuk peduli dan ikut berperan serta aktif dalam mensukseskan upaya-upaya pencegahan dan pengendalian gangguan penglihatan dan kebutaan.

4. *Akademisi / Perguruan Tinggi*
   Akademisi/perguruan tinggi diharapkan dapat turut serta mendukung upaya pencegahan dan pengendalian gangguan penglihatan dan kebutaan dengan melakukan penelitian, seminar-seminar ilmiah untuk meningkatkan pengetahuan petugas dan juga seminar yang melibatkan masyarakat sehingga dapat meningkatkan pengetahuannya dan kesadaraan untuk berperan aktif dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian gangguan indera dan fungsional.

2. **Skrining dan pelaksanaan UBM di sekolah**
Peran sekolah :
Sekolah harus berkomitmen untuk menjalankan implementasi KTR dan UBM sekolah.

- **KOMITMEN**
  Surat Keputusan (SK) Kepala Sekolah terkait dengan Penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di sekolah
- **PELAKSANA**
  - **Sekolah:**
    Seluruh guru terutama guru BK, guru penjaskes,
    Seluruh petugas administrasi di sekolah (tatausaha sekolah, dll)
    Seluruh murid terutama anggota OSIS
    Seluruh pedagang di Kantin sekolah, Satpam, dll
    Seluruh Orang Tua/Wali Murid
  - **Pendamping**: Dinkes,Diknas, Kandepag, Satpol PP, Asisten Bupati Bidang Kesra

- **PENANGGUNG JAWAB**
  Kepala Sekolah

  Pemberdayaan Warga Sekolah
  pemberdayaanmerupakan upayamembantuataumemfasilitasi peserta didikyangingin melakukan konseling masalah merokok,sehinggamemiliki pengetahuan,kemauan dan kemampuan untukberhenti merokok.Untukitu pemberdayaanhanyadapat dilakukanterhadap peserta didik.
  Tantangan pertama dalampemberdayaan adalahpada saatawal,yaitupadasaatmeyakinkan pesertadidikbahwamerokok merupakan masalah bagi pesertadidikyangbersangkutan. Sebelum orang/peserta didik tersebut yakin bahwahal tersebut masalah bagi dirinya,maka diatidakakan pedulidenganupaya apapununtukmenolongnya.
  Tantangan berikutnya adalah pada saat proses mengubahpesertadidikdaritahu menjadi mampu. Ada orang-orang yang sudah tahu tapi tidakmampumelakukankarenaterkendala sumber daya,tekanansosial,ataukarena malas.Orang yangterkendalakarenasumberdaya harus di fasilitasi denganmemberikansumberdayayang dibutuhkan,untukyang terkendalakarenatekanan sosialharusdifasilitasidengan memberikan motivasi dansemangatagar mampumengatasi tekanan sosialnya. Sedangkan orangyang malasharus di rangsangdengan “hadiah”(*reward*)atau harus “dipaksa” menggunakanperaturandansanksi (*punishment*)

BAB VI

MONITORING DAN EVALUASI

Monitoring adalah upaya yang dilakukan secara rutin untuk mengidentifikasi pelaksanaan dari berbagai komponen program , waktu pelaksanaan dan kemajuan dalam mencakai tujuan program. Tujuan monitoring adalah menyediakan umpan balik dan indikasi awal tentang bagaimana kegiatan dilaksanakan, pencapaian kerja dari waktu ke waktu .

Monitoring dilakukan dengan cara menggali untuk mendapatkan informasi secara regular berdasarkan indikator tertentu, dengan maksud mengetahui apakah kegiatan yang sedang berlangsung sesuai dengan perencanaan dan prosedur yang telah disepakati. Indikator monitoring mencakup esensi aktivitas dan target yang ditetapkan pada perencanaan program. Apabila monitoring dilakukan dengan baik akan bermanfaat dalam memastikan pelaksanaan kegiatan tetap pada jalurnya (sesuai pedoman dan perencanaan program). Juga memberikan informasi kepada pengelola program apabila terjadi hambatan dan penyimpangan, serta sebagai masukan dalam melakukan evaluasi.

Evaluasi merupakan tahapan yang berkaitan erat dengan kegiatan monitoring, karena kegiatan evaluasi dapat menggunakan data yang disediakan melalui kegiatan monitoring. Dalam merencanakan suatu kegiatan hendaknya evaluasi merupakan bagian yang tidak terpisahkan, sehingga dapat dikatakan sebagai kegiatan yang lengkap. Evaluasi diarahkan untuk mengendalikan dan mengontrol ketercapaian tujuan. Evaluasi berhubungan dengan hasil informasi tentang nilai serta memberikan gambaran tentang manfaat suatu kebijakan. Istilah evaluasi ini berdekatan dengan penafsiran, pemberian angka dan penilaian.

Evaluasi bertujuan untuk mengetahui apakah program itu mencapai sasaran yang diharapkan atau tidak. Evaluasi lebih menekankan pada aspek hasil yang dicapai (output). Evaluasi baru bisa dilakukan jika program itu telah berjalan setidaknya dalam suatu periode (tahapan), sesuai dengan tahapan rancangan dan jenis program yang dibuat dalam perencanaan dan dilaksanakan

Pembinaan dan pengawasan dilakukan secara berjenjang dari Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Desa/Kelurahan. Bentuk pembinaan dan pengawasan dilakukan :

1) Kementerian Kesehatan c.q Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) melakukan pembinaan dan pengawasan di tingkat Provinsi;
2) Dinas Kesehatan Provinsi melakukan pembinaan dan pengawasan di tingkat kabupaten/kota;
3) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan pembinaan dan pengawasan di tingkat kecamatan;
4) FKTP/ Puskesmas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Posbindu PTM;
5) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana tersebut di atas dilakukan dapat melalui kegiatan konsultasi, bimbingan teknis, pertemuan koordinasi

Indikatoryangdipakai dalampemantauan programPengendalianPenyakit TidakMenular di daerah sebagaiberikut:

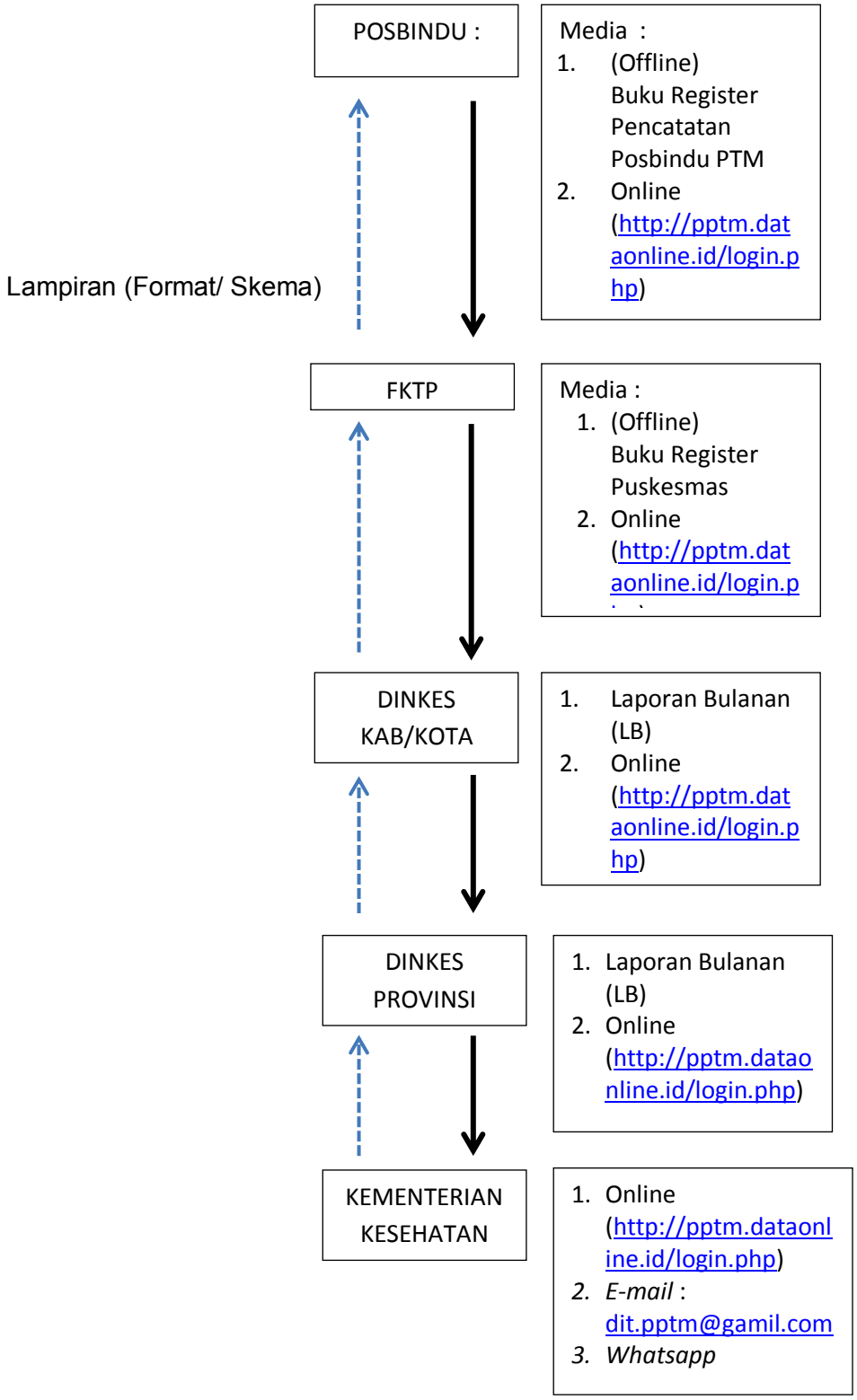
1) Unit yang bertanggung jawab terhadap surveilans Penyakit Tidak Menular di daerah propinsidan kabupaten/kota.
2) Tersedianya informasi faktor risiko,angka kesakitan,angka kecacatandanangkakematian akibatPenyakitTidakMenular.
3) Tersedianya data capaian indicator
4) Tersedianya data jumlah tenaga dan tenaga terlatih
5) Tersedianya jumlah sarana dan prasarana penunjang dalam pencegahan dan pengendalian PTM (data RS, FKTP, data desa, data sekolah, alat penunjang P2PTM, dll)
6) Terbentuknya jejaring kerja program pencegahan dan pengendalian PTM.
7) Tersedianya data jumlah dan sumber dana program termasuk capaian realisasi penggunaannya bila bersumber APBN/APBD.
8) Terlaksananya kegiatan pembinaan dan pengawasan oleh Provinsi dan Kabupaten/Kota
9) Adanya kebijakan publik yang mendukung kegiatan pencegahanPenyakitTidakMenular.
10) Menurunnyafaktorrisikopenyebabkejadian Penyakit TidakMenular

BAB VII
PENCATATAN DAN PELAPORAN

A. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan hasil pelaksanaan posbindu PTM menggunakan buku monitoring faktor risiko PTM, kartu pencatatan FR-PTM, dan formulir rujukan. Pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan PTM dilakukan secara manual/off line dan atau secara online menggunakan sistim informasi manajemen PTM (http://pptm.dataonline.id/login.php) yang dilakukan oleh petugas pelaksana PTM atau petugas Puskesmas. Petugas Puskesmas mengambil data hasil pencatatan PTM atau menerima hasil pencatatan dari petugas pelaksana Posbindu PTM. Hasil pencatatan ini di analisis untuk di gunakan dalam pembinaan, sekaligus melaporkan ke instansi terkait secara berjenjang.

ALUR SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN POSBINDU PTM



2. Skrining dan UBM di sekolah

Dilakukan pencatatan status pada UBM sekolah dan rekapitulasi hasil skrining pada pemeriksaan skrining siswa merokok.

Untuk U**BM** Pencatatan dilakukan setelah konselingawalberhentimerokokdisekolahdi laksanakan.

Pelaporan hasil pencatatanterhadapkegiatan konselingawal berhenti merokokdi sekolah dilakukansecarabertahapdari timkonseling berhenti merokokdi sekolah.Data/hasil konseling disimpandi sekolahsebagaidata dasardandi Faskestingkatpertama untuk dilakukantindaklanjutbagipesertadidik yang memerlukantindaklanjuttentang kese- hatannya. Faskestingkat I mengumpulkan dan mengeloladatahasil konselingawal berhenti merokokdari semuasekolahuntukmen-dapatkangambarantentangkondisikesehatan pesertadidikdiwilayahkerjanyadan sebagai dasardalammelakukanevaluasi kedepannya. Selanjutnyafaskestingkatpertama meneruskandata yang telah direkap ke dinas kesehatan kabupaten/kota,kemudiandinas kesehatan kabupaten/kota menganalisadatadarifaskes tingkatpertama untuk mendapatkangambarantentang kondisi pesertadidikdi sekolahdi wilayahnya dansebagai dasardalammenyusunperencanaan programkesehatan anak sekolah. Selanjutnyadinaskesehatan kabupaten/kota meneruskan datayangtelahdianalisiskedinas kesehatan provinsi, lalu dinas kesehatan provinsi mengirimkepusat (Kementerian Kesehatan).