



RENCANA AKSI NASIONAL
ELIMINASI KUSTA
2023-2027



RENCANA AKSI NASIONAL ELIMINASI KUSTA 2023-2027

Sumber foto: NLR Indonesia



Deformitas sangat mungkin dialami oleh pasien kusta. Hal ini mampu memicu interseksionalitas yang bermuara pada kondisi kerentanan. Intervensi terhadap pasien baru diharapkan jangan terlambat, karena ini tentang martabat.



NLR Indonesia

Sambutan

DIREKTUR JENDERAL
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala berkat dan rahmatNya sehingga Rencana Aksi Nasional Eliminasi Kusta tahun 2023-2027 ini dapat selesai tersusun.

Kusta merupakan penyakit menular kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae*, basil tahan asam yang menyerang kulit, saraf tepi, mukosa saluran nafas atas dan mata. Penyakit ini merupakan salah satu penyakit yang tergolong dalam kelompok penyakit tropis terabaikan (*Neglected Tropical Diseases*) dan masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dari segala aspek. Menurut *The Global Health Observatory* WHO (2021), Brazil, India dan Indonesia menjadi tiga negara penyumbang 74% jumlah kasus baru di dunia.

Di Indonesia, meskipun kusta telah mencapai eliminasi secara nasional (dengan prevalensi <1 per 10.000 penduduk), tetapi data tahun 2021 menunjukkan bahwa masih terdapat 6 (enam) provinsi dan 98 (sembilan puluh delapan) kabupaten/kota yang belum mencapai eliminasi kusta. Upaya eliminasi kusta di Indonesia telah termuat dalam dokumen kebijakan dan dokumen rencana strategis nasional, yaitu Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024 dan RPJMN Kesehatan 2020-2024, sebagai salah satu indikator penanganan penyakit tropis terabaikan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2019 tentang Penanggulangan Kusta juga telah menjabarkan strategi nasional dalam penanggulangan kusta. Akan tetapi, masih ditemukan berbagai permasalahan dalam pencegahan dan pengendalian kusta. Oleh karenanya, diperlukan sebuah Rencana Aksi Nasional untuk menanggulanginya secara terencana.

Terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan Rencana Aksi Nasional Eliminasi Kusta tahun 2023-2027. Semoga strategi dan program pencegahan dan pengendalian penyakit kusta dalam dokumen ini dapat diimplementasikan secara efektif di tingkat nasional maupun daerah.

Jakarta, 14 Januari 2023
Direktur Jenderal Pencegahan dan
Pengendalian Penyakit,

Dr. dr. Maxi Rein Rondonuwu, DHSM, MARS

Pengantar

DIREKTUR PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT MENULAR

Kusta sebagai salah satu penyakit tropis terabaikan, masih menjadi masalah kesehatan di dunia. Sekitar 200.000 kasus baru dilaporkan setiap tahunnya, meskipun telah tersedia terapi kombinasi obat (*multidrug therapy*). Kusta dapat menyebabkan disabilitas apabila terlambat memperoleh tatalaksana yang tepat. Hal ini berakibat menurunnya kemampuan individu dalam menjalani kehidupan, pendidikan dan produktivitas ekonomi. Stigma dan diskriminasi juga masih menjadi permasalahan utama pada kusta.

The Global Leprosy Strategy 2021-2030 menjelaskan perubahan definisi operasional status eliminasi kusta, yaitu dari angka prevalensi $<1/10.000$ penduduk menjadi tidak ada (nol) kasus (*Zero Leprosy*). Indikator ini tidak berdiri sendiri, namun menyatu dalam pencapaiannya: *Zero Leprosy*, *Zero Disability* dan *Zero Stigma*. Pemerintah Indonesia dan global mempunyai tujuan yang sejalan untuk menuntaskan penyakit ini dengan melaksanakan program eliminasi kusta.

Indonesia telah mencapai tingkat prevalensi kusta $<1/10.000$ penduduk sejak tahun 2000 dan angka ini bertahan hingga tahun 2022 (per 6 Januari 2023) dengan prevalensi 0,56 per 10.000 penduduk. Namun demikian, *case detection rate* (CDR) kusta cenderung stagnan dari tahun ke tahun. Pada tahun 2022 (per 6 Januari 2023) CDR mencapai 3,19 per 100.000 penduduk. Indikator lain yang masih menjadi tantangan di kusta adalah proporsi kasus anak diantara kasus baru (10,23%) dan proporsi disabilitas kusta tingkat 2 diantara kasus baru sebesar 5,89%.

Dalam rangka percepatan eliminasi kusta di Indonesia, diperlukan dokumen Rencana Aksi Nasional yang dapat menguatkan kolaborasi antar sektor untuk kegiatan pengendalian kusta di semua tingkatan untuk mewujudkan empat pilar menuju *Zero Leprosy*: (1) Mengimplementasikan peta jalan *zero leprosy* yang terintegrasi; (2) Meningkatkan kegiatan pencegahan kusta secara terintegrasi dengan deteksi kasus aktif; (3) Menangani penyakit kusta dan komplikasinya serta mencegah kecacatan baru; dan (4) Memerangi stigma dan memastikan hak asasi manusia dihormati.

Kementerian Kesehatan RI bekerja sama dengan Pusat Kedokteran Tropis Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada dan Yayasan NLR Indonesia dengan dukungan WHO telah menyusun dokumen Rencana Aksi Nasional Eliminasi Kusta 2023-2027. Dokumen ini akan menjadi panduan nasional untuk merumuskan dan mengimplementasikan strategi dan program yang efektif di tingkat nasional dan daerah.

Akhir kata, kami ucapan terima kasih kepada penyusun dan semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan dokumen ini. Kritik dan saran yang membangun demi perbaikan pada masa mendatang sangat diharapkan.

Jakarta, 15 Januari 2023
 Direktur
 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular,

dr. Imran Pambudi, MPH

Tim Penyusun dan Kontributor

Pengarah:

Dr. dr. Maxi Rein Rondonuwu, DHSM, MARS

Direktur Jenderal Pencegahan dan
Pengendalian Penyakit

dr. Imran Pambudi, MPH

Direktur Pencegahan dan Pengendalian
Penyakit Menular

Tim Penulis:

dr. Regina Tiolina Sidjabat, M.Epid

Ketua Tim Kerja NTDs

Lita Renata Sianipar, SKM, M.Epid

Tim Kerja NTDs

dr. Trijoko Yudopuspito, MScPH

Tim Kerja NTDs

Ridwan Mawardi, SKM, M. AP

Tim Kerja NTDs

dr Lusy Levina, M.Epid

Tim Kerja NTDs

dr. Eka Sulistiany, M. Kes

Tim Kerja NTDs

Sunardi, SKM, MKM

Tim Kerja NTDs

Yeti Intarti, SKM, M. Kes

Tim Kerja NTDs

Subahagio, SKM, M.Kes

Tim Kerja NTDs

dr. Dauries Ariyanti Muslikhah, M.Epid

Tim Kerja NTDs

Dwi Martanti, SKM, M. Kes

Tim Kerja NTDs

Yatinawati, SKM, M.Epid

Tim Kerja NTDs

dr. Eny Setiyawati

Tim Kerja NTDs

Medita Ervianti, SKM, MKM

Tim Kerja NTDs

Yayuk Agustin Hapsari, SKM

Tim Kerja NTDs

Femmy E. Pical, SKM

Tim Kerja NTDs

Dicky Darmadi, Amd. KL

Tim Kerja NTDs

Nicholas Avorandi Karo - Karo, S.K.M

Tim Kerja NTDs

Prof. dr. Adi Utarini, MSc, MPH, PhD

Universitas Gadjah Mada

dr. Astri Ferdiana, MPH, Ph.D

Universitas Gadjah Mada

Deni Harbianto, SE, M.Ek

Universitas Gadjah Mada

Perigrinus Hermin Sebong, SKM, MPH

Universitas Gadjah Mada

Ns. Florisma Arista Riti Tegu, S. Kep, M. Kep

Universitas Gadjah Mada

Ronny Soviandhi, S.Si., MPH

Universitas Gadjah Mada

dr. Teky Budiawan, MPH

Yayasan NLR Indonesia

Arnoldus Janssen Angga Yanuar Risnanto, S.Psi, M.Si.

Yayasan NLR Indonesia

Achmad Naufal Azhari, SKM, MPH

WHO Indonesia

Aulia Salmaddiina, SKL

WHO Indonesia

Kontributor:

Kementerian Kesehatan RI

Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc., PhD

Staf Khusus Bidang Ketahanan (Resiliency)

Zan Susilo Wahyu Mutaqin, SKM, M.Kes

Industri Obat dan Alat Kesehatan
Biro Perencanaan dan Anggaran

Tim Penyusun dan Kontributor

Dr. dr. Tri Maharani, M Si.,Sp. EM

Badan Kebijakan dan Pembangunan

Kesehatan

dr. Dina Milana Anwar, MKM

Dit. Kesehatan Jiwa

M Yusron Fejri, SKM

Dit. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

dr. Nani Rizkiyati, M Kes

Tidak Menular

Netty, SKM, MM

Dit. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Tidak Menular

AF Pandhu Hadiwinata, S.Tr Batta

Dit. Tata Kelola

Hariadi Wisnu Wardana

Dit. Tata Kelola

Muh Nur Akhsin Ridho, S.Si, MKM

Dit. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan

Masyarakat

Riyadi Suryawan

Dit. Pengelolaan dan Pelayanan Kefarmasian

Dra. Sri Endah Suhartatik, Apt

Dit. Pengelolaan dan Pelayanan Kefarmasian

Fitra Budi Astuti, S.Si., Apt

Dit. Produksi dan Distribusi Kefarmasian

Kartika Nur Safitri, SKM

Dit. Pelayanan Kesehatan Primer

dr. Vitis Finivera Syafitri

Dit. Pelayanan Kesehatan Primer

Hendro Nurcahyo

Dit. Pelayanan Kesehatan Primer

dr. Saddam Adriansyah Sudarsono

Dit. Pelayanan Kesehatan Primer

dr. Siti Hardianty Yarika

Dit. Pelayanan Kesehatan Primer

dr. Mokhamad Cucu Zakaria, AAAK

Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan

Dr. apt. Novianti Br Gultom, M.M., AAAK

Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan

Alfiano Fawwaz Lokopessy, SKL

Digital Transformation Office

Fauziah Mauly Rahman, S.Gz

Digital Transformation Office

Diniati Putri Yunitasari, SKM

Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Soekarno

dr. Herny Desmania

Hatta

dr. Santi Kartikasari

Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Kupang

Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Tanjung

Priok

Kementerian Lintas Sektor

Sunarman Sukamto

Kantor Staf Presiden

Eka Prastama Widhyanta

Komisi Nasional Disabilitas

Anang Suryana, S. Kom, MARS

Kementerian Koordinator Bidang PMK

Ahmad Idris A, S. Pi

Direktorat Jenderal Pembangunan Daerah

Sabda Prima Simanihuruk

Direktorat Jenderal Pembangunan Daerah

Nurul Imani

Badan Perencanaan Nasional (BAPPENAS)

Siti Mariyah, SKM

Badan Perencanaan Nasional (BAPPENAS)

Beni Aulia Abdilah, S.Tr.Sos.

Badan Perencanaan Nasional (BAPPENAS)

Tri Arifin Darsono, SE, M.Si

Badan Perencanaan Nasional (BAPPENAS)

Tim Penyusun dan Kontributor

Muhammad Fajri Rokhmad, M.Sc.

Tina Camelia Zonneveld

R. Budiono Subambang, ST.,MPM

Jumadi, SP, M.Si

Teguh Hadi Sulistiono,S.IP, M.Si

Arifandi Hutomo Fathoni, S.KM

Sutana Satiadi SKM

Badan Riset Nasional (BRIN)

Dit. Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas

Kementerian Sosial

Kementerian Dalam Negeri

Kementerian Dalam Negeri

Kementerian Desa Pembangunan Daerah

Tertinggal dan Transmigrasi

Kementerian Desa Pembangunan Daerah

Tertinggal dan Transmigrasi

Pusat Data dan Teknologi Informasi (Pusdatin)

Lembaga Swadaya Masyarakat

Asken Sinaga, S. Si., MA., Apt.

Yayasan NLR Indonesia

dr. Christina Widaningrum, M Kes

Yayasan NLR Indonesia

dr. M Riby Mahmoed, MPH

Yayasan NLR Indonesia

dr. Udeng Damang, MKM

Yayasan NLR Indonesia

Janet Theresia Wong Matani, B.Sc., MPH

Yayasan NLR Indonesia

Uswatun Khasanah, S.E

Yayasan NLR Indonesia

Sanding Marnowo Bayu Edi S,ST

Yayasan NLR Indonesia

Solia Mince Muzir, S.Sos

Yayasan NLR Indonesia

Paulan Aji

Yayasan NLR Indonesia

Widya Prasetyanti

Yayasan NLR Indonesia

Jane Happy Tampubolon S.Sos

Yayasan NLR Indonesia

Fanny Rachmawati

Yayasan NLR Indonesia

Fransisca Risky Mayang Arum, S. Kesos

Yayasan NLR Indonesia

Firda Nuzula

Yayasan NLR Indonesia

Nadhila Beladina, SKM, M.Epid

Yayasan Satu Nama

Wahab Sudrajat, S.IP

Gerakan Peduli Disabilitas dan Lepra Indonesia (GPDLI)

Al Qadri

PerMaTa Indonesia

Ardiyansyah

PerMaTa Bulukumba

Ns.Yuliati, S.Kep.

PerMaTa Sulawesi Utara

Jhon Gideon Adu, SH

Yamakindo

Bejo Riyanto

Konsorsium Pelita

Dr. Latri M.margono, M.Si

Sentra Terpadu Pangudi Luhur Bekasi

Abdul Mujib

Forum Komunikasi Difabel Cirebon (FKDC)

Muhammad Joni Yulianto S.Pd, M.A, M.P.A

FORMASI Disabilitas

Kerstin Beise

Yayasan DediKasi Tjipta Indonesia (YDTI)

Firmansah

DMS

Kertaning Tyas

Lingkar Sosial Indonesia (LINKSOS)

Tim Penyusun dan Kontributor

Abdul Mujib

Muh Amin Rafi

Gladys Olivia Vivian Siregar

Firmansah

Khusrul Sukarnoputra

Ferdinandus Suardi Jelalu, S.Kes. Ft

Khambali

Dr. Ishak Salim, S.I.P.,M. A.

Ferdinand T P Assa, SP

Yayasan Ciremai

Persatuan Kusta Perjuangan Sulawesi Selatan (PKPSS)

Sumba Fundation

KPD Adiwerana

Pusat Rehabilitasi Yakkum

Pusat Rehabilitasi Kusta-Cacat St.Damian

Difabel Slawi Mandiri

Yayasan PerDIK

Perhimpunan Tumou Tou Sulawesi Utara

Akademisi, Peneliti, dan Profesional Kesehatan

Dr.dr. Sri Linuwih SW Menaldi, SpKK

Prof. Dr. dr. Hardyanto Soebono, Sp.KK(K)

Dr.dr.Khairuddin Djawad, SpKK(K)

dr. Ika Febianti Buntoro, M. Sc

Dr. Tanti Ajoe Kesoema, SpKFR

dr. Esti Puji Lestari Wigatiningrum

Dr. dr. Yunia Irawati, Sp. M K

Yudhy Dharmawan, SKM, M.Kes

dr. I Ketut Artastra, MPH

Aisyah Maulina Z., SKM, M.Si.

DR. dr. Hariadi Wibisono, MPH

Sigit Mulyono

Nunik Endang Sunarsih, S. ST, SH, M.Sc

Ketua Kelompok Studi MH, PERDOSKI-

Department Kulit-Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, RSCM-Jakarta

Departemen Dermatologi dan Venereologi

Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

Departemen Dermatologi dan Venereologi

Fakultas Kedokteran Universitas Hasanudin Fakultas kedokteran dan Kedokteran Hewan

Universitas Nusa Cendana

Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi Indonesia (Perdosri)

Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi Indonesia (Perdosri)

Katamataku, Universitas Indonesia

Departemen Statistik dan Kependudukan, Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Semarang

Fakultas Kedokteran Universitas Mataram, Nusa Tenggara Barat

Ikatan Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI)

Perhimpunan Ahli Epidemiologi Indonesia (PAEI)

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)

Ikatan Budan Indonesia (IBI)

Tim Penyusun dan Kontributor

Rumah Sakit, Dinas Kesehatan, Balai Kesehatan, dan Puskesmas

Pusat Riset Kesehatan Masyarakat dan Gizi

Panti Lepra Alverno Singkawang Kalimantan Barat

Rumah Sakit Bunda Pembantu Abadi Naob Noemuti Timur Kabupaten Timor Tengah Utara

Rumah Sakit Umum Wahidin Sudirohusodo Makassar

Rumah Sakit Umum Pendidikan dr. J. Leimena Ambon

Rumah Sakit Umum Pendidikan Prof RD Kandou/Universitas Sam Ratulangi Manado

Rumah Sakit St. Damian Lewoleba Lembata

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soetomo Surabaya

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi Jawa Barat

Rumah Sakit Umum Daerah Duren Sawit Jakarta

Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Papua Barat

Balai Besar Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit (BBTKLPP) Makassar

Balai Besar Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit (BBTKLPP) Surabaya

Balai Kesehatan Masyarakat Ambarawa

Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Papua

Perwakilan Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) 38 Provinsi

Perwakilan Bidang Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) 38 Provinsi

Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Perwakilan Puskesmas

DAFTAR ISI



BAB 1. PENDAHULUAN



BAB 2. TANTANGAN DAN ISU STRATEGIS



BAB 3. TUJUAN, INDIKATOR, DAN TARGET



BAB 4. STRATEGI DAN INTERVENSI UTAMA



BAB 5. ANGGARAN DAN PEMBIAYAAN

BAB 6. STRATEGI IMPLEMENTASI

SAMBUTAN	v
PENGANTAR	vi
TIM PENYUSUN DAN KONTRIBUTOR	vii
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR GRAFIK	xvi
DAFTAR SINGKATAN	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1. Relevansi Global	2
1.2. Relevansi Nasional	3
1.3. Pengembangan RAN Eliminasi Kusta 2023-2027	4
BAB 2. TANTANGAN DAN ISU STRATEGIS	6
2.1. Tantangan	10
2.2. Isu strategis	12
BAB 3. TUJUAN, INDIKATOR, DAN TARGET	13
BAB 4. STRATEGI DAN INTERVENSI UTAMA	15
Strategi 1. Masyarakat	17
Strategi 2. Akselerasi	21
Strategi 3. Integrasi	23
Strategi 4. Komitmen, Kebijakan dan Manajemen Program	26
BAB 5. ANGGARAN DAN PEMBIAYAAN	29
5.1. Kebutuhan Anggaran	30
5.2. Pendanaan dan Pembiayaan	31
5.3. Kesenjangan Pembiayaan	33
BAB 6. STRATEGI IMPLEMENTASI	34
6.1. Implementasi RAN	35
6.2. Pemantauan dan Evaluasi	36
6.3. Peran Pemangku Kebijakan	38
LAMPIRAN	44
Lampiran 1. Sejarah Kusta di Indonesia	45
Lampiran 2. Analisis Situasi Kusta	48
Lampiran 3. Analisis SWOT	62
Lampiran 4. Kebutuhan Anggaran Berdasarkan Strategi, Intervensi Kunci, dan Kegiatan dalam RAN Eliminasi Kusta Tahun 2023 -2027	65
REFERENSI	79

Daftar Tabel

Tabel 1. Indikator dan Target dalam RAN Eliminasi Kusta 2023-2027	14
Tabel 2. Estimasi Total Kebutuhan Anggaran untuk Program Eliminasi Kusta, 2023-2027 (dalam juta Rupiah)	30
Tabel 3. Sumber Pendanaan untuk Program Eliminasi Kusta, 2023-2027	31
Tabel 4. Indikator Monitoring dan Evaluasi RAN Eliminasi Kusta 2023-2027	36
Tabel 5. Peran Lintas Program dalam Penanggulangan Kusta di Indonesia	39
Tabel 6. Peran Lintas Sektor dalam Penanggulangan Kusta di Indonesia	40
Tabel 7. Sejarah Program Kusta di Indonesia	46
Tabel 8. Dosis MDT pada pasien kusta tipe PB	52
Tabel 9. Dosis MDT pada pasien kusta tipe MB	52
Tabel 10. Kebutuhan Anggaran berdasarkan Strategi, Intervensi dan Kegiatan dalam RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 (dalam juta Rupiah)	65

Daftar Gambar dan Foto

Gambar 1. Proses Penyusunan RAN Eliminasi Kusta 2023-2027	5
Gambar 2. Peta Penyebaran Kusta di Indonesia di Enam Provinsi Tahun 2022	9

Daftar Grafik

Grafik 1.Tren Prevalensi dan Kasus Baru Kusta di Indonesia Tahun 1970-2021	8
Grafik 2.Estimasi Total Kebutuhan Anggaran Program Eliminasi Kusta, 2023-2027 (dalam juta Rupiah)	31
Grafik 3.Sumber Pembiayaan Program Eliminasi Kusta, 2023-2027 (dalam Juta Rupiah)	32
Grafik 4.Estimasi Kesenjangan Pendanaan dalam Program Eliminasi Kusta, 2023-2027	33
Grafik 5.Tren Pencapaian Indikator Kusta di Indonesia Tahun 2014-2022	48
Grafik 6.Kasus Baru Kusta Tahun 2017-2022 Menurut Provinsi di Indonesia	49

Daftar Singkatan

AMR	: <i>Antimicrobial Resistance</i>
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
BAPPEDA	: Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
BAPPENAS	: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BI	: <i>Bacteriological Index</i>
BOK	: Bantuan Operasional Kesehatan
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BTA	: Basil Tahan Asam
CDR	: <i>Case Detection Rate</i>
DALYs	: <i>Disability Adjusted Life Year</i>
DDS	: <i>Diamino Diphenyl Sulfone</i>
DHS	: <i>Dapsone Hypersensitivity Syndrome</i>
Dit.	: Direktorat
DKT	: Diskusi Kelompok Terarah
DPM	: Dewan Pertimbangan Medik
DTPK	: Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan
EMG	: Elektromiogram
ENL	: <i>Erythema Nodosum Leprosum</i>
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKTRL	: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
GERMAS	: Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
HIMPSI	: Himpunan Psikologi Indonesia
IAI	: Ikatan Apoteker Indonesia
IBI	: Ikatan Bidan Indonesia
ICF	: <i>Intensified Case Finding</i>
ICF	: <i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>
IDI	: Ikatan Dokter Indonesia
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
K/L	: Kementerian/Lembaga
Kemendikbud	: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
Kemenko	: Kementerian Koordinator

Daftar Singkatan

Kemenparekraf	: Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif
Kemensos	: Kementerian Sosial
KND	: Komisi Nasional Disabilitas
Kominfo	: Kementerian Komunikasi dan Informatika
KPD	: Kelompok Perawatan Diri
LAFKI	: Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
M&E	: Monitoring dan Evaluasi
MB	: Multibasiler
MDT	: <i>Multidrug Therapy</i>
MI	: <i>Morphology Index</i>
MIP	: <i>Mycobacterium Indicus Pranii</i>
Napza	: Narkoba dan Zat Psikoaktif
NLR	: <i>Netherlands Leprosy Relief</i>
NGO	: <i>Non-Governmental Organization</i>
NTDs	: <i>Neglected Tropical Diseases</i>
OJT	: <i>On The Job Training</i>
OYPMK	: Orang Yang Pernah Mengalami Kusta
P2	: Pengendalian dan Pencegahan
P2P	: Pengendalian dan Pencegahan Penyakit
PB	: <i>Pausibasiler</i>
PDSKJI	: Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia
PDUI	: Perhimpunan Dokter Umum Indonesia
PERDOSKI	: Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia
PERDOSRI	: Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Fisik Dan Rehabilitasi
PERDOSSI	: Perhimpunan Dokter Saraf Seluruh Indonesia
PerMaTa	: Perhimpunan Mandiri Kusta
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
PERSI	: Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia
PHB	: Pemerintah Hindia Belanda
PHC	: <i>Primary Health Care</i>
PIS-PK	: Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
PKH	: Program Keluarga Harapan
PKK	: Pembinaan Kesejahteraan Keluarga

Daftar Singkatan

PNPK	: Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran
Posbindu	: Pos Pembinaan Terpadu
PPA	: Perlindungan Perempuan dan Anak
PPK	: Panduan Praktik Klinis
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
PTM	: Penyakit Tidak Menular
PTT	: Penyakit Tropis Terabaikan
RAD	: Rencana Aksi Daerah
RAN	: Rencana Aksi Nasional
Renstra	: Rencana Strategis
RFT	: <i>Release From Treatment</i>
RI	: Republik Indonesia
RKPD	: Rencana Kerja Pemerintah Daerah
RPJMD	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RPJP	: Rencana Pembangunan Jangka Panjang
RPJPN	: Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional
RS	: Rumah Sakit
RVS	: <i>Rapid Village Survey</i>
SD	: Sekolah Dasar
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SDM	: Sumber Daya Manusia
SDR-PEP	: <i>Single Dose Rifampicin - Post Exposure Prophylaxis</i>
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SpkFR	: Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi
SWOT	: <i>Strength Weakness Opportunity and Threat</i>
TB	: Tuberkulosis
UKBM	: Usaha Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat
UKS	: Unit Kesehatan Sekolah
UU	: Undang-Undang
WHA	: <i>World Health Assembly</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

Kami masih memiliki cinta dan kasih sayang. Kondisi fisik tidak menandakan bahwa orang yang pernah mengalami kusta pantas untuk dijauhi. Kusta bukan penyakit turunan. Kami bisa sembuh dan hidup dalam bahagia dalam keluarga.

Rani - Forum Komunikasi Difabel, Cirebon



Sumber foto: Rani - Forum Komunikasi Difabel, Cirebon



Gejala awal kusta adalah bercak putih atau kemerahan yang kurang rasa.

Gejala ini sering diabaikan oleh masyarakat karena minimnya
informasi yang benar tentang kusta.

NLR Indonesia

BAB 1. PENDAHULUAN

BAB 1.

PENDAHULUAN

1.1. Relevansi Global

Kusta, sebuah penyakit tropis terabaikan, masih menjadi masalah kesehatan di dunia. Sekitar 200.000 kasus baru masih dilaporkan setiap tahunnya meskipun telah tersedia terapi kombinasi obat (MDT) (Hakcer *et al.*, 2021). Sekitar 7% dari 200.000 kasus kusta baru mengalami disabilitas tingkat dua, yaitu disabilitas yang tampak.

India, Brasil, dan Indonesia adalah tiga negara penyumbang 74% dari total jumlah kasus baru di dunia pada tahun 2021. Meskipun jumlah kasus cenderung menurun dari tahun ke tahun, angka insidensi kusta di beberapa negara masih stagnan. Tahun 2019, dilaporkan sebanyak 202.189 kasus baru di seluruh dunia. Penemuan kasus ini menurun 27,7% karena pandemi COVID-19. Jumlah kasus baru pada tahun 2022 hanya mencapai 140.594 di seluruh dunia (WHO, 2022).

Kusta biasanya tidak mengakibatkan kematian, tetapi dapat menghambat kemampuan individu dalam menjalani hidup, mengikuti pendidikan dan meningkatkan produktivitas ekonomi karena disabilitas sebagai akibat keterlambatan tatalaksana. Kusta juga menyebabkan stigmatisasi dan ketidakadilan sosial yang mengarah pada penurunan kualitas hidup (*quality of life*) dan fungsi sosial. Perubahan fisik dan diskriminasi menyebabkan penderita kusta sulit mencari pekerjaan dan kehilangan pendapatan (Xiong *et al.*, 2017). Penderita kusta juga akan mengalami penurunan usia produktif yang berkualitas dalam bekerja. Kasus di India menunjukkan bahwa rata-rata penderita kusta akan mengalami penurunan usia produktif dalam bekerja sampai dengan 41,4% (Rao *et al.*, 2013). Selain itu, penderita kusta sering mendapat tekanan sosial, emosional, dan psikologis, sehingga menurunkan kualitas hidup mereka (Rahman *et al.*, 2022; Barcelos *et al.*, 2021). Kelainan fisik akibat reaksi, deformitas, dan kecacatan juga mempengaruhi kualitas hidup penderita kusta (Das *et al.*, 2020).

Sebagai bentuk komitmen global dalam peta jalan pengendalian kusta, WHO telah merumuskan *The Global Leprosy Strategy 2021-2030*, sejalan dengan tujuan pembangunan berkelanjutan atau *Sustainable Development Goals (SDGs)*. Inisiatif *global zero leprosy* dalam upaya pengendalian kusta terdiri atas empat pilar, yaitu:

1. Menerapkan peta jalan *zero leprosy* di semua negara endemik secara terintegrasi;
2. Meningkatkan pencegahan dan penemuan kasus secara aktif yang terintegrasi;
3. Tatalaksana kusta dan komplikasinya serta mencegah kecacatan baru; dan
4. Memerangi stigma dan menghormati hak asasi penderita.

Implementasi keempat pilar tersebut diharapkan dapat mendukung tercapainya target SDGs pada tahun 2030. Walaupun WHO telah mengembangkan rencana aksi global untuk pencegahan dan pengendalian kusta, tetapi konteks, prioritas, dan sistem kesehatan berbeda di setiap negara. Selain itu, setiap pilar memiliki tantangan yang berbeda, seperti keterlambatan dalam deteksi dan pengobatan karena perlakuan diskriminatif di lingkungan sosialnya (Pescarini *et al.*, 2018). Oleh karena itu, sangat penting bagi setiap negara untuk menyusun rencana aksi dan target sesuai dengan kondisi epidemiologi dan beban penyakit kusta.

Selain *The Global Leprosy Strategy 2021-2030*, WHO telah pula menyusun dokumen peta jalan untuk penyakit tropis terabaikan (PTT), berjudul *Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021-2030*. Targetnya adalah menurunkan 90% jumlah orang yang membutuhkan pengobatan penyakit tropis terabaikan; 100 negara telah menghilangkan setidaknya satu penyakit tropis terabaikan, membasmi dua penyakit, dan mengurangi sebesar 75% DALYs akibat penyakit tropis terabaikan.

Untuk mencapai target tersebut dikembangkan tiga pilar utama kegiatan lintas sektoral. Pertama, mempercepat upaya mengurangi insiden, prevalensi, disabilitas, dan kematian akibat PTT melalui metode ilmiah misalnya penelitian dan teknik diagnosis. Kedua, mengintensifkan pendekatan lintas sektoral dalam konteks cakupan kesehatan universal, dan meningkatkan koordinasi antar pemangku kepentingan dan PTT, misalnya air bersih dan sanitasi. Ketiga, memfasilitasi kemandirian negara-negara mengelola PTT di negaranya.

1.2. Relevansi Nasional

Di Indonesia, kusta telah mencapai eliminasi secara nasional (dengan kriteria prevalensi <1 kasus per 10.000 penduduk). Namun demikian masih terdapat enam provinsi yang endemis kusta dan 98 kabupaten/kota yang belum mencapai eliminasi kusta. Pada tahun 2019, dilaporkan 17.439 kasus kusta baru dengan proporsi kasus anak sebanyak

11,52%. Pada tahun 2022, jumlah kasus kusta yang dilaporkan sebanyak 15.298 baru dengan proporsi kasus anak sebanyak 10.23%. Meskipun demikian, jumlah kasus baru tidak mengalami penurunan bermakna dalam 15 tahun terakhir (Budiawan *et al.*, 2020; Kemenkes, 2022a).

Upaya eliminasi kusta di Indonesia telah termuat dalam dokumen kebijakan dan dokumen rencana strategis. Rencana strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024 dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Kesehatan 2020-2024 memasukkan eliminasi kusta di tingkat kabupaten sebagai salah satu indikator penanganan penyakit tropis terabaikan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2019 mengenai Penanggulangan Kusta telah mengatur kegiatan utama penanggulangan kusta. Akan tetapi, masih ditemukan berbagai permasalahan dalam pencegahan dan pengendalian kusta, seperti deteksi dini yang terbatas, pengobatan yang kurang efektif, kurangnya pemahaman, dan stigmatisasi pada penderita kusta. Stigma menyebabkan keterlambatan deteksi kasus dan pengobatan, sehingga penularan kusta terus berlangsung di masyarakat. Sekitar 50% penderita kusta bahkan juga mengalami depresi, gangguan kecemasan dan ingin bunuh diri (WHO, 2022; Saunderson dan Duck, 2022).

Rencana Aksi Nasional (RAN) Eliminasi Kusta 2023-2027 merupakan petajalan pengendalian kusta yang terukur dan sistematis yang penyusunannya mempertimbangkan tiga isu krusial. Pertama, situasi COVID-19 yang sangat mempengaruhi alokasi berbagai sumber daya pusat dan daerah. Oleh karenanya, RAN ini perlu diselaraskan dengan kesiapan dan kapasitas sistem kesehatan nasional dan daerah. Kedua, WHO merekomendasikan integrasi pelayanan program kusta dengan program lainnya. Oleh karena itu, pengembangan RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 perlu memuat strategi dan inisiatif nasional dan daerah yang diperlukan untuk memperkuat jejaring kerja sama lintas program dan lintas sektor. Ketiga, strategi nasional untuk eliminasi kusta perlu disesuaikan dengan mengadopsi pendekatan-pendekatan baru yang telah dirumuskan dalam strategi global.

1.3. Pengembangan RAN Eliminasi Kusta 2023-2027

Proses penyusunan RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 meliputi tahap persiapan, implementasi dan finalisasi (Gambar 1). Tahap persiapan meliputi kegiatan tinjauan pustaka, *desk review* dan diskusi kelompok terarah (DKT). Tinjauan pustaka pasca tahun 2000 dilakukan untuk meninjau dokumen peraturan, undang-undang, dan publikasi terkait eliminasi kusta. Dokumen sebelum tahun 2000 tidak digunakan, oleh karena masih menggunakan konsep eliminasi kusta berbasis prevalensi sedangkan saat ini, fokus eliminasi kusta adalah pada pengurangan angka kasus, kecacatan/disabilitas dan diskriminasi. *Desk review* bertujuan untuk meringkas dan meninjau relevansinya, serta menetapkan target-indikator

berdasarkan capaian dan tantangan yang teridentifikasi pada proses sebelumnya. Kesenjangan informasi dan sintesis peluang kemitraan di masa mendatang juga perlu diperdalam. DKT dilakukan untuk menyamakan persepsi dan mendapatkan perspektif pemangku kepentingan terkait di tingkat nasional dan daerah tentang situasi kusta saat ini serta sasaran dan intervensi utama dalam percepatan eliminasi kusta. Dalam kegiatan DKT juga dibahas kerangka logis (*logical frameworks*) yang digunakan sebagai dasar untuk proses selanjutnya.

Tahap implementasi meliputi delapan lokakarya yang membahas analisis situasi, analisis pemangku kepentingan, tujuan, sasaran dan indikator, perumusan strategi dan program; strategi implementasi dan mekanisme monitoring dan evaluasi (M&E); serta penganggaran program dan pembiayaan. Lokakarya ini melibatkan seluruh pemangku kepentingan di tingkat nasional, mencakup tim kerja P2 kusta di tingkat nasional, provinsi hingga kabupaten/kota, lintas program, lintas sektor, akademisi, lembaga swadaya masyarakat (LSM) yang berkecimpung dalam isu kusta dan disabilitas serta perwakilan Orang Yang Pernah Mengalami Kusta (OYPMK).

Tahap terakhir adalah finalisasi dokumen RAN yang terdiri dari bab pendahuluan, analisis situasi, tujuan, target dan indikator, strategi dan intervensi kunci, pembiayaan serta strategi implementasi.



Gambar 1. Proses Penyusunan RAN Eliminasi Kusta 2023-2027



Kami ingin mematahkan belenggu stigma yang kami alami dan rasakan. Layaknya gembok yang terkunci, stigma membatasi harapan dan cita-cita kami untuk maju. Mari bersama-sama, lepaskan belenggu stigma bagi penyandang disabilitas dan orang yang pernah mengalami kusta.

Okta Mellya - Forum Komunikasi Difabel, Kabupaten Cirebon

BAB 2.

TANTANGAN DAN ISU STRATEGIS

Sumber foto: Okta Mellya - Forum Komunikasi Difabel, Kabupaten Cirebon

BAB 2.

TANTANGAN DAN

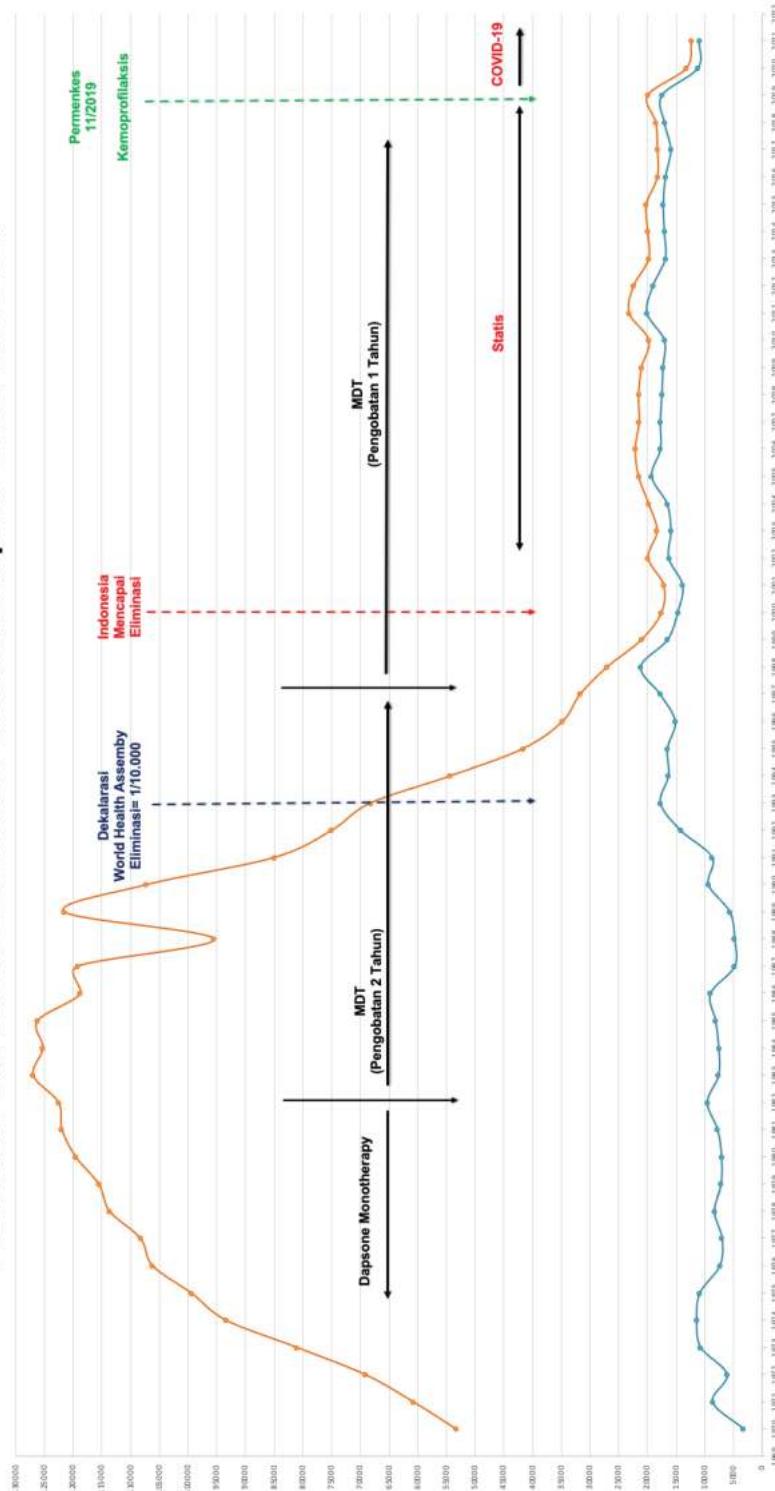
ISU STRATEGIS

Kusta adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae* dan menyerang kulit, saraf tepi, mukosa saluran pernapasan bagian atas dan mata. Gejala awal penyakit kusta berupa bercak kulit berwarna merah atau putih dan mati rasa. Jika tidak diobati, maka dapat mengakibatkan deformitas fisik yang permanen pada muka, tangan dan kaki. Penyakit kusta menular melalui *droplet* dari mulut dan hidung dengan kontak erat dan sering dengan kasus kusta yang tidak diobati. Jika tidak diobati, kusta dapat menyebabkan kerusakan progresif dan permanen pada kulit, saraf, anggota tubuh, dan mata. Namun penyakit kusta sendiri merupakan penyakit yang tidak mudah menular dengan masa inkubasi rata-rata selama 5 tahun.

Sejarah perjalanan kusta di Indonesia dapat ditelusuri lebih dari 350 tahun yang lalu. Pada tahun 1655, Pemerintah Hindia Belanda (PHB) mendirikan *Leprozerie* di kepulauan Seribu sebagai tempat penampungan pasien kusta. Kebijakan pengasingan paksa baru dihapus pada tahun 1932, dan satu tahun setelah kemerdekaan, dimulailah pengobatan seumur hidup dengan DDS, atau dikenal dengan dapsone.

Secara bertahap, jumlah kasus baru kusta (kasus yang baru pertama kali pengobatan) terus meningkat seiring dengan meningkatnya jangkauan program kusta nasional dengan semakin bertambahnya Puskesmas dan integrasi kusta dalam program Puskesmas pada tahun 1969. Penggunaan DDS monoterapi seumur hidup menyebabkan akumulasi jumlah penderita kusta yang terdaftar. Sejak tahun 1980 kusta menjadi masalah kesehatan serius dengan 126.221 kasus yang dilaporkan. Jumlah kasus terdaftar ini menurun sejak pengobatan dengan *Multidrug therapy* (MDT) diinisiasi pada tahun 1982 (lama pengobatan tipe pausibasiler atau PB hanya 6 bulan dan tipe multibasiler atau MB selama 2 tahun).

Prevalensi dan Kasus Baru Kusta di Indonesia pada tahun 1970-2021



Grafik 1. Trend Prevalensi dan Kasus Baru Kusta di Indonesia Tahun 1970-2021

Pada tahun 2000, kegiatan promosi pencegahan kusta dan pengobatan MDT telah dilaksanakan secara masif di lebih dari 5.600 Puskesmas dan berhasil menurunkan prevalensi kusta sebesar 86% menjadi 17.539 kasus sehingga Indonesia mencapai eliminasi kusta di tingkat nasional. Seiring dengan penurunan prevalensi yang semakin cepat, terdapat peningkatan jumlah kasus baru, terutama setelah tahun 1991 bersamaan dengan resolusi WHA (*World Health Assembly*) tentang target eliminasi kusta sebagai masalah kesehatan masyarakat.

Di tahun 2022, berdasarkan sebaran wilayah, masih terdapat enam provinsi yang belum mencapai eliminasi kusta, yaitu Provinsi Gorontalo, Sulawesi Utara, Maluku Utara, Maluku, Papua Barat, dan Provinsi Papua (Kemenkes, 2022a). Namun demikian, terdapat 34 provinsi yang melaporkan kasus kusta baru. Transmisi kusta yang tinggi ditunjukkan dengan proporsi kasus baru pada anak masih tinggi (10.23%), proporsi kasus dengan disabilitas tingkat dua sebesar 5.89% dan proporsi kasus kusta multibasiler yaitu 89.41%. Kasus anak dan wanita dengan cacat tingkat 2 masing-masing sebanyak 2.12% dan 4.10% (Kemenkes, 2022a) (Lampiran 1 dan 2 mendeskripsikan sejarah dan analisis situasi kusta secara lengkap).



Gambar 2. Peta Penyebaran Kusta di Indonesia di Enam Provinsi Tahun 2022

Pencapaian status eliminasi kusta secara nasional dan di banyak daerah seringkali mengakibatkan turunnya alokasi komitmen, prioritas dan sumber daya oleh karena anggapan bahwa eliminasi adalah sama dengan eradicasi, sehingga upaya penemuan kasus menjadi tidak optimal. Status eliminasi yang didasarkan pada prevalensi saja akan menyembunyikan keberadaan sumber transmisi. Oleh karena itu, target penanggulangan kusta sudah seharusnya bertujuan mencapai nihil kasus atau *zero leprosy* dan didasarkan

pada insidensi, tidak lagi prevalensi (Smith *et al*, 2016). Upaya penanggulangan kusta juga sudah seharusnya tidak hanya terfokus pada upaya kuratif tapi preventif, sesuai dengan strategi global.

2.1. Tantangan

Dalam pelaksanaan kebijakan dan manajemen program kusta, hasil diskusi dengan para pemangku kepentingan internal dan eksternal menunjukkan beberapa tantangan utama.

Stigma Kusta

Stigma kusta seperti stigma diri oleh pasien kusta atau orang yang pernah mengalami kusta (OYPMK), stigma masyarakat dan stigma oleh tenaga kesehatan masih kuat. Hal ini dapat menghambat upaya pencarian layanan kesehatan secara dini ketika mengalami gejala kusta, sehingga terjadi keengganan berobat dan berakibat pada keterlambatan diagnosis dan penatalaksanaan segera. Stigma di masyarakat juga menghambat upaya eliminasi kusta, seperti tatalaksana kontak karena penolakan masyarakat, sedangkan stigma di antara tenaga kesehatan mengakibatkan kurangnya integrasi layanan kusta ke dalam layanan kesehatan umum. Upaya penghilangan stigma telah dilakukan secara aktif oleh berbagai pihak termasuk lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan OYPMK, namun belum sistematis dengan cakupan dan sumber daya yang memadai.

Akses Pelayanan

Sebagian besar wilayah endemis kusta di Indonesia berada di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan dengan kendala geografis yang tinggi dan tantangan cuaca. Kondisi geografis ini menghambat deteksi kasus dan penatalaksanaannya, distribusi logistik obat serta pencatatan dan pelaporan tepat waktu. Sumber daya manusia kesehatan yang terlatih juga kurang untuk melaksanakan program eliminasi kusta. Selain itu, fasilitas kesehatan primer milik swasta dan fasilitas rujukan (rumah sakit) belum sepenuhnya terlibat dalam eliminasi kusta.

Tatalaksana dan Pencegahan

Tatalaksana kusta masih belum optimal karena tiga keterlambatan: (1) terlambat datang ke layanan kesehatan karena stigma dan masalah akses pelayanan, (2) terlambat didiagnosis karena faktor tenaga kesehatan, dan (3) terlambat diobati karena ketersediaan obat, faktor tenaga kesehatan, serta jaminan kesehatan untuk penanganan komplikasi dan rehabilitasi yang tidak memadai. Tatalaksana kontak termasuk pelacakan dan pemberian kemoprofilaksis juga masih memiliki cakupan terbatas sehingga penularan masih terus terjadi.

Integrasi Program

Di sektor kesehatan, banyak lintas program yang perlu dilibatkan, misalnya promosi kesehatan, kesehatan sekolah, kesehatan lingkungan dan farmasi. Namun, dukungan dan koordinasi lintas program belum optimal. Selain itu, eliminasi kusta belum terintegrasi dengan program prioritas nasional yang memiliki cakupan yang luas.

Lintas Sektor dan Swasta

Kusta merupakan permasalahan lintas sektor. Sanitasi, malnutrisi dan kemiskinan dan stigma merupakan faktor risiko kusta. Namun, peran lintas sektor dan swasta dalam eliminasi kusta dan penghilangan stigma masih rendah serta belum terbentuk mekanisme koordinasi lintas sektor dan swasta yang efektif.

Masyarakat

Meskipun banyak organisasi OYPMK, organisasi masyarakat sipil, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan tokoh budaya yang potensial, namun partisipasi masyarakat luas dalam penemuan kasus dan pengurangan stigma masih rendah.

Kebijakan dan manajemen program

Meskipun eliminasi kusta telah menjadi salah satu indikator penanganan penyakit tropis terabaikan dalam RPJMN dan Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024, namun alokasi sumberdaya masih belum memadai. Pendanaan pusat dan daerah untuk pencegahan dan penanggulangan kusta masih rendah atau bahkan tidak ada. Kurangnya pemahaman dan komitmen terhadap kusta juga menimbulkan mispersepsi bahwa daerah yang telah mencapai eliminasi kusta berarti telah terbebas dari kusta dan tidak membutuhkan alokasi sumber daya untuk eliminasi kusta. Kompetensi dan kapasitas petugas bervariasi, dan terdapat kekosongan petugas kusta di daerah akibat mutasi atau pindah tugas.

Surveilans Kusta

Sistem pencatatan, pelaporan dan mekanisme validasi data nasional secara rutin dari Puskesmas ke pusat telah tersedia, namun sering terjadi keterlambatan sehingga menghambat kegiatan perencanaan yang berbasis data seperti pengadaan obat. Kasus kusta di fasilitas pelayanan kesehatan swasta belum terlaporkan di dalam sistem surveilans rutin.

Riset Implementasi

Riset tentang implementasi intervensi yang efektif untuk meningkatkan kepatuhan berobat, mengurangi stigma, disabilitas dan gangguan kesehatan mental akibat kusta

serta resistensi obat belum banyak dilakukan. Berbagai inisiatif eliminasi kusta belum didukung oleh riset implementasi yang dapat mendorong adopsi oleh daerah lain.

2.2. Isu Strategis

Untuk merespons berbagai tantangan di atas serta mempertimbangkan kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman dalam program kusta (lampiran 3), maka dirumuskan isu strategis berikut ini.

1. Beban kusta dan penularan penyakit kusta masih tinggi, yang ditunjukkan oleh tingginya angka kasus baru kusta termasuk pada anak, serta kasus baru di wilayah yang sebelumnya telah tereliminasi;
2. Masih ditemukan kasus baru dengan disabilitas tingkat 2, yang menunjukkan keterlambatan diagnosis dan tatalaksana yang tepat;
3. Stigma dan diskriminasi yang kuat di masyarakat sehingga menghambat penemuan kasus aktif, tatalaksana dan pencegahan penularan, meskipun telah cukup banyak sekalipun terdapat OYPMK dan lembaga yang melakukan sosialisasi dan advokasi tentang kusta;
4. Pencegahan, penemuan dini serta tatalaksana klinis belum dilakukan secara komprehensif dan berkualitas, termasuk penanganan komplikasi, disabilitas, dan kesehatan mental;
5. Keberlanjutan program kusta terkendala akibat situasi pandemi dan perbedaan pemahaman tentang eliminasi kusta secara umum oleh pemangku kepentingan;
6. Keterbatasan akses masyarakat untuk memperoleh layanan primer dan rujukan yang berkualitas dalam penanganan kusta;
7. Komitmen pemerintah dan keberlanjutan sumber daya (manusia dan pendanaan) yang rendah serta kontribusi pemerintah dan swasta yang belum terkoordinasi dengan optimal;
8. Kebijakan, kepemimpinan dan tatakelola, program di berbagai tingkatan belum menjawab tantangan dalam penanggulangan kusta oleh karena: kapasitas sumber daya manusia yang memberikan layanan kusta belum memadai, ahli kusta semakin berkurang, sistem pencatatan dan pelaporan yang belum berjalan dengan baik, sistem surveilans dan kegiatan surveilans pasca eliminasi belum optimal, supervisi, monitoring dan evaluasi belum memadai serta ketersediaan obat dan obat untuk penanganan efek samping tidak cukup; dan
9. Riset implementasi untuk memahami dan mengatasi hambatan dalam implementasi program kusta masih terbatas.

“Merasa sendiri dan ditinggalkan bukan hal baru bagi orang yang pernah mengalami kusta. namun sekuat apapun mereka, Anda harus mau terlibat karena penyintas kusta butuh sahabat

Angga, NLR Indonesia

BAB 3.

TUJUAN, INDIKATOR, DAN TARGET

Sumber foto: Angga

BAB 3.

TUJUAN, INDIKATOR, DAN TARGET

Penyusunan tujuan dalam RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 memperhatikan tujuan dalam peta jalan sebelumnya (2014-2019), yaitu menurunkan beban akibat penyakit kusta menuju eliminasi tingkat provinsi di seluruh Indonesia pada tahun 2019. Secara khusus, tujuan peta jalan 2014-2019 adalah untuk memperkuat kebijakan dan peraturan yang mendukung pelayanan kusta pada semua tingkatan; memperkuat pelayanan kusta yang terintegrasi, komprehensif dan terjangkau; dan meningkatkan kemandirian masyarakat termasuk orang yang pernah mengalami kusta dalam usaha promosi, prevensi dan rehabilitasi penyakit kusta yang bersumberdaya masyarakat.

RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 memiliki tujuan jangka panjang untuk menghilangkan kusta termasuk infeksi dan penyakit, disabilitas, stigma dan diskriminasi akibat kusta. Tujuan jangka menengahnya adalah menurunkan beban akibat penyakit kusta menuju eliminasi kusta di seluruh provinsi melalui penurunan angka kasus baru per tahun, penurunan angka kasus baru pada anak, dan penurunan angka disabilitas dengan target sebagai berikut.

Tabel 1. Indikator dan Target dalam RAN Eliminasi Kusta 2023-2027

Indikator	Capaian				Target				Menuju
	2019	2021	2023	2024	2025	2026	2027	2030	
Jumlah kasus baru per tahun	17439	10976	15695 (10%)	13951 (20%)	12207 (30%)	10463 (40%)	8719 (50%)	5231 (70%)	
Jumlah kasus baru anak per tahun	2009	1133	1808 (10%)	1607 (20%)	1406 (30%)	1004 (50%)	602 (70%)	200 (90%)	
Jumlah kasus baru dengan disabilitas tingkat 2	1121	628	1008 (10%)	896 (20%)	784 (30%)	560 (50%)	336 (70%)	112 (90%)	



Penularan kusta dapat dicegah dengan pemberian obat pencegahan atau kemoprofilaksis dengan obat rifampicin kepada kontak dekat maupun kontak sosial dari kasus kusta di suatu wilayah.



NLR Indonesia

BAB 4.

STRATEGI DAN

INTERVENSI UTAMA

Sumber foto: NLR Indonesia

BAB 4. STRATEGI DAN INTERVENSI UTAMA

Strategi dan intervensi utama dalam RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 dirumuskan dengan memperhatikan kebijakan global dan nasional. Pertama, *Global Leprosy Strategy 2021-2030* (WHO, 2021) yang menetapkan empat pilar strategi, terdiri dari: (1) implementasi peta jalan *zero leprosy* di seluruh negara endemis; (2) perluasan pencegahan kusta dan penemuan kasus aktif secara terintegrasi; (3) melakukan tatalaksana kasus kusta, komplikasi dan mencegah kasus disabilitas baru; dan (4) menangani stigma dan memastikan terpenuhinya hak-hak asasi manusia.

Kedua, *Ending the neglect to attain the SDG: Neglected Tropical Disease Roadmap 2021-2030* (WHO, 2020a), yang mencakup tiga strategi: (1) akselerasi kegiatan program; (2) mengintensifkan pendekatan lintas program-sektor (*cross cutting*); dan (3) memodifikasi model operasional dan budaya untuk menguatkan kepemilikan nasional terhadap program kusta.

Ketiga, model WHO *Six Building Block* (WHO, 2007) yang menggambarkan enam pilar utama meliputi pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, informasi kesehatan, alat kesehatan/vaksin/teknologi, pembiayaan dan kepemimpinan untuk mencapai tujuan utama berupa peningkatan status kesehatan, responsif, perlindungan sosial, dan risiko finansial serta peningkatan efisiensi.

Keempat, memperhatikan kebutuhan untuk meningkatkan kualitas implementasi program dengan intervensi rantai perbaikan mutu (Berwick, 2002) yang mencakup empat elemen utama: pasien, keluarga dan masyarakat; didukung oleh (2) sistem mikro yang memberikan pelayanan secara langsung; (3) sistem makro di tingkat organisasi (fasilitas pelayanan kesehatan dan program) dan (4) lingkungan. Keempat tingkatan ini saling terkait satu dengan yang lain untuk meningkatkan kualitas program.

Terakhir, memperhatikan transformasi sistem kesehatan dengan enam pilar utamanya, meliputi (1) transformasi layanan primer; (2) transformasi layanan rujukan; (3) transformasi sistem ketahanan kesehatan; (4) transformasi sistem pembiayaan kesehatan; (5) transformasi SDM kesehatan, dan (6) transformasi teknologi kesehatan.

Empat strategi utama dalam RAN eliminasi kusta 2023-2027 adalah sebagai berikut:

1. Menggerakkan masyarakat dengan memanfaatkan berbagai sumber daya (Masyarakat);
2. Meningkatkan kapasitas sistem pelayanan dalam melakukan pencegahan, penemuan dini, diagnosis dan penatalaksanaan kusta secara komprehensif dan berkualitas (Akselerasi);
3. Meningkatkan integrasi dan koordinasi dengan para pemangku kepentingan dan fasilitas kesehatan, baik pemerintah maupun swasta (Integrasi); dan
4. Menguatkan komitmen, kebijakan dan manajemen program dalam penanggulangan kusta (Komitmen, kebijakan, dan manajemen).

Berikut adalah deskripsi intervensi utama untuk setiap strategi.

Strategi 1. Masyarakat

Menggerakkan masyarakat dengan memanfaatkan berbagai sumber daya (Masyarakat).



Strategi pertama ini menekankan pada peran pasien, keluarga, dan masyarakat sebagai fokus utama program pencegahan dan penanggulangan kusta dan indikator dampak yang akan dicapai oleh program pencegahan dan penanggulangan kusta. Strategi ini bertujuan untuk: (1) memperbaiki perilaku keluarga, masyarakat dan tokoh masyarakat terkait pencegahan dan penanggulangan kusta, (2) meningkatkan akses, kualitas dan distribusi informasi untuk edukasi keluarga dan masyarakat, dan (3) mengoptimalkan peran tokoh agama, dan tokoh masyarakat dalam pemanfaatan berbagai media untuk edukasi.

Strategi ini dicapai melalui enam intervensi utama, dengan deskripsi intervensi utama dan kegiatan sebagai berikut.

Intervensi Utama:

- 1. Menguatkan kader kesehatan, orang yang pernah mengalami kusta, dan keluarganya dalam membantu kegiatan penjangkauan, pencegahan, penemuan kasus, pemantauan pengobatan dan pengurangan stigma komunitas.**

Deskripsi intervensi: Kader kesehatan, orang yang pernah mengalami kusta dan keluarganya merupakan kelompok yang tinggal di masyarakat. Mereka akan bertindak sebagai jembatan antara masyarakat dengan petugas kesehatan di tingkat puskesmas. Mempertimbangkan fungsi tersebut, beberapa intervensi yang akan dilakukan untuk menguatkan kader kesehatan, orang yang pernah mengalami kusta, dan keluarganya adalah: (1) Melibatkan kader kesehatan dan OYPMK-keluarga untuk membantu puskesmas di dalam kegiatan eliminasi kusta (penemuan kasus, skrining kontak, pemberian kemoprofilaksis, dan pemantauan pengobatan); (2) Melaksanakan orientasi kader kesehatan di dalam deteksi dini kusta dan penghapusan stigma serta kemampuan komunikasi melalui pelatihan, lokakarya, *on the job training* (OJT); (3) Melakukan kegiatan-kegiatan sosialisasi kusta di masyarakat oleh kader kesehatan dan OYPMK-keluarga (seperti kegiatan *Intensified Case Finding-ICF* dan kegiatan bina desa sahabat kusta).

- 2. Memperkuat peran pendamping teman sebaya dalam penghapusan stigma serta peningkatan kesejahteraan mental dan pemenuhan hak orang yang pernah mengalami kusta**

Deskripsi intervensi: Peran pendamping sebaya dalam penghapusan stigma memiliki dampak yang signifikan karena dukungan sosial yang diberikan oleh pendamping yang memiliki tingkat umur, kedewasaan, dan pengalaman yang sama akan lebih mudah diterima. Upaya yang akan dilakukan dalam memperkuat peran pendamping sebaya, antara lain: (1) melibatkan dan melatih orang yang pernah mengalami kusta sebagai pendamping teman sebaya selama dan paska pengobatan termasuk dalam mendorong kepatuhan minum obat dan rawat diri; dan (2) meningkatkan kapasitas orang yang pernah mengalami kusta dalam memberikan pendampingan kepada teman sebayanya untuk mewujudkan kesejahteraan mental, menghapuskan stigma diri, serta membantu dalam pemenuhan hak.

3. Menguatkan peran dan kapasitas masyarakat dalam peningkatan kesadaran dan mobilisasi sumber daya untuk eliminasi kusta

Deskripsi intervensi: Peran serta masyarakat menjadi sangat penting dalam upaya eliminasi kusta sebab terdapat banyak sumber daya yang dapat diorganisir dan dialokasikan di tingkat masyarakat. Tokoh berpengaruh di dalam masyarakat juga akan mampu menjadi agen perubahan dan berkontribusi dalam upaya eliminasi kusta dengan cara mengurangi miskonsepsi tentang kusta di tengah masyarakat. Untuk mencapai tujuan itu beberapa intervensi dapat dilaksanakan, antara lain: (1) mengidentifikasi dan memetakan tokoh masyarakat, tokoh/kelompok berpengaruh, dan tokoh agama yang dapat dilibatkan dalam eliminasi kusta; (2) melakukan sosialisasi dan sensitisasi mengenai kusta, stigma, diskriminasi dan disabilitas kepada tokoh masyarakat, tokoh/kelompok berpengaruh dan tokoh agama; (3) Melibatkan tokoh masyarakat, tokoh/kelompok berpengaruh, dan tokoh agama dalam kegiatan edukasi mengenai kusta dalam kegiatan sehari-hari, serta mendorong mereka untuk memainkan peran sebagai panutan masyarakat dalam hal kusta.

4. Meningkatkan peran keluarga dan masyarakat dalam melakukan pendampingan kepada pasien kusta dan OYPMK dalam memberikan dukungan untuk meningkatkan partisipasi sosial dan mengakses layanan kesehatan dan rehabilitasi

Deskripsi intervensi: Konsekuensi yang dihadapi oleh pasien kusta sangat beragam, seseorang yang terinfeksi bakteri kusta sangat membutuhkan layanan kesehatan, terutama dalam periode pengobatan. Bahkan setelah periode pengobatan selesai, orang yang pernah mengalami kusta masih harus menghadapi ancaman reaksi, baik reaksi reversal atau meningkatnya kekebalan tubuh seluler secara cepat, maupun reaksi *erythema nodosum leprosum* (ENL) yang merupakan reaksi humorai yang ditandai dengan timbulnya nodul kemerahan, neuritis, gangguan saraf yang jika diabaikan akan dapat memicu deformitas. Pasien kusta juga sering tersingkirkan secara sosial karena beberapa aspek. Semua ini membuat peran keluarga dan masyarakat sebagai lingkaran terdekat pasien dan orang yang pernah mengalami kusta menjadi penting dalam pemenuhan kebutuhan layanan kesehatan dan rehabilitasi. Upaya yang akan dilakukan adalah: (1) meningkatkan kemampuan keluarga untuk memberikan pendampingan dalam pengobatan, pencegahan reaksi dan rawat diri pada pasien kusta serta dukungan dalam rawat diri pada orang yang pernah mengalami kusta; (2) meningkatkan peran keluarga dalam kegiatan skrining kontak dan kemoprofilaksis; (3) meningkatkan peran keluarga dalam memotivasi orang

yang pernah mengalami kusta untuk aktif berpartisipasi dalam keluarga dan masyarakat; dan (4) melakukan edukasi kepada keluarga mengenai layanan dan jaminan kesehatan yang dapat diakses oleh pasien dan orang yang pernah mengalami kusta.

5. Memperkuat peran OYPMK dan penyandang disabilitas, komunitas atau organisasinya dalam menggalang dukungan, kebijakan, dan sumber daya untuk mewujudkan eliminasi kusta dan penghapusan stigma

Deskripsi intervensi: Peran aktif OYPMK dan komunitasnya dalam menggalang dukungan dan mengupayakan kebijakan untuk penghapusan stigma menjadi sebuah model pemberdayaan partisipatif yang efektif. Penguatan kelompok sasaran akan dilakukan melalui beberapa kegiatan: (1) Mendorong pembentukan dan penguatan forum komunikasi/jejaring kusta, pembentukan dan penguatan komunitas orang yang pernah mengalami kusta dan disabilitas atau forum lain yang sesuai kebutuhan; (2) Meningkatkan kapasitas komunitas orang yang pernah mengalami kusta dan disabilitas dalam melakukan advokasi berbasis bukti untuk perumusan kebijakan dan alokasi sumber daya untuk program eliminasi kusta; dan (3) Meningkatkan kapasitas komunitas orang yang pernah mengalami kusta dan disabilitas dalam melakukan edukasi kepada masyarakat untuk pengurangan stigma.

6. Mengembangkan strategi promosi kesehatan secara lebih inovatif dan partisipatif menggunakan berbagai kanal informasi

Deskripsi intervensi: Terdapat beberapa persoalan terkait strategi promosi kesehatan seperti: (1) informasi tentang penyakit kusta masih belum dipahami dengan baik oleh komunitas sasaran; (2) pesan yang ingin disampaikan belum memberikan dampak perubahan yang signifikan, dan (3) kesadaran masyarakat dan juga orang yang terkena kusta dalam meningkatkan perilaku hidup sehat serta perilaku untuk memperoleh kesembuhan masih rendah. Karena itu, pengembangan strategi promosi kesehatan yang inovatif melalui kanal informasi yang kekinian akan dilakukan melalui beberapa intervensi: (1) Menyusun strategi kampanye publik untuk kusta melalui berbagai media yang sensitif budaya secara partisipatif; (2) Melaksanakan promosi kesehatan sesuai strategi yang telah disusun secara partisipatif; (3) Melibatkan tokoh masyarakat dan seluruh petugas puskesmas dengan pendekatan komunikasi perubahan perilaku; dan (4) Mengapresiasi individu/organisasi yang berkontribusi signifikan dalam promosi kusta.

Strategi 2. Akselerasi

Meningkatkan kapasitas sistem pelayanan dalam melakukan pencegahan, penemuan dini, diagnosis dan penatalaksanaan kusta secara komprehensif dan berkualitas (Akselerasi).



Strategi kedua merupakan strategi yang ditujukan untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang komprehensif untuk kusta mulai dari spektrum pencegahan sampai rehabilitasi. Tujuan strategi kedua adalah: (1) Meningkatkan akses dan mutu penatalaksanaan kasus kusta di layanan primer dan rujukan; (2) Mencegah atau menemukan secara dini kasus baru dan disabilitas; dan (3) Memberikan pengalaman yang positif kepada pasien, keluarga, dan masyarakat ketika memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Strategi ini mencakup pelacakan kasus, pencegahan, penemuan kasus, diagnosis dan penatalaksanaan hingga monitoring efek samping obat, serta penanganan disabilitas, reaksi dan kesehatan mental.

Tujuan strategi kedua dicapai melalui tujuh intervensi utama, dengan deskripsi intervensi utama dan kegiatan sebagai berikut.

Intervensi Utama:

1. **Meningkatkan kualitas layanan primer, rujukan dan penunjang yang komprehensif baik pada fasilitas layanan kesehatan pemerintah maupun swasta.**

Deskripsi intervensi: Oleh karena spektrum kebutuhan pelayanan kesehatan yang kompleks pada pasien kusta, maka perlu penyediaan layanan kesehatan yang komprehensif dan berkualitas. Upaya yang akan dilakukan adalah: (1) Meningkatkan kepatuhan klinisi terhadap PNPK, PPK dan petugas lainnya terhadap SOP termasuk reaksi kusta, komplikasi dan tatalaksananya;. Petugas puskesmas pembantu (pustu) dan klinik swasta perlu dilibatkan untuk pemantauan minum obat dan deteksi dini reaksi kusta; 2) Mengembangkan telekonsultasi antara dokter layanan primer dengan dokter

spesialis untuk layanan kusta dengan sarana komunikasi yang tersedia. 3) Diagnosis dan evaluasi pengobatan kusta perlu ditunjang dengan ketersediaan laboratorium rujukan dan mekanisme penjaminan mutu laboratorium di tingkat kabupaten yaitu *skin smear* dengan pemeriksaan BI (*Bacteriological Index*) dan MI (*Morphology Index*) untuk menunjang diagnosis dan evaluasi pengobatan kusta; 4) Meningkatkan kapasitas pelayanan puskesmas untuk penanganan kasus dengan disabilitas yang berpedoman pada konvensi hak-hak penyandang disabilitas dan program kesehatan jiwa berbasis masyarakat yang bekerjasama dengan pusat rehabilitasi melalui kegiatan skrining, pendampingan ke faskes secara mandiri, kepatuhan minum obat, dan melakukan kegiatan produktif. Peningkatan kapasitas rumah sakit juga dilakukan untuk menangani kasus rujukan kusta, termasuk ketersediaan layanan rehabilitasi medis, penyediaan alat bantu, dan kesehatan jiwa.

2. Melibatkan organisasi profesi dan lembaga pendidikan dalam pengembangan kepemimpinan klinis dan keahlian di bidang kusta

Deskripsi intervensi: Diagnosis dan penatalaksanaan kusta secara komprehensif perlu ditunjang dengan ketersediaan keahlian klinis. Hal ini akan dicapai dengan: (1) penguatan forum atau kelompok ahli yang peduli dengan kusta; (2) pelibatan dokter ahli kusta dalam kunjungan ke daerah endemis untuk peningkatan kapasitas para dokter; serta (3) apresiasi terhadap klinisi yang berjasa dalam program kusta kepemimpinan dan manajemen klinis kusta setiap tahun.

3. Meningkatkan penemuan dini kasus kusta pada populasi berisiko melalui penemuan kasus aktif di masyarakat (termasuk pada sasaran perempuan dan daerah terpencil)

Deskripsi intervensi: Penemuan kasus secara dini merupakan kunci dalam memutus penularan kusta, sehingga penemuan kasus secara aktif perlu ditingkatkan. Populasi yang memiliki risiko kusta tidak hanya ditemukan di daerah pedesaan dan daerah terpencil namun juga perkotaan dan pemukiman padat penduduk. Untuk itu, program penanggulangan kusta harus dilakukan dengan pendekatan yang bisa menjangkau populasi berisiko di daerah khusus seperti: daerah terpencil, perkotaan dan daerah kumuh, termasuk menjangkau populasi rentan seperti perempuan dan anak.

4. Meningkatkan cakupan tatalaksana kontak dan kualitas kemoprofilaksis kusta

Deskripsi intervensi: Kemoprofilaksis kusta merupakan salah satu metode penghentian transmisi yang efektif, namun tidak akan berhasil menurunkan angka kasus jika

cakupannya rendah. Karena itu, perlu dilakukan upaya berikut: (1) advokasi kebijakan dan anggaran untuk upaya kemoprofilaksis di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, (2) distribusi obat kemoprofilaksis kepada kontak dari kasus indeks yang terintegrasi dengan tatalaksana kontak, serta (3) penyediaan obat Rifampicin sesuai prosedur, kualitas, dan jumlah yang tepat.

5. Meningkatkan pemantauan dan pelayanan pasien kusta yang sedang dan telah selesai pengobatan kusta

Deskripsi intervensi: Pasca pengobatan kusta atau *release from treatment* (RFT), orang yang pernah mengalami kusta masih memiliki risiko mengalami reaksi kusta dan disabilitas. Karena itu, penting untuk dilakukan upaya berikut: (1) mendorong pemantauan orang yang pernah mengalami kusta yang telah selesai pengobatan tetapi memiliki faktor risiko secara berkala (*semi active surveillance*); dan (2) membentuk Kelompok Perawatan Diri (KPD).

Strategi 3. Integrasi

Meningkatkan integrasi dan koordinasi dengan para pemangku kepentingan dan fasilitas kesehatan, baik pemerintah maupun swasta (Integrasi).



Strategi ketiga adalah integrasi dan kolaborasi multipihak dari tingkat nasional hingga tingkat desa. Integrasi dapat dilakukan melalui integrasi pesan-pesan edukasi ke masyarakat, integrasi dengan program lainnya, dan integrasi dalam monitoring data. Tujuan strategi ketiga adalah: (1) Meningkatkan koordinasi dan kolaborasi program kusta dengan program prioritas nasional bidang kesehatan lainnya maupun program di lintas sektor, dan (2) Melakukan integrasi program kusta pada tataran kebijakan dan implementasi program.

Strategi ini terdiri atas empat intervensi utama dengan deskripsi intervensi utama dan kegiatan sebagai berikut.

Intervensi Utama:

- 1. Meningkatkan koordinasi, kolaborasi dan integrasi program eliminasi kusta dengan program kesehatan lainnya mulai dari tingkat pusat, daerah hingga fasilitas kesehatan.**

Deskripsi intervensi: Koordinasi, kolaborasi hingga integrasi program eliminasi kusta dengan program prioritas kesehatan lainnya di Kementerian Kesehatan dapat dikembangkan kelayakan dan implementasinya mulai dari tingkat pusat, daerah, hingga fasilitas kesehatan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi program kusta. Inisiatif kolaborasi program Tuberkulosis (TB)-kusta pernah dikembangkan sebelumnya di Indonesia, namun implementasinya masih terbatas di wilayah tertentu. Upaya yang akan dilaksanakan adalah: (1) Mendorong kolaborasi implementasi program kusta dengan program kesehatan lainnya, seperti program TB, PIS-PK, Usaha Kesehatan Sekolah, posyandu atau program lainnya, dan memperluas kolaborasi yang telah ada; dan (2) Memetakan dan melakukan kolaborasi dan integrasi mulai dari promosi kesehatan, pencegahan, deteksi dini, penemuan kasus, tatalaksana, rehabilitasi dan tindak lanjut lainnya di masyarakat.

- 2. Meningkatkan koordinasi, kolaborasi dan integrasi intervensi utama dalam program eliminasi kusta dengan program di lintas sektor terkait**

Deskripsi intervensi: Selain dengan program kesehatan di Kementerian Kesehatan, koordinasi, kolaborasi hingga integrasi kegiatan dalam program eliminasi kusta juga dapat dikembangkan dengan program di lintas sektor yang relevan dengan kusta, OYPMK, disabilitas, dan rehabilitasi. Upaya yang akan dilakukan adalah: (1) Membentuk tim kerja lintas sektor untuk eliminasi kusta dan menetapkan kementerian/lembaga (K/L) yang akan menjadi koordinator lintas sektor; (2) Mendorong lembaga musyawarah dan pemerintah desa untuk menganalisis beban kusta di desanya untuk menjadi prioritas penggunaan dana desa mengingat program kusta adalah salah satu program prioritas nasional; (3) Memasukan perencanaan P2 Kusta di tingkat Puskesmas (lokmin) dan desa (musdes) (4) Meningkatkan fasilitasi untuk memberikan dukungan yang komprehensif kepada OYPMK pra sejahtera; dan (5) Melakukan advokasi untuk memasukkan topik kusta dan disabilitas ke dalam kurikulum tematik (Kementerian Agama dan Kementerian Pendidikan dan

Kebudayaan) serta promosi kesehatan dalam kegiatan pengabdian dan pemberdayaan masyarakat (di organisasi masyarakat, organisasi politik, organisasi keagamaan, perguruan tinggi negeri dan swasta, PKK dan organisasi perempuan).

3. Meningkatkan advokasi di tingkat pusat dan daerah untuk pengembangan kemitraan dengan swasta, filantropi, komunitas, mitra pembangunan dan multisektor lainnya sesuai kapasitas dan kompetensi mitra.

Deskripsi intervensi: Beban kasus kusta tidak tersebar merata di tingkat propinsi dan kabupaten. Oleh karenanya, pengembangan kemitraan dengan multipihak tidak dapat dilakukan hanya pada tingkat pusat. Upaya yang dapat dilakukan adalah: (1) Mengidentifikasi mitra potensial dari berbagai lembaga dan masyarakat serta memetakan tujuan kemitraannya; (2) Melakukan koordinasi dengan lintas sektor dan multipihak untuk mendukung program kusta, termasuk memfasilitasi akses bagi pasien dan OYPMK untuk memperoleh layanan rehabilitasi; dan (3) Melakukan advokasi, koordinasi dan konsolidasi dengan sektor swasta, filantropi dan multipihak lainnya untuk mengembangkan dan melaksanakan kegiatan yang terkait dengan eliminasi kusta.

4. Memperkuat kemitraan pemerintah dan swasta untuk pelayanan kusta

Deskripsi intervensi: Pelayanan bagi suspek, pasien kusta dan OYPMK dapat diberikan oleh fasilitas kesehatan milik pemerintah ataupun swasta, baik di tingkat pelayanan primer maupun rujukan. Agar pelayanan dapat diberikan secara optimal, maka fasilitas kesehatan swasta memerlukan dukungan dan kemitraan dengan pemerintah (dinas kesehatan ataupun fasilitas kesehatan pemerintah). Oleh karenanya, untuk memberikan pelayanan kusta yang berkualitas, diperlukan penguatan kemitraan antara pemerintah swasta. Penguatan ini juga diperlukan untuk meningkatkan cakupan pencatatan dan pelaporan dari fasilitas kesehatan swasta. Upaya yang dapat dilakukan adalah: (1) menyusun petunjuk teknis untuk memanfaatkan atau membangun kemitraan pemerintah dan swasta dalam menyediakan pelayanan kusta; (2) melakukan koordinasi dan sosialisasi ke fasilitas kesehatan swasta dan organisasi profesi di tingkat layanan primer maupun rujukan untuk menyediakan layanan kusta yang komprehensif dan berkualitas; (3) memperluas dan menguatkan kegiatan dalam program kusta di wilayah perkotaan (*Urban Leprosy*); dan (4) membangun jejaring pelayanan kesehatan primer untuk rujukan horizontal penatalaksanaan kusta serta untuk rujukan ke rumah sakit dengan Puskesmas sebagai koordinator layanan, termasuk di dalamnya aspek sistem pencatatan dan pelaporan.

Strategi 4. Komitmen, Kebijakan dan Manajemen Program

Menguatkan komitmen, kebijakan dan manajemen program dalam penanggulangan kusta (Komitmen, Kebijakan dan Manajemen).

Strategi 4



Strategi keempat merupakan strategi pendukung yang dilakukan pada tingkat nasional hingga desa untuk meningkatkan sumber daya dan kapasitas dalam melaksanakan ketiga strategi sebelumnya. Strategi ini meliputi tata kelola dan kepemimpinan, manajemen program serta perbaikan berkelanjutan. Tujuan strategi ini adalah: (1) menguatkan komitmen dan kepemimpinan pemerintah pusat, daerah dan desa melalui komunikasi dan advokasi yang efektif; (2) meningkatkan kemampuan manajemen program untuk memperoleh dan mengelola sumber daya secara lebih baik; dan (3) meningkatkan kontribusi pembiayaan pemerintah daerah, lintas, program, lintas sektor dan sumber daya lainnya dari multipihak.

Strategi empat memiliki enam intervensi utama dengan deskripsi intervensi utama dan kegiatan sebagai berikut.

Intervensi Utama:

1. Menjadikan kusta sebagai salah satu indikator keberhasilan pembangunan daerah.

Deskripsi intervensi: Kinerja dan keberhasilan pembangunan daerah tidak terlepas dari efektifitas perencanaan strategis dan peta jalan penanganan masalah kesehatan prioritas termasuk kusta. Oleh karena itu, upaya yang dilakukan adalah: (1) Advokasi ke daerah berbeban kusta tinggi untuk memuat program eliminasi kusta dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) provinsi dan kabupaten/kota; (2) advokasi ke pemerintah daerah untuk mengadopsi Rencana Aksi Nasional (RAN) ke dalam

Rencana Aksi Daerah (RAD) provinsi dan kabupaten/kota.

2. Menguatkan komitmen pusat dan daerah untuk eliminasi kusta melalui kebijakan afirmatif untuk alokasi sumberdaya untuk wilayah endemis terutama daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK).

Deskripsi intervensi: Beban kusta yang tinggi dan keterkaitannya dengan berbagai masalah non kesehatan seperti kemiskinan dan sosial di DTPK memerlukan komitmen nyata pemerintah daerah melalui kebijakan spesifik daerah atau afirmatif. Kebijakan afirmatif mengedepankan prinsip *high burden high impact* dengan berfokus pada penguatan dan akselerasi kualitas sistem perawatan kusta di daerah. Untuk itu upaya yang dilakukan adalah: (1) advokasi dengan Kementerian Desa untuk penganggaran program eliminasi kusta dalam dana desa; (2) mendorong terbitnya payung regulasi daerah tentang kewenangan desa untuk penganggaran program kusta di desa; (3) menyusun kebijakan untuk pembentukan Desa Sahabat Kusta, khususnya di daerah endemis.

3. Melakukan harmonisasi kebijakan yang mendukung pencapaian eliminasi kusta serta pengurangan stigma dan diskriminasi.

Deskripsi intervensi: Harmonisasi kebijakan penting untuk mengurangi hambatan implementasi eliminasi kusta dan disabilitas di daerah. Pendekatan harmonisasi kebijakan dapat dilakukan secara horizontal maupun vertikal. Upaya yang dilakukan meliputi: (1) melakukan advokasi kepada penyelenggara jaminan kesehatan untuk memperluas cakupan pembiayaan untuk pelayanan kusta yang komprehensif; dan (2) menguatkan harmonisasi kebijakan, seperti melalui Surat Keputusan Bersama Kementerian untuk penyakit yang segera dieliminasi.

4. Meningkatkan tata kelola dan kepemimpinan dalam program kusta di tingkat pusat dan daerah

Deskripsi intervensi: Kinerja upaya eliminasi kusta memerlukan tata kelola program yang efektif agar secara berkelanjutan dapat menyesuaikan kegiatan dengan perubahan dan tantangan program ke depan. Upaya yang dilakukan adalah: (1) meningkatkan efektivitas bimbingan teknis, perencanaan, penguatan monitoring dan evaluasi secara berjenjang dan berkala mulai dari tingkat pusat hingga Puskesmas; dan (2) mengembangkan pelatihan dari tingkat kabupaten hingga Puskesmas dengan berbagai metode dan media agar lebih efektif, efisien dan menarik.

5. Menguatkan manajemen program kusta di provinsi dan kabupaten/kota.

Deskripsi intervensi: Input program kusta seperti SDM, logistik dan laboratorium merupakan unsur penting dalam implementasi dan keberlangsungan program kusta di tingkat daerah. Upaya yang akan dilakukan meliputi: (1) meningkatkan kapasitas dan kontinuitas tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan; (2) meningkatkan pengelolaan logistik untuk obat MDT dan obat anti reaksi kusta secara kontinyu; (3) menguatkan jejaring dan kapasitas laboratorium untuk pemeriksaan penunjang (skin smear, resistensi obat); (4) meningkatkan efektivitas surveilans penyakit, *Antimicrobial resistance* (AMR) dan efek samping obat; dan (5) sistem informasi berbasis data individual untuk mencapai dan mempertahankan eliminasi.

6. Meningkatkan penelitian kusta dan pemanfaatan hasilnya untuk penguatan implementasi program

Deskripsi intervensi: Dukungan penelitian sama pentingnya dengan komitmen politik, kebijakan, advokasi, alokasi sumberdaya dalam upaya eliminasi kusta. Riset di bidang kusta dapat memberi evidens tentang faktor biomedis, epidemiologi, implementasi, akses dan kualitas pelayanan kusta termasuk determinan sosial untuk perbaikan kebijakan dan manajemen program kusta. Upaya yang dilakukan meliputi: (1) menetapkan agenda prioritas nasional untuk penelitian kusta; (2) meningkatkan minat penelitian dan kapasitas peneliti untuk merancang dan melaksanakan penelitian di bidang kusta yang dapat menjawab tantangan implementasi program; (3) mengembangkan jejaring peneliti kusta di tingkat nasional untuk diseminasi dan komunikasi hasil riset kusta sehingga bermanfaat untuk perbaikan program kusta; (4) meningkatkan kapasitas peneliti kusta untuk memperoleh pendanaan penelitian dan meningkatkan minat pemberi dana untuk investasi penelitian mengenai kusta; dan (5) melakukan penelitian dasar untuk mempelajari penularan kusta dan mengembangkan rejimen baru untuk profilaksis untuk kualitas perawatan dan pengobatan yang lebih baik, serta riset implementasi dengan melibatkan klinisi, pelaksana program, dan akademisi untuk menyelesaikan masalah implementasi dalam program eliminasi kusta di lapangan.



Kartu ini sebagai tanda bahwa kami terdaftar dalam skema jaminan kesehatan.
Namun pelayanan kesehatan yang paripurna masih jauh dari harapan.

Orang yang pernah mengalami kusta membutuhkan fasilitas dan
pelayanan kesehatan sepanjang hidup. Kami berharap semua fasilitas
kesehatan memiliki layanan yang baik untuk kasus kusta.

Widi Sugiarti - Lingkar Sosial Indonesia, Kabupaten Malang



BAB 5.

ANGGARAN DAN

PEMBIAYAAN

Sumber foto: Widi Sugiarti - Lingkar Sosial Indonesia, Kabupaten Malang

BAB 5.

ANGGARAN DAN

PEMBIAYAAN

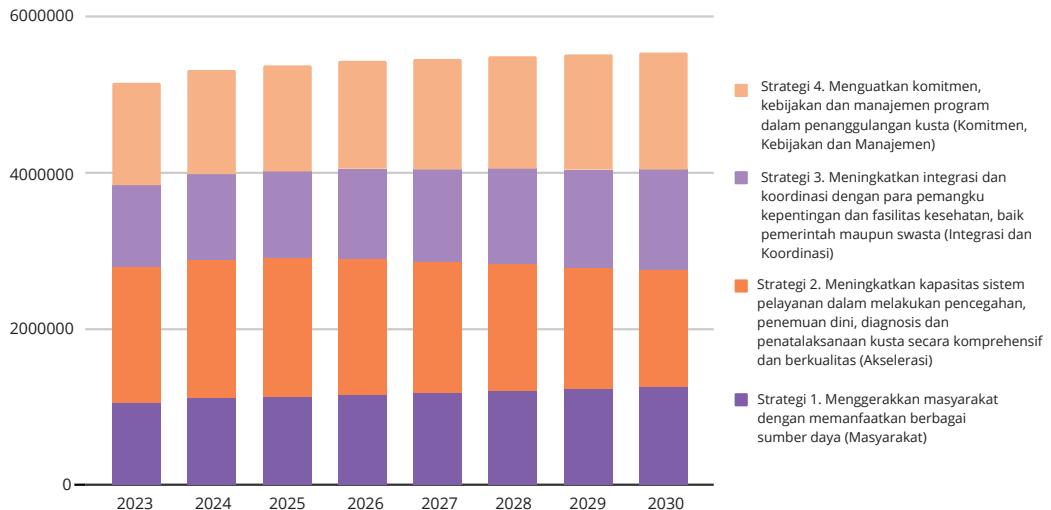
5.1. Kebutuhan Anggaran

Total kebutuhan anggaran untuk program kusta di Indonesia pada periode 2023-2027 adalah sebesar Rp26.749.373.000.000,- . Kebutuhan ini dihitung menggunakan pendekatan biaya per kegiatan untuk setiap intervensi utama dan strategi. Penghitungan anggaran dalam proyeksi jangka menengah penganggaran program Kusta (2023-2027) ini memperhatikan rancangan jangka menengah program kesehatan secara nasional.

Setiap strategi dalam program kusta mempunyai kontribusi yang penting dalam pencapaian indikator program kusta. Estimasi kebutuhan anggaran terbesar terdapat pada strategi 2 (Akselerasi), diikuti dengan strategi 4 (Komitmen, Kebijakan dan Manajemen), yaitu sebesar **Rp8.706.798.000.000,-** dan **Rp6.819.906.000.000,-**, secara berturut-turut. Besarnya kebutuhan anggaran ini dengan mempertimbangkan adanya strategi yang melibatkan lintas program, lintas sektor dan multi pihak. Kebutuhan ini mempertimbangkan adanya kasus kusta di seluruh (514) kabupaten/kota di Indonesia.

Tabel 2. Estimasi Total Kebutuhan Anggaran untuk Program Eliminasi Kusta, 2023-2027 (dalam juta Rupiah)

Strategi	2023	2024	2025	2026	2027	2023-2027
Strategi 1. Menggerakkan masyarakat dengan memanfaatkan berbagai sumber daya (Masyarakat)	Rp1.052.793	Rp1.115.332	Rp1.137.638	Rp1.160.391	Rp1.183.599	Rp5.649.753
Strategi 2. Meningkatkan kapasitas sistem pelayanan dalam melakukan pencegahan, penemuan dini, diagnosis dan penatalaksanaan kusta secara komprehensif dan berkualitas (Akselerasi)	Rp1.742.585	Rp1.781.874	Rp1.765.069	Rp1.744.043	Rp1.673.228	Rp8.706.798
Strategi 3. Meningkatkan integrasi dan koordinasi dengan para pemangku kepentingan dan fasilitas kesehatan, baik pemerintah maupun swasta (Integrasi dan Koordinasi)	Rp1.048.893	Rp1.082.368	Rp1.112.770	Rp1.146.153	Rp1.182.733	Rp5.572.916
Strategi 4. Menguatkan komitmen, kebijakan dan manajemen program dalam penanggulangan kusta (Komitmen, Kebijakan dan Manajemen)	Rp1.310.158	Rp1.336.652	Rp1.363.297	Rp1.390.775	Rp1.419.023	Rp6.819.906
TOTAL	Rp5.154.428	Rp5.316.226	Rp5.378.774	Rp5.441.362	Rp5.458.583	Rp26.749.373



Grafik 2. Estimasi Total Kebutuhan Anggaran Program Eliminasi Kusta, 2023-2027
(dalam juta Rupiah)

5.2. Pendanaan dan Pembiayaan

Identifikasi sumber pembiayaan dilakukan dengan mengacu pada perundungan terkait dengan tugas dan fungsi lembaga, serta hasil kesepakatan bersama sesuai dengan pemetaan analisis pemangku kepentingan (*stakeholder analysis*).

Tabel 3. Sumber Pendanaan untuk Program Eliminasi Kusta, 2023-2027 (dalam juta Rupiah)

Sumber Pendanaan	2023	2024	2025	2026	2027
Pemerintah Pusat	Rp2.812.849	Rp2.474.921	Rp2.327.652	Rp1.993.448	Rp1.790.997
Pemerintah Daerah (Provinsi dan Kab/Kota)	Rp1.179.662	Rp1.439.475	Rp1.515.330	Rp1.787.057	Rp1.871.096
Swasta/Filantrofi	Rp586.037	Rp781.683	Rp860.950	Rp943.367	Rp1.024.116
Mitra	Rp575.880	Rp620.147	Rp674.842	Rp717.490	Rp772.374
TOTAL	Rp5.154.428	Rp5.316.226	Rp5.378.774	Rp5.441.362	Rp5.458.583



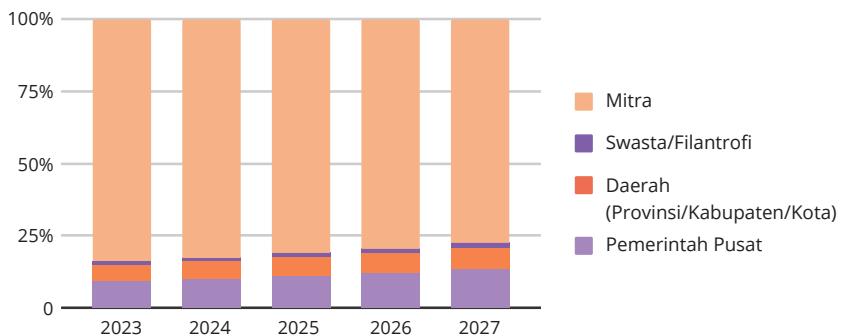
Grafik 3. Sumber Pembiayaan Program Eliminasi Kusta, 2023-2027
(dalam Juta Rupiah)

Tahun 2025 merupakan tahun peralihan antara RPJP sebelumnya (2005- 2025) dengan yang baru (2025-2045). Salah satu konsekuensinya adalah penguatan tanggung jawab pendanaan, yang semula bersumber dari pemerintah pusat dialihkan ke pemerintah daerah (provinsi/kabupaten/kota) dan pemerintah desa. Hal ini diupayakan selaras dengan asas desentralisasi/otonomi daerah. Dalam kurun waktu tahun 2023-2027, sumber pendanaan terbesar untuk program Kusta di Indonesia masih menggunakan alokasi yang bersumber dari pemerintah pusat (APBN). Alokasi ini akan berkurang proporsinya seiring dengan kewajiban pemerintah daerah (provinsi, kabupaten/kota, dan pemerintah desa/ kelurahan) dalam pendanaan maupun implementasi program penanggulangan kusta berdasarkan atas asas desentralisasi.

Pada tahun 2023, rencana kontribusi pemerintah pusat adalah sebesar 55%, sedangkan kontribusi pemerintah daerah diperkirakan hanya sebesar 23%. Harapannya, pada akhir periode RAN (2027) pendanaan yang bersumber dari pemerintah daerah akan meningkat proporsinya menjadi 34% dan alokasi sumber pendanaan dari pemerintah pusat menurun menjadi 33%. Potensi sumber pendanaan lain yang diharapkan dapat mendukung pencapaian program adalah kenaikan pendanaan yang bersumber dari hibah, bantuan luar negeri, serta partisipasi pihak swasta dan filantropi (yaitu dari estimasi awal sebesar 11% pada tahun 2023, meningkat menjadi 14% pada tahun 2025 dan 19% pada tahun 2030). Hibah dan pendanaan swasta diharapkan dapat memberi kontribusi pendanaan untuk inovasi, penelitian, dan promosi kesehatan dalam arti luas.

5.3. Kesenjangan Pembiayaan

Anggaran program penanggulangan kusta di Indonesia menunjukkan kesenjangan pendanaan yang besar (Grafik 4). Sebagai salah satu penyakit yang terabaikan, keterbatasan anggaran dan sinergitas program lintas sektor dan lintas program yang belum terbentuk, menjadi penyebab utama kesenjangan pendanaan program kusta di Indonesia. Oleh karenanya diperlukan upaya bersama dan kontinyu untuk mengadvokasi baik di tingkat nasional, provinsi maupun daerah untuk menuju eliminasi kusta di Indonesia.



Grafik 4. Estimasi Kesenjangan Pendanaan dalam Program Eliminasi Kusta, 2023-2027



Orang yang pernah mengalami kusta dan penyandang disabilitas memiliki banyak tantangan untuk bekerja, apalagi bekerja dalam sektor formal. Regulasi dan kebijakan baru perlu benar-benar dijalankan agar kami mendapatkan kesempatan yang sama sebagai warga negara dalam hal mendapatkan pekerjaan yang layak

Eka - Perhimpunan Mandiri Kusta, Jeneponto

BAB 6.

STRATEGI IMPLEMENTASI

Sumber foto: Eka - Perhimpunan Mandiri Kusta, Jeneponto

BAB 6.

STRATEGI

IMPLEMENTASI

6.1. Implementasi RAN

Implementasi RAN eliminasi kusta memerlukan upaya advokasi di tingkat pusat dan daerah untuk menguatkan regulasi dan meningkatkan anggaran. Berkoordinasi dengan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), RAN ini perlu dimasukkan ke dalam usulan RPJMN 2025-2029 sebagai bagian dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) tahun 2025-2045. Sebagai dokumen teknis, maka diperlukan payung regulasi di Kementerian Kesehatan untuk memberlakukan RAN eliminasi kusta. Keterlibatan lintas sektor dan multipihak dapat diperkuat dengan payung kebijakan lintas sektor di Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan.

Untuk advokasi anggaran, RAN perlu diadopsi ke dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP) dan APBN untuk memastikan ketersediaan anggaran mulai tahun 2023. Hal ini membutuhkan advokasi oleh Kementerian Kesehatan kepada Kementerian Dalam Negeri serta Bappenas. Di tingkat daerah, RAN perlu diterjemahkan melalui Rencana Aksi Daerah untuk kemudian diadopsi ke dalam Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) dan APBD. Selain advokasi, implementasi RAN penting memperhatikan prinsip-prinsip perlindungan hak asasi, gender, keadilan dan prinsip etik. Penanggulangan kusta menjadi bagian dari hak asasi manusia. Isu hak asasi, gender dan keadilan tidak hanya relevan dari perspektif keterlambatan deteksi kasus tetapi juga berkaitan dengan disabilitas akibat kusta. Oleh karena itu implementasi program kusta perlu mengedepankan ukuran yang lebih sensitif dan mengutamakan perlindungan kelompok rentan. Keterlibatan perempuan sangat penting untuk mengatasi tantangan eliminasi kusta dan untuk memberikan kontribusi signifikan bagi keluarga dan masyarakat. Perhatian khusus harus diberikan kepada anak-anak dan perempuan dalam rangka mempromosikan deteksi dini secara berkala, skrining, dan memfasilitasi diagnosis dan akses ke perawatan dan pengobatan kusta.

OYPMK menjadi bagian dari kelompok konsultatif untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi RAN eliminasi kusta. Strategi RAN berfokus pada pembentukan dan penguatan kapasitas OYPMK di bidang advokasi dan pengorganisasian dukungan psikososial untuk mengurangi tekanan emosional dan ekonomi. Oleh karenanya, proses implementasi RAN harus melibatkan komunitas OYMPK, komunitas disabilitas dan jejaringnya.

6.2 Pemantauan dan Evaluasi

Keberhasilan implementasi RAN eliminasi kusta memerlukan sistem pemantauan secara berkala dan dievaluasi secara sistematis. Indikator monitoring dan evaluasi ditetapkan mengacu kepada *Global Leprozy Control*, peraturan menteri kesehatan tentang penanggulangan kusta dan kinerja rencana strategi kementerian kesehatan tahun 2020-2024. Kerangka kerja monitoring dan evaluasi bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan strategi nasional eliminasi kusta berdasarkan indikator multisumber yang telah disepakati, mengidentifikasi hambatan implementasi di berbagai tingkatan beserta alternatif solusinya, serta menindaklanjuti rencana perbaikan yang disusun.

Hasil monitoring dan evaluasi ini dapat menjadi acuan untuk tindak lanjut pencapaian indikator luaran yang digunakan sebagai dasar perencanaan dan penganggaran tahunan bagi kegiatan eliminasi kusta di berbagai tingkatan, lintas program dan lintas sektor (Tabel 4).

Tabel 4. Indikator Monitoring dan Evaluasi RAN Eliminasi Kusta 2023-2027

Strategi 1. Menggerakkan masyarakat dengan memanfaatkan berbagai sumber daya (Masyarakat)	
Stigma dan diskriminasi	Tidak ada kebijakan yang memperbolehkan diskriminasi terhadap OYPMK dan keluarganya dan orang dengan disabilitas, termasuk di tempat kerja
	Adanya norma atau regulasi yang mendorong inklusivitas OYPMK-keluarga di fasilitas kesehatan, sekolah atau fasilitas publik lainnya
	Penurunan stigma terhadap kusta dan peningkatan partisipasi sosial OYPMK dalam masyarakat
	Ketersediaan akses dan dukungan layanan rehabilitasi
Strategi 2. Meningkatkan kapasitas sistem pelayanan dalam melakukan pencegahan, penemuan dini, diagnosis dan penatalaksanaan kusta secara komprehensif dan berkualitas (Akselerasi)	
Penemuan dan Pencatatan	Penderita kusta terdaftar dan angka penderita kusta terdaftar
	<i>Case detection rate</i>

Tabel 4. Indikator Monitoring dan Evaluasi RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 (lanjutan)

Disabilitas	Proporsi penderita kusta baru dengan disabilitas tingkat 2
	Angka disabilitas tingkat 2
	Proporsi penderita kusta baru tanpa disabilitas
	Jumlah penderita kusta baru pada anak dengan disabilitas tingkat 2
	Proporsi penderita kusta yang dievaluasi nilai disabilitas, minimal dilaksanakan pada awal dan akhir pengobatan
	Proporsi penderita kusta yang bertambah kecacatannya selama pengobatan
Kasus Baru	Proporsi penderita kusta baru pada anak
	Proporsi perempuan di antara penderita kusta baru
	Proporsi penderita kusta MB di antara penderita baru
	Proporsi kontak penderita kusta yang diperiksa
	Proporsi penderita impor (<i>foreign born</i>) di antara penderita kusta baru
Kemoprofilaksis	Proporsi kabupaten/kota yang melaksanakan kemoprofilaksis kusta
	Jumlah kontak yang menerima kemoprofilaksis kusta
	Rerata jumlah kontak yang menerima kemoprofilaksis kusta untuk setiap penderita kusta indeks dengan metode kontak
	Proporsi pemberian obat rifampisin pada kemoprofilaksis kusta dengan pendekatan blanket
	Proporsi pemberian obat rifampisin pada kemoprofilaksis dengan pendekatan partisipasi masyarakat
	Proporsi kontak yang mendapat kemoprofilaksis kusta menjadi penderita kusta baru
Tatalaksana dan Reaksi Kusta	Angka <i>release from treatment</i> (RFT)
	Proporsi penderita defaulter
	Proporsi penderita kambuh
	Jumlah penderita kusta yang mengalami reaksi berat
	Jumlah penderita kusta yang mengalami reaksi berat berulang
	Jumlah penderita kusta yang mengalami reaksi ENL setelah RFT
	Proporsi penderita kusta baru yang diperiksa fungsi saraf selama pengobatan
	Proporsi penderita kusta baru yang didiagnosis dengan benar
	Proporsi penderita kusta dan OYPMK dengan disabilitas yang mendapatkan bimbingan perawatan diri
	Proporsi penderita kusta resisten obat kusta (MDT) di antara penderita kusta relaps
Rujukan	Proporsi kabupaten/kota yang memiliki rumah sakit rujukan kasus kusta dengan komplikasi
	Proporsi provinsi yang memiliki rumah sakit yang menyediakan layanan rehabilitasi kusta

Tabel 4. Indikator Monitoring dan Evaluasi RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 (lanjutan)

Dukungan Psikologis	Proporsi penderita kusta baru yang memiliki risiko gangguan kesehatan mental Proporsi kabupaten/kota yang memiliki rumah sakit rujukan untuk gangguan kesehatan mental berat
Strategi 3. Meningkatkan integrasi dan koordinasi dengan para pemangku kepentingan dan fasilitas kesehatan, baik pemerintah maupun swasta (Integrasi)	
	Proporsi kabupaten/kota yang memiliki kolaborasi program Kusta dengan program prioritas lainnya di bidang kesehatan atau bidang lainnya
	Jumlah kasus/suspec kusta yang dilaporkan dari fasilitas kesehatan swasta di tingkat layanan primer dan rumah sakit
Strategi 4. Menguatkan komitmen, kebijakan dan manajemen program dalam penanggulangan kusta (Komitmen, kebijakan dan manajemen)	
Komitmen Pemerintah Pusat dan Daerah	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta (pengurangan penularan)
	Proporsi kabupaten/kota di daerah endemis atau dengan beban kusta tinggi yang memiliki kebijakan atau RAD/Perda untuk eliminasi kusta
	Meningkatnya anggaran untuk kusta di tingkat pusat dan daerah
Ketersediaan Obat	Proporsi kabupaten/kota yang mengalami kekosongan obat kusta dalam setahun
SDM	Adanya Surat Keputusan untuk Tim/ Pokja Kusta di tingkat Provinsi, kabupaten/kota dan tingkat desa/kelurahan
	Adanya strategi untuk menjamin kelangsungan pengembangan kapasitas petugas kesehatan
Pencatatan dan Pelaporan	Proporsi kabupaten/kota yang melaksanakan pemetaan kusta berbasis digital
	Proporsi kabupaten/kota yang menggunakan sistem digital pelaporan nasional untuk kasus kusta secara individual
Kapasitas Laboratorium	Proporsi kabupaten/kota yang dapat melaksanakan pemeriksaan skin smear
	Jumlah pemeriksaan kasus kusta dengan suspek resistensi obat
Informasi	Tersedianya informasi kusta untuk perencanaan dan kegiatan di tingkat desa/kelurahan/kecamatan

6.3 Peran Pemangku Kebijakan

Implementasi RAN membutuhkan peningkatan kolaborasi multipihak, baik di tingkat nasional, provinsi maupun kabupaten/kota, yang dikoordinasikan oleh pemerintah, dalam hal ini Kementerian Kesehatan. Dalam pelaksanaan RAN, Kementerian Kesehatan akan menjalankan fungsi-fungsi strategis dalam format koordinasi teknis dan koordinasi advokasi, serta meningkatkan efektivitas peran dan fungsi-fungsi operasional dan koordinasi yang sudah ada di antara berbagai Kementerian dan Lembaga terkait, di pusat maupun yang sudah didesentralisasikan ke daerah.

6.3.1 Peran Lintas Program

Tabel 5. Peran Lintas Program dalam Penanggulangan Kusta di Indonesia

Unit/Program	Peran
Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular (Tim Kerja NTDs)	<ul style="list-style-type: none"> Meningkatkan upaya promotif dan preventif melalui pembudayaan gerakan masyarakat hidup sehat (GERMAS), pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan PTM (peningkatan peran Posbindu) untuk penanggulangan kusta melalui peningkatan edukasi kepada masyarakat, aksi multisektoral, peningkatan penemuan kasus, pengobatan massal, dan peningkatan surveilans. Melakukan pengembangan <i>real time</i> surveilans nasional melalui: survei cepat desa; intensifikasi penemuan penderita kusta; pemeriksaan anak sekolah; pemeriksaan kontak serumah, tetangga, dan sosial; serta penguatan sistem jejaring laboratorium nasional termasuk penguatan laboratorium kesehatan masyarakat untuk penanggulangan kusta dilaksanakan baik pada daerah yang belum mencapai eliminasi kusta maupun daerah yang telah mencapai eliminasi untuk mempertahankan status eliminasi kusta. Mempengaruhi pemangku kepentingan terkait untuk memperoleh dukungan kebijakan penanggulangan kusta, khususnya penghapusan stigma dan diskriminasi, serta pembiayaan; Membantu individu, keluarga, dan masyarakat untuk berperan aktif dalam penemuan dan tatalaksana penderita kusta, pelaksanaan kemoprofilaksis, serta kegiatan penelitian dan pengembangan
Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> Memberdayakan masyarakat agar mampu berperan aktif dalam mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan untuk pencegahan dan pengendalian kusta. Menyusun materi dalam media komunikasi, informasi, dan edukasi program penanggulangan kusta dan mendistribusikan ke daerah Memberikan informasi kepada masyarakat tentang tanda dan gejala dini kusta, serta teknis kegiatan penanggulangan kusta Melakukan sosialisasi kepada masyarakat terkait penanggulangan kusta, stigma, dan disabilitas.
Direktorat Pengendalian Kesehatan Jiwa dan Napza	<ul style="list-style-type: none"> Meningkatkan akses pelayanan kesehatan jiwa di FKTP dan FKTRL bagi pasien kusta yang mengalami depresi akibat stigma dan disabilitas Meningkatkan upaya pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan jiwa di sekolah bagi pasien anak dengan kusta yang mengalami depresi.
Direktorat Kesehatan Keluarga, Ditjen Kesehatan Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan upaya persuasi kepada individu, keluarga, dan masyarakat untuk penghapusan stigma dan menghilangkan diskriminasi pada penderita kusta dan OYPMK
Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota (Bidang P2 Kusta dan Promosi Kesehatan)	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan penanggulangan kusta di tingkat provinsi dan kabupaten/kota dengan menggencarkan pencegahan dan pengobatan penyakit kusta di seluruh wilayah melalui peningkatan peran puskesmas-puskesmas dengan melakukan sosialisasi kepada masyarakat tentang kusta, stigma dan disabilitas. Meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan di fasyankes primer dan rujukan dalam deteksi dini dan tatalaksana penderita kusta, serta pelaksanaan Kemoprofilaksis baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota melalui pelatihan dan sosialisasi. Melakukan koordinasi dengan puskesmas untuk meningkatkan surveilans kusta melalui survei cepat desa; intensifikasi penemuan penderita kusta; pemeriksaan anak sekolah; pemeriksaan kontak serumah, tetangga, dan sosial; serta penguatan sistem jejaring laboratorium nasional termasuk penguatan laboratorium kesehatan masyarakat untuk penanggulangan kusta dilaksanakan baik pada daerah yang belum mencapai eliminasi kusta maupun daerah yang telah mencapai eliminasi untuk mempertahankan status eliminasi kusta. Melakukan monitoring dan evaluasi penanggulangan kusta baik di tingkat pelayanan kesehatan primer maupun rujukan.

Tabel 5. Peran Lintas Program dalam Penanggulangan Kusta di Indonesia (lanjutan)

Unit/Program	Peran
Fasilitas kesehatan primer (Puskesmas, Klinik Swasta dan praktik mandiri)	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan upaya penanggulangan kusta melalui peningkatan fungsi puskesmas, klinik swasta, dan DPM dalam pelayanan kesehatan dasar (<i>essential health care</i>), pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan (<i>community involvement and empowerment</i>), dan pelibatan multistakeholder dalam rangka aksi bersama, serta memerankan puskesmas sebagai <i>focal point</i> koordinator sistem PHC dalam wilayah kerja Puskesmas sebagai <i>focal point</i>, melakukan revitalisasi posyandu, posbindu, UKS, dan UKBM lainnya untuk edukasi kesehatan, skrining, dan deteksi dini kasus kusta dan disabilitas.

6.3.2 Peran Lintas Sektor

Tabel 6. Peran Lintas Sektor dalam Penanggulangan Kusta di Indonesia

Kementerian/Lembaga	Peran
Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Republik Indonesia	<ul style="list-style-type: none"> Merumuskan dan memimpin pelaksanaan kebijakan di bidang pembinaan pengelolaan pelayanan sosial dasar, pengembangan usaha ekonomi desa, pendayagunaan sumber daya alam dan teknologi tepat guna untuk pembangunan sarana prasarana desa, sehingga dapat meningkatkan upaya eliminasi kusta masyarakat. Memberikan rekomendasi kepada Kementerian Kesehatan dan kementerian terkait lainnya perihal peluang dan tantangan upaya eliminasi kusta di desa peduli kesehatan Memfasilitasi kementerian/lembaga non kementerian, pemerintah daerah provinsi dan pemerintah daerah kabupaten/kota untuk berpartisipasi aktif dalam upaya eliminasi kusta di Desa Peduli Kesehatan
Kementerian Sosial (PKH)	<ul style="list-style-type: none"> Merumuskan dan melaksanakan kebijakan di bidang rehabilitasi sosial, jaminan sosial, pemberdayaan sosial dan perlindungan sosial bagi penderita kusta, OYPMK, keluarga dan masyarakat. Menetapkan standar rehabilitasi sosial Melaksanakan pendidikan dan pelatihan dalam rangka upaya pengembangan kesejahteraan sosial bagi OYPMK
Kementerian dalam Negeri	<ul style="list-style-type: none"> Merumuskan kebijakan dan fasilitasi penanggulangan kusta, serta monitoring dan evaluasi dalam perencanaan pemanfaatan dan pengendalian kelola ruang kawasan pemerintahan daerah yang mendukung upaya kemandirian dalam program eliminasi kusta pada setiap perencanaan pembangunan di seluruh provinsi dan kabupaten/kota
Kemenko-PMK	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan advokasi dan kerja sama antar lintas program dan lintas sektor Menyelenggarakan koordinasi dan sinkronisasi perumusan, penetapan, dan pelaksanaan serta pengendalian pelaksanaan kebijakan di kementerian/lembaga terkait peningkatan kualitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan program kesehatan, yang berdampak pada tercapainya target indikator eliminasi kusta.
Kementerian Agama	Merumuskan kebijakan dan strategi dalam kolaborasi dengan kementerian kesehatan dalam penanggulangan kusta melalui pelibatan penyuluh agama dan organisasi keagamaan dalam kegiatan penanggulangan kusta seperti sosialisasi tentang kusta, dan dukungan terhadap pasien kusta dan disabilitas akibat kusta.

Tabel 6. Peran Lintas Sektor dalam Penanggulangan Kusta di Indonesia (lanjutan)

Kementerian/Lembaga	Peran
Kemendikbud	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan pengembangan kawasan sehat bebas kusta antara lain mulai dari tingkat pusat sampai kabupaten/kota sebagai upaya kesehatan sekolah (UKS) Mendorong program UKS untuk skrining dan deteksi dini kasus kusta pada anak sekolah mulai dari SD-SMA.
Kementerian PPA	Merumuskan kebijakan dan strategi dalam upaya membangun dukungan non teknis kesehatan untuk peningkatan akses pelayanan kesehatan bagi anak, sebagai bagian dari pemenuhan hak anak terkait kesehatan.
Kominfo	Membantu pengembangan teknologi dan digitalisasi di bidang kesehatan khususnya dalam penanggulangan kusta.
Kemenparekraf	Merumuskan kebijakan teknis dan mengintegrasikan program penanggulangan kusta seperti promosi kesehatan terkait kusta, sosialisasi tentang kusta, serta peningkatan kesehatan mental pada pasien kusta dan OYPMK ke dalam program penyelenggaraan wisata kesehatan Indonesia
Bappenas	<ul style="list-style-type: none"> Turut berkontribusi dalam penyusunan tema, sasaran, arah kebijakan, dan prioritas pembangunan kesehatan khususnya dalam penanggulangan kusta Melakukan koordinasi dan sinkronisasi pelaksanaan kebijakan perencanaan dan penganggaran strategi nasional eliminasi kusta. Melakukan pendampingan dan penguatan terhadap K/L dan pemerintah daerah terkait dengan pencapaian proyek strategis nasional eliminasi kusta. Koordinasi intensif dengan K/L terkait konsultasi publik dan penguatan peran sebagai Kementerian Koordinator dalam program penanggulangan kusta. Koordinasi lintas pelaku pembangunan dengan K/L, pemerintah daerah, dan akademisi, beserta kunjungan lapangan; serta Pelibatan peran serta para pelaku pembangunan beserta menjadi <i>focal point</i> untuk koordinasi penanggulangan kusta.
BPJS Kesehatan	Merumuskan kebijakan teknis penyelenggaraan jaminan pelayanan kesehatan yang memadai untuk upaya pencegahan dan pengobatan kusta di FKTP dan FKRTL seluruh Indonesia, dimana sasaran pasien kusta dan OYPMK mendapat prioritas serta perhatian penanganan yang optimal dengan standar perlindungan BPJS Kesehatan.
Dinas Sosial	Mendukung kebijakan dan program Kementerian Sosial dalam program rehabilitasi sosial bagi OYPMK, dan melaksanakan pendidikan dan pelatihan dalam rangka upaya pengembangan kesejahteraan sosial bagi OYPMK di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota.
Dinas Tenaga Kerja	Merumuskan kebijakan untuk melindungi dan menjamin proses rekrutmen, penerimaan, pelatihan kerja, penempatan kerja, keberlanjutan kerja, dan pengembangan karier yang adil dan tanpa diskriminasi kepada OYPMK dan penyandang disabilitas kusta
Pemerintahan Desa	Mengintegrasikan kegiatan kusta ke dalam Desa Peduli Kesehatan; mengelola temu, kenali dan dokumentasi praktik terbaik P2 kusta di Desa; dan melaporkan kegiatan P2 kusta di Desa Peduli Kesehatan
Universitas, Akademisi, Peneliti, dan Lembaga Riset	Merumuskan, mengembangkan, dan memperkaya riset-riset dan pemanfaatan teknologi untuk mendukung keberhasilan program eliminasi kusta.

Tabel 6. Peran Lintas Sektor dalam Penanggulangan Kusta di Indonesia (lanjutan)

Kementerian/Lembaga	Peran
Asosiasi Dinas Kesehatan Seluruh Indonesia (ADINKES)	<ul style="list-style-type: none"> Meningkatkan komunikasi antar anggota, pemerintah, swasta dan masyarakat dalam melaksanakan Otonomi Daerah / Desentralisasi tentang penanggulangan kusta. Mengembangkan kapasitas dan meningkatkan kompetensi anggota dalam pelaksanaan tugas dan fungsi di bidang kesehatan khususnya dalam penanggulangan kusta. Mengerakkan pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan pada pasien kusta, OYPMK, dan disabilitas melalui program penanggulangan kusta Mendukung pemerintah dalam pengembangan upaya kesehatan masyarakat, perorangan dan pemberdayaan masyarakat seperti penanggulangan kusta Mendukung pemerintah dalam pengembangan upaya kesehatan perorangan terutama pelayanan primer berupa deteksi dini kasus kusta, penemuan kasus yang intensif, surveilans, monitoring dan evaluasi
Lembaga akreditasi fasilitas kesehatan Indonesia (LAFKI)	<p>Memberikan penilaian dan jaminan terhadap fasilitas kesehatan di Indonesia dengan tujuan peningkatan mutu dan keselamatan pasien kusta dalam program penanggulangan kusta menuju Indonesia Sehat melalui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Membina dan membantu fasilitas kesehatan untuk menerapkan standar mutu pelayanan dan fasilitas dalam memberikan pelayanan kesehatan demi menjaga keselamatan pasien kusta. Membantu pemerintah mencapai tujuan kesehatan nasional dalam program-program penanggulangan kusta. Memberikan informasi kepada masyarakat dan pengguna jasa lainnya tentang kualitas dan kemampuan fasilitas kesehatan khususnya pelayanan primer dan pelayanan rujukan pasien kusta yang memadai
Asosiasi profesi (Perdoski, Perdosri, Perdossi, IDI, PDUI, PERSI, IAI, IBI, PPNI, PDSKJI, HIMPSI)	Mendukung proses penguatan dan pengembangan kapasitas SDM tenaga kesehatan dan kader kesehatan, baik dari segi kebijakan penatalaksanaan, bimbingan teknis dan teknis implementasi, sehingga pemerintah secara berjenjang, dapat menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu dalam program eliminasi kusta
Organisasi OYPMK	Memberdayakan dan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam kegiatan penanggulangan kusta dalam bentuk keikutsertaan sebagai kader; menjadi pengawas minum obat; keikutsertaan dalam kegiatan promosi kesehatan dan deteksi dini penderita kusta; serta partisipasi dan dukungan lainnya.
KND (Komisi Nasional Disabilitas)	Melaksanakan pemantauan, evaluasi, dan advokasi pelaksanaan penghormatan, pelindungan, dan pemenuhan hak Penyandang Disabilitas
NGO nasional - lokal	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan koordinasi, integrasi, dan kolaborasi dengan pemerintah dan swasta dalam upaya penanggulangan kusta melalui program-program eliminasi kusta seperti deteksi dini, penemuan kasus, surveilans, pencegahan, pengobatan kusta, pelatihan, sosialisasi penelitian dan pengembangan. Mendorong upaya pengembangan dan pembangunan kehidupan pasien kusta, OYPMK dan disabilitas melalui pelatihan, penyediaan lapangan pekerjaan, dan perawatan diri.
PKK tingkat nasional-daerah (desa/kelurahan)	Melakukan penyuluhan, menggerakkan masyarakat untuk deteksi kusta, melawan stigma serta melakukan pendataan sederhana di setiap kelompok Dasa Wisma
Pemerintah Daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota)	<p>Provinsi</p> <ul style="list-style-type: none"> Membuat dan melaksanakan kebijakan penanggulangan kusta di wilayah daerah provinsi sesuai kebijakan nasional;

Tabel 6. Peran Lintas Sektor dalam Penanggulangan Kusta di Indonesia (lanjutan)

Kementerian/Lembaga	Peran
	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan kerja sama dan membentuk jejaring kerja dengan pemangku kepentingan terkait; • Melakukan bimbingan teknis dan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program penanggulangan kusta kepada kabupaten/kota melalui Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, Puskesmas, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya; • Menyediakan sumber daya yang diperlukan; • Menyediakan dan mengembangkan media komunikasi, informasi, dan edukasi program penanggulangan kusta; • Meningkatkan koordinasi lintas program dan lintas sektor di tingkat daerah provinsi; • Melaksanakan advokasi dan sosialisasi program penanggulangan kusta kepada para pemangku kepentingan di daerah kabupaten/kota dan lintas sektor terkait; • Meningkatkan kemampuan teknis sumber daya manusia; dan • Melakukan penelitian dan pengembangan <p>Kabupaten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membuat dan melaksanakan kebijakan penanggulangan kusta di wilayah daerah kabupaten/kota sesuai kebijakan nasional dan kebijakan daerah provinsi; • Meningkatkan kemampuan tenaga Puskesmas, Rumah Sakit, klinik, dan kader; • Menyediakan sumber daya yang diperlukan; • Menyediakan dan mengembangkan media komunikasi, informasi, dan edukasi program penanggulangan kusta; • Melaksanakan advokasi dan sosialisasi program penanggulangan kusta kepada para pemangku kepentingan dan lintas sektor terkait; dan • Melakukan bimbingan teknis, pemantauan, dan evaluasi pelaksanaan penanggulangan kusta kepada Puskesmas.
Perangkat kecamatan/desa	Memberikan dukungan, koordinasi, integrasi, dan kolaborasi dengan Puskesmas dan organisasi masyarakat desa untuk penanggulangan kusta seperti deteksi dini penderita kusta, pembentukan kader kesehatan, membentuk kelompok sebaya di desa bagi pasien kusta dan OYPMK, pembentukan kelompok perawatan diri di desa, dan berpartisipasi dalam sosialisasi penyakit kusta bagi masyarakat desa.
Organisasi masyarakat di desa (desa wisma, organisasi OYPMK, organisasi / orang dengan disabilitas)	Turut berpartisipasi meningkatkan peran masyarakat desa dalam kegiatan penanggulangan kusta bekerjasama dengan faskes desa seperti puskesmas dan posbindu dalam bentuk keikutsertaan sebagai kader kesehatan; menjadi pengawas minum obat; keikutsertaan dalam kegiatan promosi kesehatan dan deteksi dini penderita kusta; serta partisipasi dan dukungan bagi pasien kusta dan OYPMK yang mengalami disabilitas juga keterlibatan dalam program desa sahabat kusta
Tokoh dan lembaga adat di desa	Menjaring aspirasi masyarakat adat dan ikut merumuskan kebijakan P2 kusta di wilayah masing-masing
Industri dan Swasta	Memberi dukungan bagi pasien kusta, OYPMK dan disabilitas dengan membuka lapangan pekerjaan di bidang industri dan swasta, memberikan pelatihan, dan sosialisasi kepada sesama staf lain di tempat kerja mengenai kusta dan stigma.
Media	Memberi dukungan terhadap pelaksanaan strategi sosialisasi berskala nasional secara berjenjang dari tingkat pusat sampai daerah dalam upaya percepatan keberhasilan advokasi dan edukasi kepada masyarakat untuk keberhasilan eliminasi kusta.



Kusta dapat disembuhkan dengan obat MDT dengan durasi
sesuai dengan jenis kustanya.



NLR Indonesia



LAMPIRAN

Sumber foto: NLR Indonesia

LAMPIRAN

Lampiran 1. Sejarah Singkat Kusta di Indonesia

Tonggak sejarah program kusta di Indonesia dimulai pada tahun 1655, ketika Pemerintah Hindia Belanda (PHB) mendirikan *leprozerie* atau leprosarium di Kepulauan Seribu sebagai tempat penampungan pasien kusta. Tahun 1865, PHB menerbitkan surat keputusan yang menyatakan bahwa pasien kusta tidak dianggap menular, sehingga pasien kusta diberi kebebasan untuk tetap tinggal di leprosarium atau meninggalkannya. Tahun 1897, Kongres Lepra pertama di Berlin memutuskan untuk kembali memberlakukan pengasingan secara paksa di Indonesia. Merespons kondisi tersebut, PHB kembali membangun leprosarium. Baru pada tahun 1932, peraturan pengasingan paksa dihapus oleh Dr. J. B Sitanala, yang saat itu menjabat sebagai Kepala Dinas Pemberantasan Kusta. Kebijakan tersebut dikenal dengan sistem tiga langkah, yaitu eksplorasi (yang menjadi awal dari surveilans kusta), pengobatan, dan pemisahan.

Pada periode tahun 1951-1960, dari sekitar 80 ribu penduduk Indonesia menderita kusta, hanya lima ribu penderita yang tercatat dan dirawat di rumah sakit. Untuk mengatasi leprofobia sekaligus memberantas kusta, pemerintah Indonesia membangun 52 rumah sakit dan kampung kusta untuk perawatan. Lembaga kusta Kementerian Kesehatan mulai melakukan penelitian, upaya koordinasi, serta mencari cara pemberantasan yang tepat. Lembaga kusta meliputi laboratorium, klinik, poliklinik (Leproseri Tangerang dan Lenteng Agung), serta pusat epidemiologi di Desa Wates, Bekasi. Selama periode ini, wilayah Jawa Tengah merupakan satu satunya provinsi yang telah memiliki Dinas Pemberantasan kusta dengan dua dokter yang berkantor di Semarang. Pada tahun 1952-1957, berdiri Lembaga Kusta Indonesia yang berfungsi sebagai pusat latihan untuk petugas kusta.

Tabel 7. Sejarah Program Kusta di Indonesia

Tahun	Peristiwa
1655	Pendirian <i>Leprozerie</i>
1865	Kebijakan kusta tidak dianggap menular
1897	Kongres pertama Lepra di Berlin
1932	Kebijakan sistem tiga langkah di Indonesia
1946	Dimulainya penggunaan DDS monoterapi kusta (pengobatan seumur hidup)
1951-1960	Kasus kusta meningkat di Indonesia
1952-1957	Berdirinya Lembaga Kusta Indonesia
1969	Integrasi program Kusta ke Puskesmas
1975	Peresmian Pusat Latihan Kusta Nasional
1982	Inisiasi MDT di Indonesia
1988	Pekan Olahraga Penyandang Kusta
2000	Indonesia mencapai eliminasi kusta di tingkat nasional (dengan kriteria prevalensi <1/10.000)
2006	Kebijakan Pembentukan Kelompok Perawatan Diri
2007	Terbentuknya Perhimpunan Mandiri Kusta
2015	Gerakan Penghapusan Stigma Kusta (resolusi Jakarta)
2019	Terbitnya Permenkes no. 11 tahun 2019 tentang Penanggulangan Kusta, dengan kemoprofilaksis sebagai salah satu strategi penatalaksanaan kusta

Pada periode 1961-1970, terdapat beberapa kemajuan dalam program kusta. Daerah pemberantasan kusta sudah mencakup 83% dari jumlah kabupaten di Indonesia. Kegiatan penemuan kasus baru mencapai 80%, atau sekitar 40.245 pasien. Pada tahun 1969, program pemberantasan kusta mulai diintegrasikan di Puskesmas, mengikuti cara di Eropa. Satu tahun kemudian (1970), PHB menerapkan peraturan serupa pada daerah konsolidasinya. Pusat Latihan Kusta Nasional di Kota Ujung Pandang diresmikan pada tahun 1975 dan pada tahun 1982, terapi MDT kusta mulai diadopsi di Indonesia, menggantikan penggunaan dapsone. Pada tahun 1988, pekan olah raga penyandang kusta pertama kali digelar.

Setelah tahun 2000, Departemen Kesehatan mengeluarkan dokumen pedoman pembentukan kelompok perawatan diri (KPD) sebagai bagian dari program penanggulangan kusta (2006). Satu tahun kemudian (2007), OYPMK membentuk lembaga Perhimpunan Mandiri Kusta atau dikenal dengan PerMaTa. Resolusi Jakarta dicanangkan pada perayaan hari kusta internasional tahun 2015. Resolusi Jakarta memuat tiga pendekatan, yaitu: 1) dengan memahami, maka masyarakat berani bergaul dengan OYPMK; 2) dengan memahami, keluarga dan tokoh masyarakat dapat peduli untuk mengajak penderita kusta ke puskesmas; 3) dengan memahami, maka tenaga kesehatan akan melayani semua pasien tanpa diskriminatif.

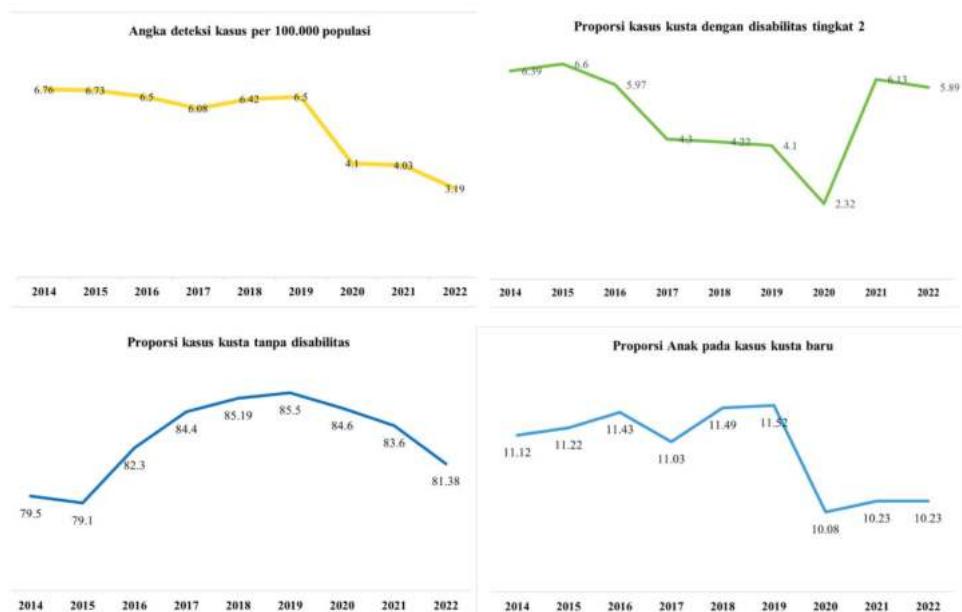
Pada tahun 2019, pemerintah pusat menetapkan target eliminasi kusta melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11/19 tentang Penanggulangan Kusta yang bertujuan untuk mencapai eliminasi kusta tingkat provinsi pada tahun 2019 dan tingkat kabupaten/kota pada tahun 2024. Indikator pencapaian target eliminasi kusta berupa angka prevalensi $<1/10.000$ (kurang dari satu per sepuluh ribu) penduduk. Strategi eliminasi kusta meliputi penguatan advokasi dan koordinasi lintas program dan lintas sektor; penguatan peran serta masyarakat dan organisasi kemasyarakatan; penyediaan sumber daya yang mencukupi dalam penanggulangan kusta; dan penguatan sistem surveilans serta pemantauan dan evaluasi kegiatan penanggulangan kusta.

Lampiran 2. Analisis Situasi Kusta

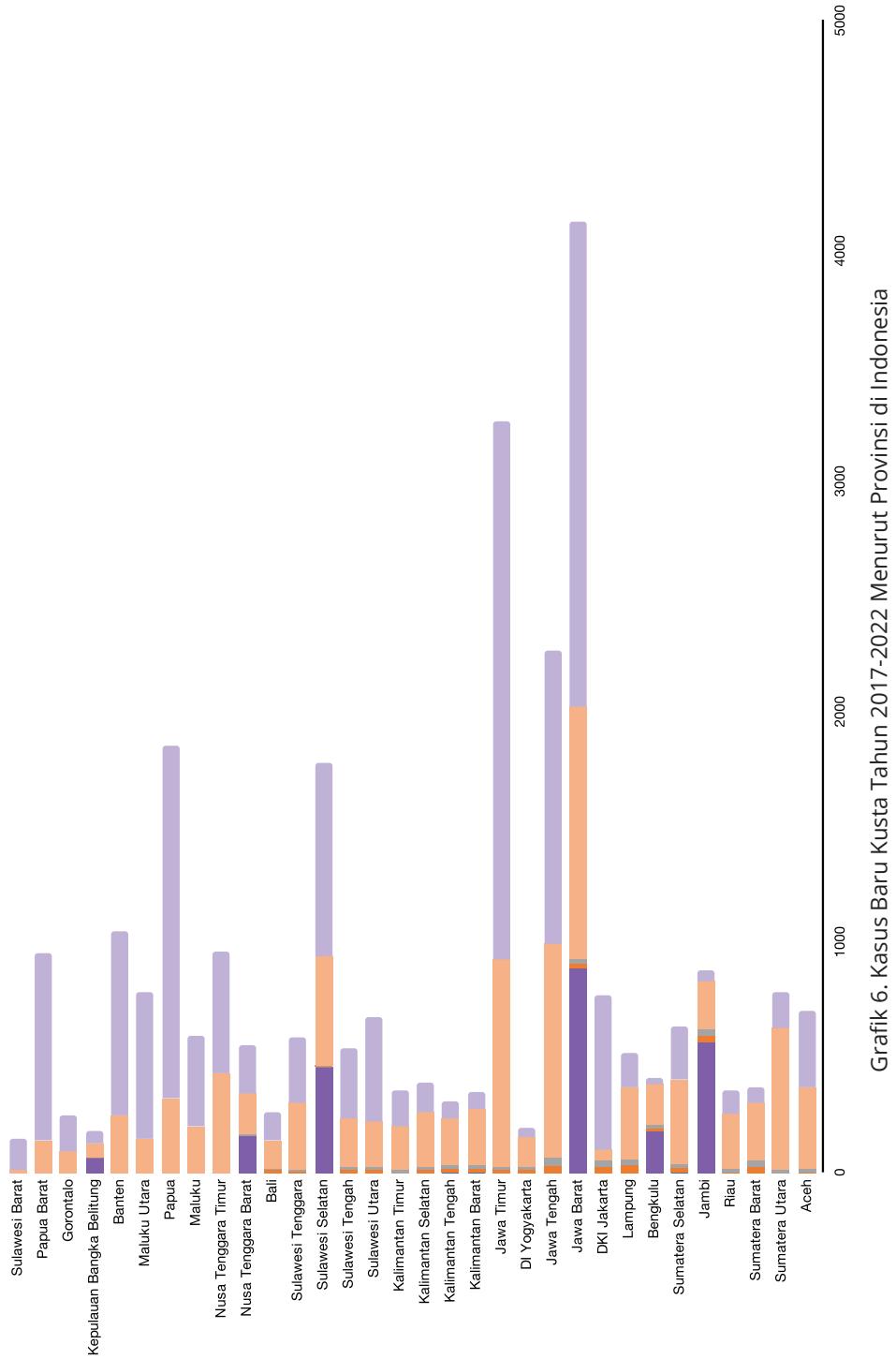
Epidemiologi

Selama beberapa tahun terakhir, angka kasus baru kusta di Indonesia berkisar antara 16.000-17.000 per tahun tanpa adanya penurunan yang signifikan. Pada tahun 2022, jumlah kasus baru yang terlaporkan sampai trimester 3 mencapai 15.298 dengan dominasi kasus MB sebesar hampir 90%, proporsi kasus anak 10.23% dan kasus disabilitas tingkat 2 5.9%. Tingginya proporsi kasus MB, kasus pada anak dan kasus dengan disabilitas tingkat 2 menunjukkan masih berlangsungnya transmisi yang tinggi oleh karena keterlambatan dalam penemuan kasus dan pengobatan kusta di masyarakat (Gunawan *et al.*, 2021).

Pandemi COVID-19 yang terjadi sejak awal 2020 sangat mempengaruhi pelaksanaan program kusta terutama aspek penemuan kasus aktif. Hal ini disebabkan oleh menurunnya intensitas kegiatan operasional di lapangan akibat pembatasan mobilitas dan juga banyaknya petugas kesehatan yang terkena COVID-19. Selain itu juga terjadi pengalihan anggaran dan mobilisasi sumber daya termasuk SDM. Akibatnya, angka deteksi kasus kusta menurun drastis pada tahun 2020 sampai 2022. Proporsi kasus anak dan disabilitas tingkat 2 mengalami peningkatan di tahun 2021 (Grafik 5).



Grafik 5. Tren Pencapaian Indikator Kusta di Indonesia Tahun 2014-2022



Lampiran

Grafik 6. Kasus Baru Kusta Tahun 2017-2022 Menurut Provinsi di Indonesia

Selama enam tahun terakhir (2017-2022), 34 provinsi di Indonesia melaporkan kasus kusta (Grafik 6). Studi di lima daerah endemik kusta di Indonesia melaporkan bahwa usia rata-rata penderita kusta di Indonesia adalah 42,5 tahun. Berdasarkan jenis kelamin, kasus baru kusta di Indonesia lebih banyak pada laki-laki yaitu 12.270 kasus dibandingkan dengan perempuan 3.028 kasus (Kemenkes, 2022a). Proporsi penderita kusta wanita mencapai 34,52% dan proporsi disabilitas tingkat 2 pada wanita sebesar 4.10%. Rasio penderita kusta laki-laki dibandingkan perempuan umumnya adalah 4 : 1. Hal ini dikarenakan perbedaan perilaku sosiokultural dan gaya hidup antara laki-laki dan perempuan. Laki-laki cenderung lebih terpapar pada risiko infeksi yang lebih besar karena lebih sering aktivitas di luar rumah. Sebagian besar penderita kusta juga memiliki pendidikan rendah, yaitu sebanyak 48% tidak berpendidikan (Menaldi *et al.*, 2022). Penularan kusta juga sangat dipengaruhi oleh kondisi tempat tinggal yang menentukan intensitas kontak dengan individu lain. Kontak terdekat dengan kasus indeks khususnya kontak serumah, memiliki risiko paling tinggi untuk tertular. Penderita kusta sering ditemukan mengelompok secara spasial di suatu wilayah termasuk rumah tangga.

Kusta sebagai penyakit menular yang menyerang sistem imun juga berisiko menyebabkan reaksi. Reaksi kusta merupakan suatu episode akut pada perjalanan penyakit yang kronis, yang dibagi dua tipe berdasarkan reaksi imunologiknya, yaitu reaksi tipe 1 atau disebut juga reaksi reversal, dan tipe 2 yang disebut sebagai reaksi ENL (*Eritema Nodosum Leprosum*). Reaksi kusta dapat terjadi sebelum, selama dan sesudah pengobatan dan jika tidak tertangani dapat meningkatkan risiko terjadinya disabilitas.

Disabilitas merupakan salah satu komplikasi permanen pada kusta. Penderita kusta cenderung memiliki derajat disabilitas fisik progresif dengan probabilitas 35% (Kemenkes 2018; WHO, 2020b; dos Santos, 2020). Disabilitas akibat kusta menyebabkan keterbatasan aktivitas dan partisipasi dalam kegiatan sosial. Per tahun 2022, proporsi kasus kusta baru dengan disabilitas tingkat 2 sebesar 5.89% (Kemenkes, 2022a). Risiko disabilitas ini tidak hanya terjadi sebelum atau sesudah pengobatan, namun juga setelah pengobatan.

Selain adanya risiko kejadian reaksi, sebagian dari penderita kusta juga berisiko untuk mengalami alergi dapsona yang merupakan regi. *Dapsone hypersensitivity syndrome* (DHS) adalah reaksi obat idiosinkrasi yang dapat menyebabkan disfungsi organ dan umumnya muncul 4 sampai 6 minggu setelah inisiasi terapi. Studi terbaru di Papua menunjukkan tingkat kejadian DHS pada pasien kusta sebesar 11%. Namun, keterlibatan petugas kusta atau dokter kulit dan pasien yang menjalani perawatan dan pasien yang telah *release from treatment* (RFT) masih terbatas, sehingga meningkatkan kemungkinan komplikasi kusta. Kondisi ini semakin memburuk selama pandemi COVID-19 (Krismawati *et al.*, 2022).

Program Eliminasi Kusta di Indonesia

Pelayanan kusta di Indonesia berpedoman pada Pedoman Penanggulangan Kusta tahun 2019. Program eliminasi kusta di Indonesia meliputi promosi, surveilans, kemoprofilaksis dan tatalaksana. Upaya promosi kesehatan dimaksudkan untuk memberikan informasi bagi masyarakat tentang tanda dan gejala dini kusta serta teknis penanggulangan kusta; mempengaruhi individu, keluarga dan masyarakat untuk menghapus stigma dan menghilangkan diskriminasi penderita kusta dan OYPMK; mempengaruhi pemangku kepentingan untuk dukungan kebijakan penanggulangan kusta, khususnya penghapusan stigma dan diskriminasi serta pembiayaan dan membantu individu, keluarga dan masyarakat agar berperan aktif dalam penemuan dan tatalaksana penderita kusta, pelaksanaan kemoprofilaksis dan kegiatan penelitian dan pengembangan.

Kegiatan surveilans dimaksudkan untuk penemuan penderita kusta dan penanganan secara dini dilakukan melalui penemuan penderita kusta secara aktif dan pasif. Penemuan kasus kusta secara aktif dilakukan tenaga kesehatan dan masyarakat melalui: 1) pemeriksaan kontak pada penderita kusta baru dan pasca RFT dilakukan sekali setahun selama 5 tahun pada kontak serumah, tetangga, dan sosial; 2) *Rapid Village Survey* (RVS) atau survei cepat desa intensifikasi penemuan penderita kusta dilakukan di desa yang memiliki kasus atau riwayat kasus Kusta untuk mencari suspek minimum 10% dari populasi desa tersebut; 3) kegiatan partisipasi masyarakat dalam penanggulangan kusta melalui Desa Sahabat Kusta, Cinta Keluarga, Kelompok Sobat Kusta yang berbasis masyarakat. Sedangkan penemuan penderita kusta secara pasif dilaksanakan dengan cara menerima data dari fasilitas pelayanan kesehatan, masyarakat, dan sumber data lainnya. Surveilans secara pasif dilakukan berdasarkan kedatangan penderita kusta ke Puskesmas/sarana kesehatan lainnya atas kemauan sendiri karena mengenali tanda Kusta atau datang untuk konsultasi permasalahan kesehatan lainnya

Kemoprofilaksis dilakukan melalui pemberian obat pencegahan yaitu SDR-PEP kepada kontak. Kegiatan ini dilaksanakan oleh pemerintah kabupaten kota setempat dengan menggunakan metode yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi daerah sasaran. Metode yang digunakan meliputi pendekatan kontak, blanket dan partisipasi masyarakat.

Adapun kegiatan tatalaksana dilakukan melalui penegakan diagnosis; pemberian obat dan pemantauan obat; pencegahan dan penanganan disabilitas di puskesmas dan layanan rujukan. Berdasarkan Kepmenkes Nomor 308 Tahun 2019 tentang PNPK Kusta, penegakan diagnosis kusta ditetapkan berdasarkan satu dari tiga tanda kardinal kusta yaitu: 1) kelainan kulit atau lesi yang khas kusta, dapat berbentuk hipopigmentasi atau

eritema yang mati rasa (anestesi) dengan melakukan pemeriksaan gangguan sensibilitas pada lesi kulit dengan menggunakan usapan ujung kapas pada lesi; 2) penebalan saraf perifer disertai dengan gangguan fungsi saraf akibat peradangan (neuritis) kronis yang dapat menimbulkan gangguan antara lain: a) gangguan fungsi sensoris: anestesi; b) gangguan fungsi motoris: paresis atau paralisis otot; c) gangguan fungsi otonom: kulit kering atau anhidrosis dan terdapat fisura; 3) adanya basil tahan asam (BTA) pada kerokan jaringan kulit (*slit skin smear*).

Pemberian obat pada pasien kusta dengan *Multi Drug Therapy* (MDT) yaitu kombinasi dua atau lebih obat anti kusta, salah satunya rifampisin sebagai anti kusta yang bersifat bakterisidal kuat sedangkan obat anti kusta lain bersifat bakteriostatik. Obat MDT tersedia dalam bentuk blister untuk pasien dewasa dan anak berusia 10-14 tahun. Kelompok orang yang membutuhkan MDT antara lain: 1) Pasien yang baru didiagnosis kusta dan belum pernah mendapat MDT; 2) Pasien ulangan, yaitu pasien yang mengalami hal-hal di bawah ini: a) relaps; b) masuk kembali setelah putus obat/default (dapat pada pasien pausibasiler (PB) maupun multibasiler (MB); c) pindah berobat (pindah masuk); d) ganti klasifikasi/tipe. Pemantauan pengobatan pada pasien kusta dapat dilakukan dengan pedoman praktis untuk dosis MDT sebagai berikut:

Tabel 8. Dosis MDT pada pasien kusta tipe PB

Jenis Obat	10-<15 tahun (Anak)	≥ 15 tahun (Dewasa)	Keterangan
Rifampisin	450 mg/bln	600 mg/bln	Minum di depan petugas
Dapson (DDS)	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di depan petugas
	50 mg/hari	100 mg/hari	Minum di rumah

* Sesuaikan dosis bagi anak dengan usia yang lebih kecil dari 10 tahun. Misalnya, dapson 25mg/hari dan rifampisin 300 mg/bulan (diawasi).

Tabel 9. Dosis MDT pada pasien kusta tipe MB

Jenis Obat	10-<15 tahun (Anak)	≥ 15 tahun (Dewasa)	Keterangan
Rifampisin	450 mg/bln	600 mg/bln	Minum di depan petugas
Dapson (DDS)	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di depan petugas
	50 mg/hari	100 mg/bln	Minum di rumah
Klofazimin	150 mg/bln	300 mg/bln	Minum di depan petugas
	50 mg setiap 2 hari	50 mg/hari	Minum dirumah

* Sesuaikan dosis bagi anak dengan usia yang lebih kecil dari 10 tahun. Misalnya, dapson 25mg/hari dan rifampisin 300 mg/bulan (diawasi).

Setelah pasien menyelesaikan pengobatan MDT, kadangkala dapat terjadi reaksi kusta (baik tipe 1 atau tipe 2) dengan atau tanpa neuritis. Pasien dengan kondisi ini harus diobati dengan kortikosteroid oral. Sementara itu kortikosteroid diketahui dapat mempercepat multiplikasi organisme yang terletak di fokus dorman dan mungkin menyebabkan reaktivasi diseminata atau relaps. Namun, terjadinya risiko relaps pada pasien sangat kecil. Oleh karena itu, direkomendasikan pemberian klofazimin 50 mg per hari sebagai profilaksis, jika durasi pemberian kortikosteroid diperkirakan melebihi 4 - 44 - minggu. Pemberian klofazimin tetap dilanjutkan hingga terapi kortikosteroid dihentikan.

Penanganan dan pencegahan disabilitas pada pasien kusta di puskesmas dan layanan rujukan dapat diawali dengan penilaian keterbatasan fungsional dan disabilitas pada pasien kusta sesuai tatalaksana kedokteran fisik dan rehabilitasi yang dilakukan melalui asesmen oleh dokter SpKFR (Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi) secara komprehensif dengan menegakkan diagnosis fungsional berdasarkan ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*). Selain itu diperlukan pemeriksaan penunjang yang seperti USG musculoskeletal, laboratorium, EMG, dan permintaan radiologi. Tujuan tatalaksana Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi ialah agar penderita kusta dapat kembali ke masyarakat sebagai manusia yang produktif dan berguna, melalui layanan rehabilitasi medik berupa terapi fisik, terapi okupasi, pemberian ortosis dan prosthesis, perawatan luka, supporting psikologis melalui peresepan latihan yang sesuai.

Program eliminasi kusta di Indonesia menghadapi permasalahan berikut: penemuan kasus yang masih cenderung pasif; cakupan survei kontak dan kemoprofilaksis yang belum optimal; ketersediaan SDR-PEP belum memadai; angka putus obat tinggi; keterbatasan dosis untuk kusta anak; pemantauan pasca RFT belum berjalan optimal, media informasi kusta kurang menarik dan penyebarannya kurang masif. Adapun dari sisi pelayanan, terdapat beberapa permasalahan seperti kapasitas tenaga kesehatan untuk diagnosis dan penatalaksanaan masih rendah, penanganan reaksi belum optimal; layanan rehabilitasi belum merata; rujukan balik dari RS belum berjalan optimal; uji resistensi obat terkendala biaya dan masih terbatas. Pelayanan kusta juga masih berfokus pada kasus baru, dan perhatian untuk layanan rehabilitasi bagi kasus dengan disabilitas masih rendah.

Walaupun pelayanan kusta telah diintegrasikan dalam sistem pelayanan kesehatan umum, namun adanya stigma pada masyarakat dan tenaga kesehatan masih menghambat penyediaan layanan kesehatan yang tidak diskriminatif terhadap pasien kusta. Selain itu kondisi sosial demografi, geografis dan kapasitas pelayanan kesehatan yang tidak merata juga masih menjadi masalah di Indonesia. Permasalahan program eliminasi kusta di Indonesia masih sangat didasari masalah sistem kesehatan seperti keterlambatan deteksi

kasus yang dipersulit keadaan geografis, keterbatasan dana dan logistik, manajemen pelayanan, kapasitas dan kesiapan sistem kesehatan akibat kekurangan tenaga kesehatan terlatih, ketersediaan pemeriksaan penunjang untuk evaluasi pengobatan tidak memadai, dan kurangnya pusat rujukan kusta masih belum teratasi.

Stigma

Perilaku masyarakat memiliki implikasi pada keberhasilan pengendalian kusta. Ketidaktahuan dan kurangnya kesadaran tentang kusta dan stigmatisasi dapat menghambat perawatan kusta (Zhang *et al*, 2009). Hasil analisis situasi menunjukkan di masyarakat masih terdapat stigma kusta dan stigma terhadap orang yang pernah mengalami kusta atau OYPMK. Sumber stigma berasal dari tenaga kesehatan yang cukup tinggi dan stigma diri (*self stigma*) dari OYPMK itu sendiri. Kondisi ini berdampak pada angka putus obat bertambah karena pasien takut berobat, kurangnya keterlibatan dan peran serta OYPMK dalam promosi kusta. Tingginya stigma dan diskriminasi terhadap kusta dan OYPMK karena rendahnya literasi menyebabkan petugas kusta sering mendapat penolakan dari masyarakat.

Stigma dan diskriminasi dalam waktu lama juga menyebabkan gangguan mental seperti depresi dan kecemasan pada OYPMK. Walaupun sudah ada program integrasi skrining kesehatan jiwa di fasilitas yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan oleh pemerintah tetapi upaya ini belum menjangkau OYPMK secara terpadu. Padahal stigma dapat merusak kualitas hidup dan partisipasi sosial meningkatkan tekanan mental, depresi dan ketakutan.

Di Indonesia, sekitar 36% mengalami stigma (Van Brakel *et al.*, 2012). Di sisi lain, ketika deformitas menyebabkan gangguan fungsional penderita kusta, mengakibatkan kesehatan mental menurun bahkan berakibat tindakan percobaan bunuh diri. Lebih lanjut kusta juga meningkatkan diskriminasi di masyarakat. Kusta tidak hanya mempengaruhi kehidupan penderita, tetapi juga kehidupan kontak langsung mereka, seperti anggota keluarga, teman dan orang-orang di komunitas mereka (Somar *et al.*, 2020).

Stigma terkait kusta juga dapat menjadi faktor yang mempersulit pelacakan kontak dan intervensi SDR-PEP. Penolakan untuk ikut serta dalam intervensi SDR-PEP dapat dipicu oleh stigma dan kesalahpahaman tentang kusta dan/atau SDR-PEP. Akibatnya karena tingginya tingkat stigma terkait kusta, beberapa program hanya mencakup kontak serumah. Pasien kusta biasanya lebih bersedia untuk mengungkapkan status penyakitnya kepada kontak serumahnya (untuk memfasilitasi skrining dan pengobatan pencegahan)

dibandingkan dengan tetangga atau lingkungan sekitarnya. Namun, intervensi pada kontak rumah tangga mengurangi dampak SDR-PEP, terutama di daerah endemik tinggi, karena mengurangi cakupan dan anggota rumah tangga kurang mendapat manfaat dari SDR-PEP. Selain itu, stigma yang dirasakan menyebabkan pasien menolak memberikan izin untuk berkomunikasi dengan kontak (Marpaung *et al.*, 2022).

Permasalahan lainnya adalah faktor budaya yang mempengaruhi pola pencarian pengobatan untuk gejala kusta. Orang tua cenderung tidak mencari pengobatan kusta apabila ada anggota keluarga berjenis kelamin laki-laki terutama anak-anak dibandingkan dengan perempuan.

Kebijakan dan Regulasi

Upaya eliminasi kusta perlu pemahaman menyeluruh tentang struktur dan organisasi sistem kesehatan, termasuk tingkat desentralisasi dan integrasi program. Secara khusus tentang cara penemuan kasus, skrining kontak rutin, tatalaksana dan promosi kesehatan yang secara rutin dilakukan. Informasi ini penting untuk menentukan bagaimana pendekatan SDR-PEP akan dikomunikasikan, diatur dan diimplementasikan di berbagai tingkat pemerintahan.

Kebijakan dan regulasi kusta di Indonesia sejalan dengan *Global NTD roadmap 2021-2030* dan *Global Leprosy Strategy 2021-2030*. Di tingkat nasional, selain telah mengimplementasikan Permenkes No 11 tahun 2019 tentang penanganan kusta, terdapat juga beberapa regulasi lainnya seperti:

1. Rencana Aksi Program 2020-2024 dalam upaya peningkatan pengendalian penyakit tropis terabaikan melalui pencegahan dan pengendalian faktor risiko penyakit termasuk perluasan cakupan deteksi dini, penguatan surveilans *real time*, peningkatan kapasitas untuk pencegahan, deteksi, dan respons cepat terhadap ancaman penyakit, peningkatan cakupan penemuan kasus dan pengobatan serta penguatan tatalaksana penanganan penyakit dan cedera; pengendalian resistensi antimikroba, pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian penyakit dan penguatan sanitasi total berbasis masyarakat.
2. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 13 Tahun 2022. Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Pengendalian kusta tidak termasuk indikator sasaran strategis Kementerian Kesehatan. Akan tetapi termasuk dalam indikator pengendalian penyakit tropis terabaikan. Ketentuan ini merupakan bagian dari program pencegahan dan pengendalian penyakit, dengan indikator proporsi kasus kusta baru tanpa cacat.

3. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/308/2019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Kusta. Kebijakan tersebut mengatur pemberian rekomendasi bagi rumah sakit/pembuat keputusan klinis untuk menyusun protokol setempat atau Panduan Praktik Klinis (PPK) yang mengacu pada Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) Tata Laksana Kusta; peningkatkan angka notifikasi pasien kusta; pencegahan resistensi obat; dan penurunkan morbiditas dan disabilitas/kecacatan akibat kusta.

Di tingkat daerah, beberapa provinsi sudah memiliki kebijakan berupa Rencana Aksi Daerah atau RAD. Namun, kebijakan dan regulasi di atas tidak serta merta menyelesaikan masalah di lapangan. Kusta masih menjadi masalah di Indonesia dikarenakan tidak tersedia dokumen Rencana Aksi Nasional atau RAN yang sistematis dan terukur. Kondisi ini menyebabkan prioritas kusta dalam agenda kesehatan menjadi terabaikan yang berdampak pada dukungan lintas sektor dan alokasi sumber daya yang terbatas.

Selain itu, masih terdapat kesulitan mengidentifikasi dan memanfaatkan sinergi antar program pengendalian penyakit melalui pendekatan yang lebih holistik, dan berpusat pada masyarakat dalam konteks jaminan kesehatan semesta.

Kepemimpinan dan Tata Kelola

Pelaksanaan upaya pengendalian Kusta di Indonesia melibatkan pemangku kepentingan mulai dari pusat sampai ke daerah. Sesuai dengan Permenkes No 11 tahun 2019, pemerintah pusat bertanggung jawab atas menetapkan kebijakan penanggulangan kusta; menjamin ketersediaan sumber daya yang diperlukan; melakukan kerja sama dan membentuk jejaring kerja dengan pemangku kepentingan terkait; melakukan advokasi dan kerja sama antar lintas program dan lintas sektor; menyusun materi dalam media komunikasi, informasi, dan edukasi program penanggulangan kusta dan mendistribusikan ke daerah; meningkatkan kemampuan teknis sumber daya manusia; melakukan pemantauan dan evaluasi; dan melakukan penelitian dan pengembangan.

Pemerintah provinsi bertanggung jawab untuk membuat dan melaksanakan kebijakan penanggulangan kusta di wilayah daerah provinsi sesuai kebijakan nasional; melakukan kerja sama dan membentuk jejaring kerja dengan pemangku kepentingan terkait; melakukan bimbingan teknis dan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program penanggulangan kusta kepada kabupaten/kota melalui Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, Puskesmas, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya; menyediakan sumber daya yang

diperlukan; menyediakan dan mengembangkan media komunikasi, informasi, dan edukasi program penanggulangan kusta; meningkatkan koordinasi lintas program dan lintas sektor di tingkat daerah provinsi; melaksanakan advokasi dan sosialisasi program penanggulangan kusta kepada para pemangku kepentingan di daerah kabupaten/kota dan lintas sektor terkait; meningkatkan kemampuan teknis sumber daya manusia; dan melakukan penelitian dan pengembangan. Sedangkan pemerintah kabupaten/kota bertanggung jawab dalam urusan membuat dan melaksanakan kebijakan penanggulangan kusta di wilayah daerah kabupaten/kota sesuai kebijakan nasional dan kebijakan daerah provinsi; meningkatkan kemampuan tenaga Puskesmas, Rumah Sakit, klinik, dan kader; menyediakan sumber daya yang diperlukan; menyediakan dan mengembangkan media komunikasi, informasi, dan edukasi program penanggulangan kusta; melaksanakan advokasi dan sosialisasi program penanggulangan kusta kepada para pemangku kepentingan dan lintas sektor terkait; dan melakukan bimbingan teknis, pemantauan, dan evaluasi pelaksanaan penanggulangan kusta kepada Puskesmas.

Meskipun demikian, upaya penanggulangan kusta nasional sangat dipengaruhi oleh sistem kesehatan yang terdesentralisasi. Kondisi epidemiologi antar daerah yang bervariasi menyebabkan pengendalian kusta tidak hanya berfokus pada aspek medis tetapi juga kebijakan dan *political will* pemerintah daerah. Tantangan tersebut tercemin dari dukungan dan komitmen pemerintah daerah untuk alokasi sumber daya sehingga kegiatan pengendalian dapat berkelanjutan, terutama di daerah endemis. Secara umum, meskipun sudah ada kegiatan penjangkauan kasus kusta, tetapi kegiatan tersebut belum terintegrasi dengan penyakit lain. Periodisitas dan fokus kegiatan hanya dalam daerah endemis dengan intensitas masih bervariasi. Kondisi tersebut dikarenakan ketersediaan sumber daya dan sarana yang tidak memadai seperti tidak adanya petugas dan kondisi wilayah setempat yang sulit dijangkau.

Manajemen Program

Kegiatan program eliminasi kusta di Indonesia sebagian besar dilaksanakan oleh petugas kesehatan yang bertanggung jawab untuk program kusta di puskesmas di bawah naungan dinas kesehatan kabupaten dan provinsi dengan didukung dengan lembaga swadaya masyarakat atau NGO. Peran tenaga medis seperti dokter puskesmas hanya sebatas konfirmasi kasus, sementara penanganan kasus lebih lanjut seperti kasus kusta dengan komplikasi dilakukan di rumah sakit rujukan kusta atau rumah sakit daerah. Selain itu, program kusta di beberapa daerah juga dibantu oleh relawan baik dari NGO, pihak swasta seperti kongregasi misi atau keagamaan. Relawan secara aktif terlibat dalam promosi

kesehatan, identifikasi kasus, pendampingan psikis bagi penderita dan pemantauan kepatuhan pengobatan.

Minimnya kapasitas manajemen program di daerah menyebabkan kurang optimalnya proses pemantauan dan evaluasi secara sistematis. Evaluasi program pengendalian kusta dan kinerja Puskesmas masih belum banyak memberikan input untuk proses perbaikan mutu program. Kondisi ini ditandai dengan persiapan manajemen yang lemah dan kurangnya integrasi layanan yang mempengaruhi kondisi program (Tiwari *et al.*, 2018).

Dari sisi pencatatan dan pelaporan, belum tersedia platform database untuk pengumpulan data kasus kusta secara digital dan dapat dimonitoring. Sistem pencatatan dan pelaporan kusta di Indonesia masih bersifat semi manual. Meskipun telah ada prosedur validasi data secara nasional, namun acapkali data yang dilaporkan masih belum mencerminkan beban kusta yang sesungguhnya. Di samping itu, sistem pencatatan dan pelaporan yang ada belum mengintegrasikan kasus dari pelayanan kesehatan swasta.

Selain itu pandemi COVID-19 juga berdampak pada ketidakuntasan pencapaian indikator program. Meskipun panduan baru pelaksanaan layanan kusta di masa pandemi COVID-19 telah dibagikan melalui platform daring, tetapi pedoman tersebut tidak sempat dipelajari oleh petugas kusta.

SDM Kesehatan

Keberhasilan program eliminasi kusta sangat tergantung pada ketersediaan SDM kesehatan yang terlatih baik dalam aspek manajemen program maupun pelayanan kesehatan. Kemampuan yang harus dimiliki tenaga kesehatan antara lain pelayanan untuk reaksi kusta dan komplikasi, pelayanan rujukan, pengobatan, keberlanjutan pengobatan kusta, pendidikan kesehatan tentang tindakan perawatan diri, pemantauan kecacatan, dan penyediaan dukungan psikologis kepada pasien dan keluarga.

Namun demikian, permasalahan dalam hal jumlah dan kapasitas SDM kesehatan untuk program eliminasi kusta masih dihadapi oleh banyak daerah. Pengetahuan dan keterampilan terutama petugas dan tenaga kesehatan untuk tatalaksana dan pencegahan kusta tidak memadai. Jumlah SDM terlatih untuk program eliminasi kusta masih sangat terbatas, oleh karena masih kurangnya upaya peningkatan kapasitas seperti pelatihan terutama petugas kusta masih kurang baik di Puskesmas maupun di Kabupaten. Oleh karena *turnover* atau mutasi petugas tinggi, seringkali petugas yang sudah terlatih

dipindahkan ke program lain. Selain itu, di banyak daerah, seringkali pengelola program kusta harus membagi waktu dengan program penyakit lain yang masuk prioritas nasional. Kurangnya keterlibatan petugas kesehatan lintas program menyebabkan beban kerja pengelola program kusta di puskesmas menjadi cukup berat. Meskipun beberapa kegiatan dapat melibatkan kader, namun peranan mereka terbatas.

Di samping itu, penyebaran tenaga medis seperti dokter dan dokter spesialis kulit terutama di wilayah endemis belum merata. Cukup banyak dokter yang belum mendapatkan pelatihan mengenai kusta sehingga dapat terjadi keterlambatan pengobatan dan kesalahan diagnosis kusta, terutama di wilayah non endemis dengan mobilitas penduduk yang tinggi.

Tantangan lain adalah pandemi COVID-19. Sebagian besar sumber daya yang tersedia telah dialokasikan untuk COVID-19, termasuk petugas kusta. Beberapa Puskesmas terpaksa ditutup sementara termasuk layanan kustanya.

Obat dan Alat Kesehatan

Salah satu permasalahan obat dan alat kesehatan dalam program eliminasi kusta yang sering terjadi adalah kekosongan stok MDT di daerah. Di Indonesia, MDT masih merupakan obat bantuan dari WHO yang dialokasikan berdasarkan pada pengajuan kebutuhan secara tahunan berdasar permintaan secara, yaitu beban kasus per tahun. Namun karena pelaporan kasus seringkali tidak tepat waktu dan membutuhkan waktu untuk validasi, maka sering terjadi keterlambatan pengiriman obat dan ketidaksesuaian jumlahnya dengan kebutuhan fasilitas kesehatan. Pasokan MDT yang terbatas menyebabkan angka *drop out* atau putus obat yang sangat tinggi yakni mencapai 50% dari seluruh kasus yang dilaporkan. Selain keterbatasan MDT, ketersediaan obat rifampisin untuk kemoprofilaksis juga terbatas sehingga banyak daerah tertunda atau gagal memulai kegiatan kemoprofilaksis.

Masalah lain dalam kaitan alat dan obat kesehatan adalah resistensi obat. Pada kasus yang mengalami relaps, prevalensi resistensi dapson dan rifampisin seringkali lebih tinggi dibandingkan dengan kasus baru. Hasil skrining di Maluku Utara dan Sulawesi Utara menunjukkan resistensi terhadap dapson terjadi sebanyak 0,8% pada kasus baru dan 10% pada kasus relaps, sedangkan resistensi rifampisin terjadi pada 3,3% pada kasus baru dan 20% pada kasus relaps.

Sampai saat ini, surveilans nasional resistensi *M. leprae* terhadap MDT belum sepenuhnya dapat dilaksanakan secara rutin sehingga sulit untuk menyediakan data yang akurat. Laboratorium yang dapat memeriksa resistensi masih terbatas, meskipun sudah terdapat laporan. Namun, tidak cukup untuk mengukur masalah dan menyusun program untuk mengurangi prevalensi dan penyebaran resistensi terhadap MDT.

Surveilans, Pencatatan dan Pelaporan

Tujuan surveilans kusta adalah menyediakan data beban kusta yang berdasarkan pengamatan secara teratur dan terus menerus untuk kepentingan pencegahan dan penanggulangan. Dari pencatatan dan pelaporan kasus baru kusta secara tepat waktu, maka kontak erat dari kasus baru tersebut dapat segera dilacak, dilakukan skrining dan diberikan kemoprofilaksis. Namun demikian, surveilans kusta secara berkesinambungan seringkali terhambat oleh karena kegiatan penemuan kasus aktif belum intensif; survei kontak belum rutin dilakukan dan mobilitas pasien tinggi sehingga sulit dijangkau atau dimonitor. Penemuan kasus belum sepenuhnya terintegrasi di program Puskesmas sehingga banyak kasus yang tidak terdeteksi dalam pelaksanaan program lainnya.

Beberapa masalah pencatatan dan pelaporan kusta antara lain sistem pencatatan kasus masih manual dan tidak *real time*; belum terbangun sistem monitoring/surveilans kasus resistensi obat kusta; sistem informasi kesehatan lemah; belum tersedia mekanisme sistem pelaporan jika pasien berpindah; serta belum adanya sistem pelaporan kusta di rumah sakit dan pelayanan kesehatan swasta. Cepatnya rotasi petugas di Puskesmas dan Dinkes Kabupaten seringkali membuat data tidak terhubung atau dokumen data tidak tersimpan dengan baik. Akibatnya penemuan kasus aktif kurang efektif karena petugas tidak memiliki data untuk menunjuk lokasi berisiko.

Kemitraan

Kemitraan antara pemerintah dengan multipihak dalam program kusta dapat mencakup aspek promosi kesehatan, surveilans dan tatalaksana hingga pencegahan dan penanganan disabilitas. Masalah kemitraan dalam penanganan kusta meliputi kurangnya keterlibatan dari pemangku kepentingan terkait dan peran lintas sektor masih kurang optimal. Pelayanan juga masih dominan untuk kuratif belum mengoptimalkan kerjasama lintas sektor khususnya yang melibatkan pemerintah desa. Belum terjalin kerja sama dengan institusi pendidikan melalui dinas kesehatan setempat, universitas-universitas terkait stigma/sosial, ekonomi, pemberdayaan.

Disabilitas kusta belum sepenuhnya tertangani secara kolaboratif dengan bidang sosial. Saat ini Kemensos memberi dukungan sosial dan masuk dalam ranah disabilitas fisik, berupa rehabilitasi sosial dan penguatan sosial ekonomi. Telah ada kerja sama antara Kementerian Sosial dengan Kementerian Kesehatan dalam penjangkauan penderita disabilitas dengan pendekatan hak azasi manusia untuk mengurangi diskriminasi, sesuai dengan amanat UU No 8 tahun 2017. Orientasi rehabilitas sosial fokus pada upaya inklusif, agar tidak ada yang tertinggal dan bersifat holistik. Tiga pendekatan yang dilakukan yaitu berbasis keluarga, komunitas dan residensial berbasis pada ranah intervensi baik mikro, meso dan makro.

Pembiayaan

Pelaksanaan program eliminasi kusta didanai oleh beberapa sumber pendanaan seperti APBN melalui dana dekonsentrasi dan BOK, APBD provinsi atau APBD kabupaten/kota. Selain itu, pendanaan kusta juga berasal dari pihak donor baik lokal, nasional maupun internasional. Khusus untuk kegiatan kusta yang melibatkan lintas sektor umumnya didukung oleh pendanaan program lintas sektor. Namun di banyak daerah, masih ditemukan ketergantungan pada dana APBN oleh karena APBD yang terbatas atau bahkan tidak ada untuk program eliminasi kusta. Selain itu, meskipun jaminan kesehatan untuk pelayanan kuratif kusta telah tersedia melalui BPJS, namun cakupan jaminan kesehatan untuk pelayanan komplikasi akibat kusta, rehabilitasi dan alat bantu masih sangat terbatas.

Riset dan Inovasi

Riset dan inovasi sangat penting dalam upaya eliminasi terutama riset dengan pendekatan riset implementasi. Fokus utama riset implementasi dibagi menjadi dua bidang utama, yaitu pertama diagnosis dan pengobatan, dan kedua sistem layanan kesehatan. Bidang diagnosis dan pengobatan meliputi pengembangan alat diagnostik dan monitoring kerusakan syaraf, pengembangan regimen baru dengan durasi yang lebih singkat dan kemungkinan reaksi yang kecil untuk penguatan terapi atau pengobatan penderita, pengembangan regimen untuk kasus resistensi dan pendekatan dalam perawatan diri, serta pengembangan vaksin MIP dan Lep Vax. Riset implementasi yang dibutuhkan dalam sistem pelayanan kesehatan antara lain riset terkait penguatan kapasitas SDM Kesehatan, upaya pengurangan stigma di masyarakat dan strategi pelibatan OYPMK, surveilans serta riset untuk mengukur dampak pandemi terhadap sustainabilitas program kusta.

Lampiran 3. Analisis SWOT

Analisis kekuatan, kelemahan serta peluang dan tantangan (atau *Strength, Weakness, Opportunity* dan *Threat*) dilakukan melalui lima Diskusi Kelompok Terarah dan beberapa lokakarya di awal penyusunan RAN untuk mendeskripsikan situasi di program kusta saat ini. Berikut adalah hasil analisisnya.

Kekuatan

- LSM yang aktif dan khusus bergerak dalam pencegahan dan penanggulangan kusta beserta jejaring OYPMK yang berpartisipasi aktif dalam pencegahan kusta dan disabilitas cukup tinggi
- Praktik baik dalam program kusta di berbagai wilayah yang dilakukan oleh berbagai pihak, yang dapat diperluas ke wilayah lain
- Program nasional yang dilaksanakan oleh Puskesmas hingga tingkat desa, didukung oleh lebih dari 10.000 fasilitas pelayanan tingkat pertama (Puskesmas) sebagai garda depan Program P2P Kusta dalam sistem kesehatan di Indonesia
- Kewenangan pemerintah pusat menjadikan kusta prioritas nasional dan regulasi khusus Kementerian Kesehatan berbentuk Peraturan Menteri Kesehatan terkait Kusta (Permenkes no. 11 tahun 2019)
- Platform dasar *e-learning* nasional yang dapat dikembangkan untuk peningkatan kapasitas petugas kesehatan
- Transformasi digital satu data kesehatan berbasis data individu yang dapat dimanfaatkan untuk pengembangan lebih lanjut digitalisasi sistem pencatatan dan pelaporan untuk program kusta yang terintegrasi serta mekanisme validasi data nasional secara periodik
- Sistem alokasi pendanaan baik dari pusat, daerah, sampai tingkat pelayanan kesehatan Puskesmas dan desa, melalui Dana Transfer Pemerintah (Dana Alokasi Khusus Fisik, Non Fisik - BOK, Dana Desa, dan lain-lain)
- Pembiayaan kesehatan melalui skema perlindungan risiko finansial melalui skema JKN-BPJS Kesehatan

Kelemahan

- Media promosi kesehatan tentang kusta untuk masyarakat dan fasilitas kesehatan belum memadai dari sisi kuantitas, isi dan jangkauan distribusi
- Perbedaan pemahaman tentang indikator eliminasi kusta yang masih berbasis prevalensi dan belum menggunakan definisi kusta yang sekarang dipakai oleh global
- Kegiatan penemuan aktif belum intensif dan belum dilakukan evaluasi berkala
- Sistem informasi untuk pasokan obat kurang memadai, sehingga MDT dan Rifampicin

tidak tersedia pada waktu, jumlah dan tempat yang tepat·

- Sistem surveilans resistensi obat belum berjalan secara berkala sehingga keberhasilan pengobatan belum dapat dievaluasi·
- Pelaporan kusta di rumah sakit dan pelayanan kesehatan swasta belum tercatat dalam sistem data kusta nasional serta belum terbentuknya mekanisme pelaporan pasien pindah antar fasilitas kesehatan·
- Kebijakan nasional (Permenkes) belum diikuti dengan penjabaran dalam kebijakan teknis dan payung regulasi di tingkat daerah·
- Meskipun eliminasi kusta telah menjadi salah satu indikator penanganan penyakit tropis terabaikan dalam RPJMN dan Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024, namun program kusta bukan merupakan program prioritas sekalipun di daerah endemis kusta. Konsekuensinya anggaran P2 kusta di nasional dan daerah belum mencukupi bagi terselenggaranya program kusta. Selain belum menjadi prioritas anggaran, pendanaan program kusta sangat terbatas dan pembiayaan yang diharapkan lintas sektor belum sinergis·
- Tenaga kesehatan yang kurang kompeten dalam memberikan tatalaksana kusta, baik di tingkat layanan primer maupun rujukan

Peluang

- Masyarakat Indonesia adalah salah satu negara terbesar pengguna media sosial di dunia·
- Tersedia berbagai *platform* dan sarana *broadcasting* informasi milik pemerintah dan swasta yang dapat dimanfaatkan untuk edukasi mengurangi stigma·
- Tersedianya berbagai sistem sosial dan budaya masyarakat yang memiliki pengaruh besar di masyarakat ·
- Organisasi OYPMK, organisasi masyarakat sipil, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan tokoh budaya yang dapat dilibatkan dalam pencegahan dan penanggulangan kusta·
- Organisasi profesi (PERDOSKI, IDI) yang dapat memberikan layanan rujukan bagi penderita kusta dan OYPMK di seluruh Indonesia ·
- Pihak swasta, termasuk penyedia layanan swasta, yang dapat dilibatkan dalam program P2P Kusta terutama di wilayah perkotaan·
- Kewenangan Kementerian dalam negeri dan BAPPENAS/BAPPEDA untuk menetapkan daerah untuk menyusun peraturan daerah tentang kusta, melakukan kerja sama multipihak pemerintah, swasta, filantropi organisasi profesi atau lembaga pelayanan kesehatan, lembaga pendidikan, penelitian serta organisasi masyarakat·
- Integrasi program dengan Kementerian Sosial khususnya bagi penyandang disabilitas·

- Kegiatan kemasyarakatan di lintas sektor yang berbasis desa serta dana desa dari Kemendes yang dapat dialokasikan untuk program kusta-
- Kapasitas industri obat dalam negeri untuk memproduksi MDT dan *Single Dose Rifampicin* untuk memenuhi kebutuhan obat kusta dan kemoprofilaksis

Tantangan

- Kuatnya stigma di masyarakat (baik pada pasien, OYPMK, tenaga kesehatan, maupun komunitas) sehingga mengakibatkan penolakan terhadap petugas kesehatan dan rendahnya kesadaran masyarakat untuk melaporkan suspek kusta-
- Kendala geografis dan mobilitas yang dialami pasien di beberapa daerah endemis kusta-
- Tingginya prevalensi faktor risiko kusta seperti sanitasi, kemiskinan dan malnutrisi-
- Kurangnya peran, kontribusi dan kolaborasi multipihak, baik pemerintah maupun swasta, untuk program eliminasi Kusta .
- Terbatasnya cakupan jaminan kesehatan untuk rehabilitasi dan alat bantu bagi pasien kusta dan OYPMK

Lampiran 4. Kebutuhan Anggaran Berdasarkan Strategi, Intervensi Kunci, dan Kegiatan dalam RAN Eliminasi Kusta Tahun 2023 -2027

Tabel 9. Kebutuhan Anggaran berdasarkan Strategi, Intervensi dan Kegiatan dalam RAN Eliminasi Kusta Tahun 2023-2027 (dalam juta Rupiah)

STRATEGI	INTERVENSI KUNCI	KEGIATAN	Pelaksana	Mitra	Sasaran Kegiatan	Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)										Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)			
						2023	2024	2025	2026	2027	2023	2024	2025	2026	2027				
Strategi 1. Menggerakkan masyarakat dengan memfasilitasi berbagai sumber daya (kader/kuya)	1.1. Menguatkan kader kesehatan, orang yang pernah mengalami kusta, dan keluarganya dalam membantu kegiatan pengangkutan, pencegahan, penemuan awal, remantaan pengobatan dan pengurangan stigma komunitas	1.1.1. Melibatkan kader kesehatan dan OPAKK/keluarga untuk membantu pencegahan di dalam kegiatan eliminasi kusta (penemuan kasus, skrining kontak, pemberian kemoprotifikas, dan remantaan pengobatan)	Kementerian Kesehatan, OPAKK, Pemda, Organisasi Masyarakat di desa (desa/warga, Dinkes Prov. bid. Promkes, Dinkes Kab, Puskesmas (Petugas Promkes), dengan disabilitas),	514	514	514	514	514	514	3,5	3,57	3,6414	3,714228	3,78851256	53018329	5407869558	5516025949	5626347488	5738874438
		1.1.2. Melaksanakan orientasi kader kesehatan di dalam deteksi dini kusta dan pengurangan stigma serta kemampuan komunitas melalui pelatihan, diskalkarya, on the job training (OJ)		514	514	514	514	514	514	2,55	2,601	2,65302	2,7060804	3,7870235	386276397	39401919249	4018819634	4099196027	
		1.1.3. Melakukan kegiatan sosialisasi kusta di masyarakat oleh kader kesehatan dan OPAKK/keluarga (seperti kegiatan Intensified Case Finding-IC dan Kegiatan bina desa sahabat kusta)		514	514	514	514	514	514	2	2,04	2,0808	2,122416	2,16486432	30296188	3090211176	31520154	3215055708	3279356822

Lampiran

Tabel 9. Kebutuhan Anggaran berdasarkan Strategi, Intervensi dan Kegiatan dalam RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 (dalam juta Rupiah, lanjutan)

STRATEGI	INTERVENSI KUNCI	KEGIATAN	Pelaksana	Mitra	Sasaran Kegiatan	Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)							Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)							
						2023	2024	2025	2026	2027	2023	2024	2025							
Strategi 2. Meningkatkan kualitas layanan primer rujukan dan penunjang yang komprehensif lainnya terhadap SOP termasuk reaksi kusta, komplikasi dan tatalaksana	2.1.1. Meningkatkan kualitas layanan primer rujukan dan penunjang yang komprehensif lainnya terhadap SOP termasuk reaksi kusta, komplikasi dan tatalaksana	Kemenkes, Dinkes Prov, Dinkes Kab.	Asosiasi profesi (Perdosisi, Perdorsi, IDI, PDJU, PERSI, IA, IBI, PPNI), BBTKL, BPIIS, RS swasta, Yatasan, Adinkes, Akademisi, Lembaga akreditasi faskes.	Nakes, Fakes, RS Swasta, Lakkes.	483	514	514	514	514	514	3,6414	3,714228	3,78851256	4982,07255	54078,69558	55160,25949	56253,47488	57388,74438		
	2.1.2. Mengembangkan telekonsultasi antara dokter bayan primer dengan dokter spesialis untuk layanan kusta dengan sarana komunikasi yang tersedia				483	514	514	514	514	514	5,1	5,202	5,30604	5,4121608	71172465	77255,2794	78800,38499	80376,39269	81983,92054	
	2.1.3. Mengembangkan laboratorium rujukan dan mekanisme perjalanan mutu laboratorium di tingkat kabupaten untuk kusta yaitu skin smear dengan pemeriksaan BI Index (Bacteriology) dan MI (morphology index)				483	514	514	514	514	514	10	10,2	10,404	10,61208	10,8243216	142344,93	154510,5588	157600,77	160752,7854	163987,8411
	2.1.4. Meningkatkan kapasitas pelayanan rumah sakit untuk mengganti kasta rujukan kusta, termasuk ketersediaan layanan rehabilitasi medis dan kesehatan jiwa				483	514	514	514	514	514	3,57	3,6414	3,714228	3,78851256	4982,07255	54078,69558	55160,25949	56253,47488	57388,74438	

Tabel 9. Kebutuhan Anggaran berdasarkan Strategi, Intervensi dan Kegiatan dalam RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 (dalam juta Rupiah; lanjutan)

STRATEGI	INTERVENSI KUNCI	KEGIATAN	Pelaksana	Mitra	Sasaran Kegiatan	Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)													
						2023	2024	2025	2026	2027	2023	2024	2025	2026	2027				
		2.1.5. Melibatkan petugas pikesmas pembantu (pusat) dan klinik swasta untuk pemantauan minum obat dan deteksi dini reaksi kusta			483	514	514	514	514	2,601	2,65392	2,706804	3,5586,2325	38627,6397	39400,19249	40188,19634	40299,196227		
		2.1.6. Mengedukasi MDT, obat dan sarana penanganan reaksi (pedinson, lampren, obat lalu), dan sarana perawatan diri selama masa pengobatan dan distribusinya			15695	13951	12207	10463	8719	1	1,05	1,1025	1,157625	1,21550625	15695	14648,55	13458,2175	12112,23038	10597,99899
		2.2. Melibatkan organisasi profesi dan lembaga pendidikan dalam pengembangan kepemimpinan klinis dan keahlian dibidang kusta			483	514	514	514	514	5	5,1	5,202	5,30694	5,4121608	771172,465	77255,2794	78800,38499	80376,38499	81983,92054
		2.2.1. Mengadakan forum atau kelompok ahli yang peduli dengan kusta			483	514	514	514	514	5	5,1	5,202	5,30694	5,4121608	771172,465	77255,2794	78800,38499	80376,38499	81983,92054
		2.2.2. Melakukan dalam kunjungan ke daerah endemis untuk peningkatan kapasitas para dokter			483	514	514	514	514	5	5,1	5,202	5,30694	5,4121608	771172,465	77255,2794	78800,38499	80376,38499	81983,92054
		2.2.3. Mengapresiasi klinisi yang berjasa dalam program kusta kepemimpinan dan manajemen klinis kusta setiap tahun			483	514	514	514	514	2,55	2,601	2,65392	2,706804	3,5586,2325	38627,6397	39400,19249	40188,19634	40299,196227	

Lampiran

Tabel 9. Kebutuhan Anggaran berdasarkan Strategi, Intervensi dan Kegiatan dalam RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 (dalam juta Rupiah; lanjutan)

STRATEGI	INTERVENSI KUNCI	KEGIATAN	Pelaksana	Mitra	Sasaran Kegiatan	Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)										Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)					
						2023	2024	2025	2026	2027	2023	2024	2025	2026	2027						
		2.3. Meningkatkan penemuan dini kasis kusta pada populasi target melalui penemuan kasis aktif di masyarakat (termasuk pada sastra perempuan dan daerah terpencil)	2.3.1. Melakukan penemuan secara aktif melalui survei dengan melibatkan masyarakat seperti ICF – semua desa endemis kusta, termasuk termasuk di sektor daerah	Kementerian Kesehatan (Timja NTD), Dinkes Prov, Dinkes kab, Puskesmas,	Semua lintas sektor terkait, Tokoh Organisasi OPMK, Assosiasi profesi (Perdoksi, Faskes swasta (DPM, PDU, PERSI, IAI, IBI, PPNI)	Keluarga OPMK, Masyarakat Tokoh Organisasi OPMK, Assosiasi profesi Tempat kerja, Faskes swasta (DPM, PDU, PERSI, IAI, IBI, PPNI)	4.529	3.774	3.019	2.642	2.254	1,5	1,575	1,65375	1,7364735	6793,2	594405	4933.002	4537320568	4128,588529	
		2.3.2. Melakukan tatalaksana kontak (penerikatan kontak) pada semua index case					1.877250	1.819.300	1.765.700	1.646.020	1.440.220	0,3	0,315	0,33075	0,3472875	0,364651875	563178	573224,4	577390,275	560737,3433	525778,9234
		2.4. Meningkatkan catatan tatalaksana kontak dan kualitas kemoprofilaksis kusta	2.4.1. Melakukan advokasi upaya kemoprofilaksis di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.	Kementerian Kesehatan (Timja NTD), Dinkes Prov, Dinkes kab, Puskesmas,	Semua lintas sektor terkait, Tokoh Organisasi OPMK, Assosiasi profesi	Keluarga OPMK, Masyarakat Tokoh Organisasi OPMK, Assosiasi profesi	483	514	514	514	514	5	5,1	5,202	5,30504	5,4121608	71172,465	77255,2734	78800,38499	80376,39269	81983,92054
			2.4.2. Menedekan obat Rifampicin sesuai prosedur, kualitas, dan jumlah yang tepat dan mendistribusikan obat Rifampicin untuk kemoprofilaksis kepada komunitas kasis endemis yang terintegrasi dengan tatalaksana kontak				311.900	270.020	246.140	209.340	174.980	1	1,05	1,1025	1,157625	1,21550625	313900	292971	269164,35	242244,6075	211959,9799
		2.5. Meningkatkan pemantauan dan pelayanan pasien kusta yang sedang dan telah selesai pengobatan kusta	2.5.1. Membentuk kelompok sebaya OPMK untuk perawatan diri	Kementerian Kesehatan (Timja NTD), Dinkes Prov, Dinkes kab Puskesmas.	Organisasi OPMK, Assosiasi profesi (Perdoksi, Petugas kusta, Dokter PKM, OPMK, Perdoksi, Keluarga OPMK RS IAI, IBI, PPNI)	Organisasi OPMK, Assosiasi profesi (Perdoksi, Petugas kusta, Dokter PKM, OPMK, Perdoksi, Keluarga OPMK RS IAI, IBI, PPNI)	514	514	514	514	514	5	5,1	5,202	5,30504	5,4121608	75740,47	77255,2734	78800,38499	80376,39269	81983,92054

Tabel 9. Kebutuhan Anggaran berdasarkan Strategi, Intervensi dan Kegiatan dalam RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 (dalam juta Rupiah; lanjutan)

STRATEGI	INTERVENSI KUNCI	KEGIATAN	Pelaksana	Mitra	Sasaran Kegiatan	Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)							Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)	
						2023	2024	2025	2026	2027	2023	2024	2025	
Strategi 3. Meningkatkan koordinasi, integrasi dan kolaborasi dan integrasi program kusta dengan program prioritas kesehatan lainnya, mulai dari tingkat pusat, daerah hingga fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta (integrasi dan koordinasi)	3.1. Meningkatkan koordinasi, integrasi dan kolaborasi dan integrasi program kusta dengan program prioritas kesehatan lainnya, seperti program Tuberkulosis, PISAK, UKS, pesaudan atau program lainnya	3.1.1. Mendorong kolaborasi dan integrasi program kusta dengan program prioritas kesehatan lainnya, seperti program Tuberkulosis, PISAK, UKS, pesaudan atau program lainnya	Dinas Kesehatan Kab/Kota/Bagian Perencanaan, Puskesmas,	Lintas sektor : Sekolah ; siswa sekolah (prasekolah) Sekolah, pemerintah desa, masyarakat umum, Puskesmas untuk anggaran dan perencanaan kegiatan	552	552	552	552	552	7.21	7.4263	7.649389	7.87856167	
	3.2. Memerlukan dan mendukung kolaborasi dan integrasi mutu dari kusta, terhadapnya, promosi/resehian, pencegahan, deteksi dini, penemuan kasus, teradiksa, rehabilitasi dan tindak lanjut ditinggi di masyarakat.	3.2.2. Memerlukan dan mendukung kolaborasi dan integrasi mutu dari kusta, terhadapnya, promosi/resehian, pencegahan, deteksi dini, penemuan kasus, teradiksa, rehabilitasi dan tindak lanjut ditinggi di masyarakat.			552	552	552	552	552	5	5,15	5,463635	5,62754405	
	3.2. Meningkatkan koordinasi, integrasi dan integrasi/intervensi utama dalam program eliminasi kusta dengan program di lintas sektor terkait.	3.2.1.1. Membentuk tim kerja lintas sektor untuk eliminasi kusta dan memetakan kementerian/lembaga (K/L) yang akan menjadi koordinator lintas sektor terkait.	Kementerian / lembaga ; Pemerintah Provinsi ; Pemda kab/kota ; Kota :	Nasional ; Kementerian terkait Provinsi ; lembaga, Lintas OPD terkait Provinsi dan Kab/Kota termasuk Organisasi non pemerintah (proteksi, ormas, LSM).	2	4	2	2	4	25	25,75	26,5225	27,31875	
														28,13772025
														50
														103
														53,045
														54,63635
														112,559881

Lampiran

Tabel 9. Kebutuhan Anggaran berdasarkan Strategi, Intervensi dan Kegiatan dalam RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 (dalam juta Rupiah; lanjutan)

STRATEGI	INTERVENSI KUNCI	KEGIATAN	Pelaksana	Mitra	Sasaran Kegiatan	Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)							Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)							
						2023	2024	2025	2026	2027	2023	2024	2025	2026	2027	2023	2024	2025	2026	2027
		3.2.2. Mendorong lembaga masyarakat dan pemerintah desa untuk menganalisis beban kusta di desanya untuk menjadi prioritas penggunaan dana desa mengingat program kusta sebagai salah satu program prioritas nasional.				550	550	550	550	550	2,5	2,575	2,65225	2,731875	40522,625	41738,39375	42990,45286	44280,16645	45608,57144	
		3.2.3. Memasukan perencanaan P2Kusta di tingkat Puskesmas (Ibukota) dan desa (imusdes).				550	550	550	550	550	5	5,15	5,3045	5,463635	5,62754405	81045,25	83476,6075	85980,90573	88560,33239	91217,14288
		3.2.4. Meningkatkan fasilitas untuk memberikan dukungan yang komprehensif kepada orang yang pernah mengalami kusta/DPK/k pra sejatera;				550	550	550	550	550	5	5,15	5,3045	5,463635	5,62754405	81045,25	83476,6075	85980,90573	88560,33239	91217,14288
		3.2.5. Melakukan aktivitas untuk memusatkan opok kusta dan rehabilitasi ke dalam kurikulum tenatik (Kementerian Agama dan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan) dan kerja sama serta promosi kelelahan dalam kegiatan pengabdian dan pemberdayaan masyarakat (di organisasi masyarakat, organisasi pablik, organisasi keagamaan, perguruan tinggi dan swasta, PK dan organisasi perempuan)				550	550	550	550	550	5	5,15	5,3045	5,463635	5,62754405	81045,25	83476,6075	85980,90573	88560,33239	91217,14288

Tabel 9. Kebutuhan Anggaran berdasarkan Strategi, Intervensi dan Kegiatan dalam RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 (dalam juta Rupiah; lanjutan)

STRATEGI	INTERVENSI KUNCI	KEGIATAN	Pelaksana	Mitra	Sasaran Kegiatan	Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)										Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)				
						2023	2024	2025	2026	2027	2023	2024	2025	2026	2027					
		3.3. Meningkatkan aksesori di tingkat pusat dan daerah untuk pengembangan kemitraan dengan swasta, filantropi, komunitas, mitra pembangunan dan multisektor lainnya sesuai kapasitas dan kompetensi mitra.	Kementerian / lembaga : Pemerintah Provinsi ; Pemda Kab/ Kota ;	Lintas kementerian dan lembaga : Lintas OHD	Nasional : Kementerian terkait Provinsi ; lembaga terkait Provinsi dan Kab/Kota, termasuk lembaga terkait Organisasi non pemerintah (Profesi, ormas, LSM).	550	550	550	550	550	2,5	2,575	2,65225	2,731875	2,813772025	40522,625	41738,30375	4299045286	44280,16645	45608,57144
		3.3.1. Mengidentifikasi mitra potensial dari berbagai lembaga dan masyarakat serta memelihara tujuan kemitraannya;																		
		3.3.2. Melakukan koordinasi dengan lintas sektor dan multipihak untuk mendukung program kusta, termasuk akses bagi pasien dan orang yang pernah mengalami kusta(O/H/R/RM) untuk memperoleh layanan rehabilitasi;																		
		3.3.3. Melakukan abdoksi, koordinasi dan konsolidasi dengan sektor swasta, filantropi dan multipihak lainnya untuk mengembangkan dan melaksanakan kegiatan yang terkait dengan eliminasi kusta.																		
		3.4. Memperkuat kemitraan pemerintah dan swasta untuk pelayanan																		
		3.4.1. Mendusun pedoman teknis untuk memanfaatkan atau membangun kemitraan pemerintah dan swasta dalam menyediakan pelayanan kusta;	Kemenkes, Dinkes Provinsi dan Kab/Kota, Puskesmas, Profesi (IPI, Perobsk, BPPS,	FKTP dan FRRIL	2	40	2	2	40	50	51,5	53,045	54,63635	56,2754405	100	2060	106,09	109,2727	2251,01762	

Lampiran

Tabel 9. Kebutuhan Anggaran berdasarkan Strategi, Intervensi dan Kegiatan dalam RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 (dalam juta Rupiah; lanjut)

STRATEGI	INTERVENSI KUNCI	KEGIATAN	Pelaksana	Mitra	Sasaran Kegiatan	Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)										Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)				
						2023	2024	2025	2026	2027	2023	2024	2025	2026	2027					
		3.4.2. Melakukan koordinasi dan sosialisasi ke fasilitas kesehatan swasta dan organisasi profesi di tingkat layanan primer maupun rujukan untuk menyediakan layanan tatastang komprehensif dan berkuatkuasa;	Kementerian / lembaga - Pemerintah Provinsi : Penda Kab/ Kota :	Lintas kementerian dan lembaga, Lintas OPD Provinsi dan Kab/Kota Organisasi non pemerintah (Profesi, Ormas, LSM).	Nasional; Kementerian terkait Provinsi; lembaga, Lintas OPD Provinsi dan Kab/Kota lembaga terkait termasuk Organisasi non pemerintah (Profesi, Ormas, LSM).	552	552	552	552	552	10	10,3	10,509	10,9277	11,255081	162679,92	167560,3176	172587,1271	177764,7409	183097,6832
		3.4.3. Memperluas dan menguatkan kegiatan dalam program kurta di wilayah perkotaan (Urban Leprosy);																1710,773391		
		3.4.4. Membangun jaringan pelayanan kesehatan primer untuk rujukan horizontal penatalaksanaan kusta serta untuk rujukan le runah skit dengan fokusmas sebagai koordinator layanan, termasuk di dalamnya aspek sistem pencatatan dan pelaporan.				552	552	552	552	552	7,5	7,725	7,95675	8,1954525	8,44116075	122009,94	125670,2382	129440,3453	133323,5557	137323,5557
		4.1.1. Advokasi ke daerah beban kusta linggi untuk memuat program eliminasi kusta ke dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) provinsi dan kabupaten/kota; dan	4.1.1. Advokasi komunitas, salah satu indikator kerberhasilan pembangunan daerah	Bappeda, Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kab/Kota Dinkes.	Bappeda, Pemerintah Pusat dan Pemerintahan daerah (Provinsi, Akademisi/ Universitas, Ormas, LSM, OPWK, Dinas/ Tengah Kepala, dan	552	552	552	552	552	5	5,1	5,202	5,30604	5,4121608	811339,96	82956,7592	84626,09438	86316,61627	88044,9886
Strategi 4. Menggunakan komunitas, kebijakan dan manajemen program dalam penanggulangan kusta (komunitas, Kebijakan dan Manajemen)																				

Tabel 9. Kebutuhan Anggaran berdasarkan Strategi, Intervensi dan Kegiatan dalam RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 (dalam juta Rupiah; lanjutan)

STRATEGI	INTERVENSI KUNCI	KEGIATAN	Pelaksana	Mitra	Sasaran Kegiatan	Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)										Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)			
						2023	2024	2025	2026	2027	2023	2024	2025	2026	2027				
		4.1.2. Advokasi ke pemeringkat daerah untuk mendoppsi Rencana Aksi Nasional (RAN) ke dalam Rencana Aksi Daerah (RAD) provinsi dan kabupaten/kota.				552	552	552	552	552	552	552	552	552	552	129477.9244			
		4.2.1. Advokasi dengan lembaga Pemerintah Daerah untuk penganggaran program eliminasi kusta di dalam daerah (Desa);	Kementerian / lembaga; Pemerintah Provinsi; Pemda Kab/ kota;	Lintas kementerian dan lembaga; Lintas OPD Provinsi dan Kab/Kota; lembaga terkait termasuk Organisasi non pemerintah (Protesi, Ormas, LSM).	Nasional: Kementerian terkait Provinsi: lembaga; Lintas OPD Provinsi dan Kab/Kota; lembaga terkait termasuk Organisasi non pemerintah (Protesi, Ormas, LSM).	552	552	552	552	552	5	5	5	5	5	132067.4829			
	4.2. Mengatasi komitmen daerah untuk eliminasi kusta melalui kebijakan alirasi untuk aloiasi sumberdaya untuk wabah endemic terutama daerah tertinggi, perbatasan, dan kepulauan (DTPK),	4.2.2. Mendorong terbatya peraturan kepala daerah tentang kewenangan desa untuk penganggaran program Kusta di desa;														88044.9886			
		4.2.3. Menyusun kebijakan pembentukan Desa Sahabat Kusta di Desa endemis.															86318.61627		
		4.3. Melakukan sinkronisasi kebijakan yang mendukung pencapaian eliminasi kusta serta pengurangan stigma dan diskriminasi.	Pemerintah advoiasi kepada penyelenggara jaminan kesehatan untuk memperluas cakupan pembayaran untuk pelayanan kusta yang komprehensif;	Bapilda, Dinas, Dinkes, Mitra berfungsi jawab dalam pelaksanaan kegiatan	Pemerintah Pusat dan Kab/Kota	1	4	1	1	1	20	20.4	20.808	21.22416	21.6486432	21.22416			
		4.3.2. Sugat	kepuusan Bersama kementerian untuk penyakit yang segera dieliminasi.	Dinas Tenaga kerja.	Pemerintahan daerah Akademisi/ Universitas, Ormas, LSM, OPMK	3	12	3	3	3	25	25.5	26.01	26.5302	27.060804	75	306	78.03	79.5906
																	811.182412		

Lampiran

Tabel 9. Kebutuhan Anggaran berdasarkan Strategi, Intervensi dan Kegiatan dalam RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 (dalam juta Rupiah; lanjutan)

STRATEGI	INTERVENSI KUNCI	KEGIATAN	Pelaksana	Mitra	Sasaran Kegiatan	Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)							Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)							
						2023	2024	2025	2026	2027	2023	2024	2025	2026	2027	2023	2024	2025	2026	2027
		4.4. Meningkatkan tata kelola dan kepemimpinan dalam program kusta di pusat dan daerah (melalui perumusan kebijakan, bimbingan, monitoring, evaluasi dan koordinasi)	Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kab/Kota Dinkes.	Bappeda, Dinas, Pemerintahan daerah, Universitas, Ormas, LSM, OYMK, Dinas Tenaga kerja.	Pemerintah Pusat dan Pemerintahan daerah (Provinsi, Kab/Kota, Desa).	552	552	552	552	552	3,5	3,57	3,6414	3,714228	3,78851256	56937,972	58076,73144	59238,26607	60423,03139	61631,49202
		4.4.1. Meningkatkan efektivitas bimbingan teknis, pengujian monitoring dan evaluasi secara berjenjang dan berlaku mulai dari tingkat pusat sampai ke puskesmas																		
		4.4.2. Mengembangkan pelatihan dan tingkat kabupaten tinggi Puskesmas dengan berbagai metode dan media agar lebih efektif efisien dan menarik.																		
		4.4.5. Meningkatkan manajemen program kusta di provinsi dan kabupaten/kota	Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kab/Kota Dinkes.	Bappeda, Dinas, Pemerintahan daerah, Universitas, Ormas, LSM, OYMK, Dinas Tenaga kerja.	Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kab/Kota Dinkes.	552	552	552	552	552	3,5	3,57	3,6414	3,714228	3,78851256	56937,972	58076,73144	59238,26607	60423,03139	61631,49202
		1. Melakukan peningkatan kapasitas dan keterlibatan tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan	Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kab/Kota Dinkes.	Bappeda, Dinas, Pemerintahan daerah, Universitas, Ormas, LSM, OYMK, Dinas Tenaga kerja.	Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kab/Kota Dinkes.	552	552	552	552	552	3,5	3,57	3,6414	3,714228	3,78851256	56937,972	58076,73144	59238,26607	60423,03139	61631,49202
		2. Peningkatan kapasitas kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan																		
		3. Peningkatan kesehatan masyarakat																		

Tabel 9. Kebutuhan Anggaran berdasarkan Strategi, Intervensi dan Kegiatan dalam RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 (dalam juta Rupiah; lanjut)

STRATEGI	INTERVENSI KUNCI	KEGIATAN	Pekarjana	Mitra	Sasaran Kegiatan	Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)							Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)							
						2023	2024	2025	2026	2027	2023	2024								
		3. Membentuk tim operasi korsutan Kusta dan Puskesmas Rujukan Kusta untuk daerah low endemic dan yang sudah mencapai eliminasi di tingkat Kabupaten				552	552	552	552	552	5,00	5,10	5,20	5,31	5,41	81,339,96	82,966,76	84,626,09	86,318,62	88,044,99
		4.5.2. Meningkatkan Pengelolahan logistik untuk obat di DPT dan obat anti reaksi kusta secara kontinyu (tamprem)		Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kab/Kota Dinkes.	Bapedia, Dinsos, Pemerintahan desa, Akademisi/ Universitas, Ormas, LSM, OYPAK, Dinas Tenaga kerja.						195,215,90	199,120,22	203,102,63	207,164,68	211,307,97					
		1. Melakukan peningkatan kapasitas petugas untuk perencanaan obat bersamaan petugas pengelola Kusta sehingga mencegah kekosongan obat di daerah		Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kab/Kota Dinkes.	Bapedia, Dinsos, Pemerintahan desa, Akademisi/ Universitas, Ormas, LSM, OYPAK, Dinas Tenaga kerja.	552	552	552	552	552	3,50	3,57	3,64	3,71	3,79	56,937,97	58,076,73	59,238,27	60,423,03	61,631,49
		2. Membentuk sistem pencatatan dan pelaporan yang adekuat bener dalam pengisian dan terisi lengkap) dan tepat waktu				552	552	552	552	552	5,00	5,10	5,20	5,31	5,41	81,339,96	82,966,76	84,626,09	86,318,62	88,044,99
		3. Meningkatkan koordinasi ketersediaan obat antara warga Kusta dengan petugas gudang farmasi				552	552	552	552	552	3,50	3,57	3,64	3,71	3,79	56,937,97	58,076,73	59,238,27	60,423,03	61,631,49

Lampiran

Tabel 10. Kebutuhan Anggaran berdasarkan Strategi, Intervensi dan Kegiatan dalam RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 (dalam juta Rupiah; lanjutan)

STRATEGI	INTERVENSI KUNCI	KEGIATAN	Pelaksana	Mitra	Sasaran Kegiatan	Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)							Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)								
						2023	2024	2025	2026	2027	2023	2024	2025	2026	2027						
		1. Melakukan peningkatan kapasitas dan kualitas laboratorium Pemerintah dan Swasta (termasuk perelakan, SDM, dan sumber daya lainnya) untuk melaksanakan pemeriksaan penunjang untuk kusta	Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kab/Kota Dinkes.	Bappeda, Dinos, Pemerintahan desa, Akademisi/ Universitas, Ormas, LSM, OPMK Dinas Tenaga kerja.	552	552	552	552	552	540	540	540	540	541	81.339,96	82.966,76	84.626,99	86.318,62	88.044,99		
		2. Membangun jalinan dengan RS dan institusi yang memiliki kapasitas dan fasilitas penunjang untuk pemeriksaan kusta	Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kab/Kota Dinkes.	Bappeda, Dinos, Pemerintahan desa, Akademisi/ Universitas, Ormas, LSM, OPMK Dinas Tenaga kerja.	552	552	552	552	552	750	750	750	750	756	7.36	8.12	122.039,94	124.450,14	126.939,14	129.477,92	132.067,48
		4.5.4 Meningkatkan efektivitas surveilans (gejala, ADR dan efek samping obat) dan sistem informasi untuk mendukung dan memperbaikan eliminasi	Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kab/Kota Dinkes.	Bappeda, Dinos, Pemerintahan desa, Akademisi/ Universitas, Ormas, LSM, OPMK Dinas Tenaga kerja.											195.215,90	199.120,22	203.102,63	207.164,68	211.307,97		
		1. Pengaturan tim surveilans di tingkat kabupaten untuk penemuan kasus, resiensi obat, serta pencatatan dan pelaporan kegiatan P2 kusta	Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kab/Kota Dinkes.	Bappeda, Dinos, Pemerintahan desa, Akademisi/ Universitas, Ormas, LSM, OPMK Dinas Tenaga kerja.	552	552	552	552	552	3.50	3.57	3.64	3.71	3.79	56.937,97	58.075,73	59.238,27	60.423,03	61.631,49		
		2. Mengimplementasikan surveilans resiensi obat serta pemantauan dan evaluasi hasilnya																			
		3. Memanfaatkan aplikasi yang ada untuk pemantauan perkembangan pasien yang mengalami resiensi obat, dan kondisi sult.																			
						552	552	552	552	552	560	560	560	560	541	81.339,96	82.966,76	84.626,99	86.318,62	88.044,99	

Tabel 9. Kebutuhan Anggaran berdasarkan Strategi, Intervensi dan Kegiatan dalam RAN Eliminasi Kusta 2023-2027 (dalam juta Rupiah; lanjut)

STRATEGI	INTERVENSI KUNCI	KEGIATAN	Pejaksana	Mitra	Sasaran Kegiatan	Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)							Volume (satuan pengukuran x jumlah aktivitas)							
						2023	2024	2025	2026	2027	2023	2024	2025	2026	2027	2023	2024	2025	2026	2027
		4.6.1. Menerapkan agenda prioritas nasional untuk Penelitian kusta	Pemerintah Pusat, BPN, Akademisi/ Universitas, Peneliti, LSM Ormas, OPMK, Klinisi/ Praktisi, Organisasi profesi.	Universitas, LSM Ormas, OPMK, Klinisi/ Praktisi, Organisasi profesi.	1	1	1	1	1	1	50.00	51.00	52.02	53.06	54.12	50.00	51.00	52.02	53.06	54.12
		4.6.2. Meningkatkan minat penelitian dan kapasitas peneliti untuk merancang dan melaksanakan penelitian di bidang kusta yang dapat menjawab tantangan implementasi Program;			1	1	1	1	1	1	40.00	40.80	41.62	42.45	43.30	40.00	40.80	41.62	42.45	43.30
		4.6.3. Mengembangkan jaringan peneliti kusta di tingkat nasional untuk diseminasi dan komunikasi hasil riset kusta sehingga bermarfaat untuk perbaikan program kusta;			2	2	4	4	4	4	50.00	51.00	52.02	53.06	54.12	100.00	102.00	104.08	212.24	216.49
		4.6.4. Meningkatkan kapasitas peneliti kusta untuk memproduksi pendanaan penelitian dan meningkatkan minat pemberdayaan untuk investasi penelitian mengenai kusta, dan;			1	1	2	2	2	2	100.00	102.00	104.04	106.12	108.24	100.00	102.00	104.08	212.24	216.49
		4.6.5. Melakukan riset implementasi kusta dengan melibatkan klinisi, pelaksana program, dan akademisi untuk menyelesaikan masalah implementasi di lapangan.			1	1	1	2	2	4	200.00	204.00	208.08	212.24	216.49	200.00	204.00	208.08	424.48	865.95



Sumber foto: Khambali - Difabel Slawi Mandiri, Kabupaten Tegal

Mendapatkan kehidupan yang layak adalah hak setiap orang, termasuk penyandang disabilitas dan orang yang pernah mengalami kusta. Namun lingkungan yang kurang mendukung menyebabkan kami mengalami banyak tantangan dalam bekerja. Sudah saatnya penyelenggara kerja memiliki kesadaran kritis serta dukungan dalam menyediakan kesempatan bagi kami.

Khambali - Difabel Slawi Mandiri, Kabupaten Tegal

Referensi

- Rahman NA, Rajaratnam V, Burchell GL, Peters RMH, Zweekhorst MBM. (2022). Experiences of living with leprosy: A systematic review and qualitative evidence synthesis. *PLoS Negl Trop Dis.* Oct 5;16(10):e0010761. doi: 10.1371/journal.pntd.0010761. PMID: 36197928; PMCID: PMC9576094.
- Barcelos RMFM, Sousa GS, Almeida MV, Palacio FGL, Gaíva MAM, Ferreira SMB. (2021). Leprosy patients quality of life: a scoping review. *Rev Esc Enferm USP.* Sep 6;55:e20200357. English, Portuguese. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0357. PMID: 34495209.
- Berwick DM. (2002). A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. *Health Aff (Millwood).* May-Jun; 21(3):80-90. doi: 10.1377/hlthaff.21.3.80. PMID: 12026006.
- Budiawan T, Ferdiana A, Daendel S., Widayati R., de Hart J., Soesman M., Mieras, L. (2020). "We are not afraid anymore..." Capturing the most significant change of the Leprosy Friendly Village approach in North Sulawesi, Indonesia; *Leprosy Review;* 91; 2; 173-189; DOI: 10.47276/lr.91.2.173.
- Das S, Bhowmick S, Tiwari S, Sen S. (2020). An Updated Systematic Review of the Therapeutic Role of Hydroxychloroquine in Coronavirus Disease-19 (COVID-19). *Clin Drug Investig.* 40(7):591-601. doi: 10.1007/s40261-020-00927-1. PMID: 32468425; PMCID: PMC7255448.
- dos Santos, A.R., Silva, P.R., Steinmann, P. Ignotti, E. (2020). Disability progression among leprosy patients released from treatment: a survival analysis. *Infect Dis Poverty* 9, 53 <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00669-4>.
- Gunawan, H., Kamilia, A., Menaldi, S. L., Marissa, M., Prakoeswa, C., Alinda, M. D., Widasmara, D., Basuki, S., Anum, Q., Ariani, T., Mamuaja, E. H., & Mas Rusyati, L. M. (2021). Characteristics of Grade 2 Disability in Indonesian Children with Leprosy: A Five-Year Multicenter Retrospective Study. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology,* 14, 1149-1153. <https://doi.org/10.2147/CCID.S325858>.
- Hacker, M.A., Sales, A.M., Duppre, N.C., Sarno, E.N., Moraes, M.O. (2021). Leprosy incidence and risk estimates in a 33-year contact cohort of leprosy patients. *Sci. Rep.,* 11, 1947.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Hapuskan Stigma dan Diskriminasi Terhadap Kusta, in InfoDATIN.* Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, p. 111.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019a). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2019 tentang Penanggulangan Kusta.

- Kementerian Kesehatan RI. (2019b). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/ Menkes/ 308/ 2019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Kusta. Available at: <https://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/Kepmenkes%20Th%202019%20Nomor%20308%20tentang%20PNPK%20Kusta.pdf>.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020a). Peraturan Menteri Kesehatan tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Nomor 13 Tahun 2022, 16 Januari 2020, (3), pp. 1-592. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Download/212694/Permenkes Nomor 13 Tahun 2022.pdf>.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020b). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020 - 2024. Available at: <http://hukor.kemkes.go.id/berita/publikasi-ke-luar/rencana-strategis-kementerian-kesehatan-tahun-2020-2024>.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020c). Rencana Aksi Program (RAP) Tahun 2020-2024. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Available at: https://erenggar.kemkes.go.id/file_performance/1-029017-2tahunan-218.pdf.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022a). Laporan Validasi Data Kusta Tahun 2021. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Available at: https://p2pm.kemkes.go.id/storage/informasi-publik/content/informasi-publik_18_20220718073519.pdf.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022b). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pedoman Kemitraan Pemerintah dengan Swasta di Bidang Noninfrastruktur Kesehatan.
- Krismawati H, Rochman MF, Oktavian A and Diana A. (2022). Sustained Actions in Combating Neglected Tropical Diseases during the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned From the Leprosy Program in the Hyper-Endemic Area in Papua Province, Indonesia. *Front. Trop. Dis* 2:782255. doi: 10.3389/fitd.2021.782255.
- Marpaung YM, Ernawati E, Dwivania AT. (2022). Stigma towards leprosy across seven life domains in Indonesia: a qualitative systematic review. *BMJ Open*. Nov 30;12(11):e062372. doi: 10.1136/bmjopen-2022-062372. PMID: 36450432; PMCID: PMC9716944.
- Menaldi SL, Harini M, Nelfidayani N, Irawati Y, Setiono S, Wahyuni LK, Andayani G, Friska D, Nugraha B. (2022). Functional activity limitation of leprosy cases in an endemic area in Indonesia and recommendations for integrated participation program in society. *PLoS Negl Trop Dis* 16(8): e0010646. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010646>.
- Peraturan Pemerintah RI. (2007). Undang-undang (UU) tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005 - 2025. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/39830>.

- Peraturan Pemerintah RI. (2018). PP No. 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, Kementerian Hukum dan HAM, pp. 1–35. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/67029/pp-no-2-tahun-2018>.
- Peraturan Presiden RI. (2020). Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/131386/perpres-no-18-tahun-2020>.
- Pescarini JM, Strina A, Nery JS, Skalinski LM, Andrade KVF, Penna MLF, Brickley EB, Rodrigues LC, Barreto ML, Penna GO. (2018). Socioeconomic risk markers of leprosy in high-burden countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis.* Jul 9;12(7):e0006622. doi: 10.1371/journal.pntd.0006622. PMID: 29985930; PMCID: PMC6053250.
- Presiden RI. (2004). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2004 Tentang Sistem Perencanaan Pembangunan.
- Rao PS, Darlong F, Timothy M, Kumar S, Abraham S, Kurian R. (2013). Disability adjusted working life years (DAWLys) of leprosy affected persons in India. *Indian J Med Res.* 137(5):907-10. PMID: 23760375; PMCID: PMC3734681.
- Saunderson P, Duck M. (2022). The end of leprosy is not imminent, but it is on the horizon. *Indian J Med Res.* Jan; 155(1):1-2. doi: 10.4103/ijmr.ijmr_3654_21. PMID: 35417992; PMCID: PMC9552364.
- Smith CS, Aerts A, Kita E, Virmond M. (2016). Time to define leprosy elimination as zero leprosy transmission? *Lancet Infect Dis.* 16(4):398-9. doi: 10.1016/S1473-3099(16)00087-6. PMID: 27036335.
- Somar P, Waltz MM, van Brakel WH. (2020). The impact of leprosy on the mental wellbeing of leprosy-affected persons and their family members - a systematic review. *Glob Ment Health (Camb).* 7:e15. doi: 10.1017/gmh.2020.3. PMID: 32742673; PMCID: PMC7379324.
- Tiwari, A., Dandel, S., Djupuri, R., Mieras, L., Richardus, JH. (2018). Population-wide administration of single dose rifampicin for leprosy prevention in isolated communities: a three year follow-up feasibility study in Indonesia. *BMC Infect Dis* 18, 324. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3233-3>.
- Van Brakel WH, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R, Kurniasari I, Kasim M, Kesumaningsih KI, Wilder-Smith A. (2012). Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. *Glob Health Action.* 5. doi: 10.3402/gha.v5i0.18394. Epub. PMID: 22826694; PMCID: PMC3402069.
- WHO. (2007). Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. WHO; Geneva.

- WHO. (2020a). Ending the neglect to attain the sustainable development goals: A road map for neglected tropical diseases 2021-2030. Geneva: World Organization Health.
- WHO. (2020b). Leprosy—number of new leprosy cases data by country [Internet]. [cited 2022 Des 16]. Available at: <https://apps.who.int/gho/data/node>.
- WHO. (2021). Towards zero leprosy. Global Leprosy (Hansen's disease) Strategy 2021-2030. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia.
- WHO. (2022). Leprosy—number of new leprosy cases data by country [Internet]. [cited 2023 Jan 22]. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/leprosy-hansens-disease>.
- Xiong M, Li M, Zheng D, Wang X, Su T, Chen Y, Yang B. (2017). Evaluation of the economic burden of leprosy among migrant and resident patients in Guangdong Province, China. *BMC Infect Dis*;17(1):760. doi: 10.1186/s12879-017-2869-8.
- Zhang FR, Huang W, Chen SM, et al. (2009). Genomewide association study of leprosy. *N Engl J Med*; 361(27):2609-18. doi: 10.1056/NEJMoa0903753. PMID: 20018961.



RENCANA AKSI NASIONAL **ELIMINASI KUSTA** 2023-2027

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
Jalan H.R. Rasuna Said Blok X5 Kav.4-9
Jakarta 12950
T. 021 520 1590
www.depkes.go.id