

14 Okt 05

1179/24-11-05



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 1473/MENKES/SK/X/2005**

TENTANG

**RENCANA STRATEGI NASIONAL
PENANGGULANGAN GANGGUAN PENGLIHATAN DAN KEBUTAAN
UNTUK MENCAPAI *VISION 2020***

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang** :
- a. bahwa tingginya angka kebutaan di Indonesia telah menjadi masalah sosial yang perlu ditanggulangi secara terkoordinasi dengan melibatkan berbagai sektor;
 - b. bahwa untuk penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan, WHO telah mencanangkan *Vision 2020: The Right to Sight*;
 - c. bahwa dalam rangka penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan yang sejalan dengan visi yang dicanangkan WHO, perlu ditetapkan Rencana Strategi Nasional Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutuhan Untuk Mencapai *Vision 2020* dengan Keputusan Menteri Kesehatan;

- Mengingat** :
- 1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara 3495);
 - 2. Undang-undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat (Lembagan Negara Tahun 1997 Nomor 9, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3670);
 - 3. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125 Tambahan Lembaran Negara 4437);
 - 4. Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126 Tambahan Lembaran Negara 4438);



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

5. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
6. Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Kementrian Negara Republik Indonesia;
7. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1277/Menkes/SK/XI/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
8. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 131/MENKES/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
9. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1131 Pembentukan Komite Nasional Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan;

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :
- Kesatu : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG RENCANA STRATEGI NASIONAL PENANGGULANGAN GANGGUAN PENGLIHATAN DAN KEBUTAAN UNTUK MENCAPAI VISION 2020.**
- Kedua : Rencana Strategi Nasional Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan untuk mencapai Vision 2020, sebagaimana tercantum dalam Lampiran keputusan ini.
- Ketiga : Rencana Strategi Nasional Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan untuk mencapai Vision 2020, sebagaimana dimaksud dalam diktum kedua merupakan acuan dalam pelaksanaan program Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan mulai bagi aparatur kesehatan di tingkat pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota.
- Keempat : Pembinaan dan pengawasan dalam pelaksanaan program Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan dilakukan oleh Menteri Kesehatan, Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan melibatkan organisasi Profesi.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Kelima : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 14 Oktober 2005



MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.Jp(K)



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

**Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 1473/Menkes/SK/X/2005
Tanggal : 14 Oktober 2005**

**RENCANA STRATEGI NASIONAL
PENANGGULANGAN GANGGUAN PENGLIHATAN DAN KEBUTAAN
UNTUK MENCAPAI *VISION 2020***

I. PENDAHULUAN

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan menyatakan bahwa upaya pembangunan Nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Kesehatan Indera Penglihatan merupakan syarat penting untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia dalam meningkatkan kualitas kehidupan masyarakat, dalam rangka mewujudkan manusia Indonesia yang cerdas, produktif, maju, mandiri, dan sejahtera lahir batin.

WHO memperkirakan terdapat 45 juta penderita kebutaan di dunia, di mana sepertiganya berada di Asia Tenggara. Diperkirakan 12 orang menjadi buta tiap menit di dunia, dan 4 orang di antaranya berasal dari Asia Tenggara, sedangkan di Indonesia diperkirakan setiap menit ada satu orang menjadi buta. Sebagian besar orang buta (tunanetra) di Indonesia berada di daerah miskin dengan kondisi sosial ekonomi lemah.

Hasil Survei Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran tahun 1993-1996, menunjukkan angka kebutaan 1,5%. Penyebab utama kebutaan adalah katarak (0,78%), glaukoma (0,20%), kelainan refraksi (0,14%), dan penyakit-penyakit lain yang berhubungan dengan lanjut usia (0,38 %). Besarnya jumlah penderita katarak di Indonesia saat ini berbanding lurus dengan jumlah penduduk usia lanjut yang pada tahun 2000 diperkirakan sebesar 15,3 juta (7,4% dari total penduduk). Jumlah dimaksud cenderung akan bertambah besar karena berdasarkan laporan Biro Pusat Statistik tahun 1993, jumlah penduduk usia lanjut di Indonesia pada tahun 2025 akan mengalami peningkatan sebesar 414% dibandingkan dengan keadaan pada tahun 1990.

Ini merupakan persentase kenaikan paling tinggi di seluruh dunia, karena pada periode waktu yang sama kenaikan di beberapa negara secara berturut-turut adalah Kenya 347%, Brazil 255%, India 242%, China 220%, Jepang 129%, Jerman 66% dan Swedia 33% (Kinsella & Tonber, 1993).



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Selain itu masyarakat Indonesia memiliki kecenderungan menderita katarak 15 tahun lebih cepat dibandingkan penderita di daerah subtropis. Sekitar 16% sampai dengan 22% penderita katarak yang dioperasi berusia di bawah 55 tahun.

Hal ini diduga berkaitan erat dengan faktor degeneratif akibat masalah gizi. Kebutaan bukan hanya mengganggu produktivitas dan mobilitas penderitanya, tetapi juga menimbulkan dampak sosial ekonomi bagi lingkungan, keluarga, masyarakat dan negara lebih-lebih dalam menghadapi pasar bebas.

Dibandingkan dengan angka kebutaan negara-negara di Regional Asia Tenggara, angka kebutaan di Indonesia (1,5%) adalah yang tertinggi (Bangladesh 1%, India 0,7%, Thailand 0,3%). Insiden katarak 0,1% dari seluruh jumlah penduduk (210 ribu orang) per tahun, sedangkan yang dioperasi baru lebih kurang 80.000 orang per tahun. Akibatnya timbul *backlog* (penumpukan penderita) katarak yang cukup tinggi. Penumpukan ini antara lain disebabkan oleh daya jangkau pelayanan operasi yang masih rendah, kurangnya pengetahuan masyarakat, tingginya biaya operasi, serta ketersediaan tenaga dan fasilitas pelayanan kesehatan mata yang masih terbatas.

Upaya-upaya pencegahan kebutaan di Indonesia telah dilaksanakan sejak tahun 1967 ketika kebutaan dinyatakan sebagai bencana nasional. Waktu itu, upaya diutamakan pada pemberantasan trachoma dan defisiensi vitamin A. Pada balita masalah Kekurangan Vitamin A (KVA) sudah bukan menjadi masalah kesehatan masyarakat, karena berdasarkan survei yang telah dilakukan menunjukkan bahwa prevalensi KVA klinis, yang ditunjukkan oleh prevalensi yang ditunjukkan oleh prevalensi Xerophthalmia (X1b) menurun dari 1,3% pada tahun 1980 menjadi 0,3% pada tahun 1992. Namun kita perlu waspada karena 50,2% balita masih menderita KVA subklinis yang ditandai dengan rendahnya serum retinol (serum retinol $<20\mu$ g/dl) yang sangat berpengaruh terhadap kelangsungan hidup anak.

Selama krisis ekonomi dan situasi politik yang tidak kondusif, terjadi kecenderungan meningkatnya KVA pada ibu dan balita di daerah miskin perkotaan. Beberapa laporan dari daerah dan data survei yang dilakukan oleh Helen Keller International (HKI) di beberapa daerah kumuh perkotaan, yaitu di Sumatera Barat, Nusa Tenggara Barat, Lampung, Sulawesi Selatan, Jawa Timur, Jawa Barat, Jawa Tengah dan DKI Jakarta pada tahun 1998 menunjukkan bahwa hampir 10 juta anak balita menderita KVA sub-klinis, dimana 60.000 diantaranya disertai dengan gejala bercak bitot (Xeroftalmia) yang terancam buta.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sejak 1984, Upaya Kesehatan Mata/Pencegahan Kebutaan (UKM/PK) sudah diintegrasikan ke dalam kegiatan pokok Puskesmas. Sedangkan program Penanggulangan Kebutaan Katarak Paripurna (PKKP) dimulai sejak 1987 baik melalui Rumah Sakit (RS) maupun Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM). Namun demikian, hasil survei tahun 1993-1996 menunjukkan bahwa angka kebutaan meningkat dari 1,2% (1982) menjadi 1,5% (1993-1996), padahal 90% kebutaan dapat ditanggulangi (dicegah atau diobati). Disamping masalah kebutaan, gangguan penglihatan akibat kelainan refraksi dengan prevalensi sebesar 22,1% juga menjadi masalah serius. Sementara 10% dari 66 juta anak usia sekolah (5-219 tahun) menderita kelainan refraksi. Sampai saat ini angka pemakaian kacamata koreksi masih rendah yaitu 12,5% dari prevalensi.

Apabila keadaan ini tidak ditangani secara sungguh-sungguh, akan terus berdampak negatif pada perkembangan kecerdasan anak dan proses pembelajarannya yang selanjutnya juga mempengaruhi mutu, kreativitas dan produktivitas angkatan kerja (15-55 tahun), yang diperkirakan berjumlah 95 juta orang (BPS, tahun 2000). Pada gilirannya nanti akan mengganggu laju pembangunan ekonomi nasional yang kini di titikberatkan pada pengembangan dan penguatan usaha kecil menengah (UKM) untuk mengentaskan golongan ekonomi lemah dari kemiskinan.

Kondisi-kondisi tersebut sudah menjadi masalah sosial yang tidak mungkin ditangani sendiri oleh Departemen Kesehatan, tetapi harus ditanggulangi secara terpadu oleh pemerintah dan seluruh unsur masyarakat. Lintas Sektor terkait (Departemen Dalam Negeri, Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Agama, Departemen Sosial, Departemen Tenaga Kerja) diharapkan dapat berperan aktif. Menyadari kondisi tersebut, Megawati Soekarnoputri (waktu itu Wakil Presiden) pada tanggal 15 Februari 2000 telah mencanangkan program WHO : *Vision 2020 – The Right to Sight* di Indonesia. Program ini merupakan inisiatif global untuk menanggulangi gangguan penglihatan dan kebutaan yang sebenarnya dapat dicegah/ direhabilitasi. Program ini dicanangkan di wilayah Asia Tenggara oleh Direktur Regional WHO Daerah Asia Tenggara pada tanggal 30 September 1999. Pencanaan ini berarti pemberian hak bagi setiap warganegara Indonesia untuk mendapatkan penglihatan optimal.

Sebagai tindak lanjut atas pencaangan *Vision 2020* dan mendukung tercapainya Indonesia Sehat 2010, dipandang perlu menyusun rencana strategis nasional yang bersifat lintas sektor dan lintas profesi. Oleh karena itu pada pelaksanaannya perlu mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku, agar dapat dilaksanakan secara komprehensif dan harmonis di pusat dan daerah.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

II. ANALISIS SITUASI

A. KEKUATAN

1. Tahun 1984 Upaya Kesehatan Mata/Pencegahan Kebutaan (UKM/PK) telah dirintis sehingga saat ini program UKM/PK telah menjadi kegiatan pokok Puskesmas dengan pendekatan kesehatan masyarakat (komunitas).
2. Terselenggaranya pelayanan kesehatan indera penglihatan baik oleh pemerintah maupun masyarakat/LSM yang lebih menekankan pada pelayanan luar gedung dalam rangka meningkatkan daya jangkau pelayanan operasi bedah katarak dan kelainan refraksi.
3. Tersedianya tenaga kesehatan terlatih (dokter umum dan perawat, ahli Gizi) dalam Upaya Kesehatan Mata/Pencegahan Kebutaan (UKM/PK) dan Penanggulangan Kebutaan Katarak Paripurna (PKKP).
4. Tersedianya Puskesmas di setiap Kecamatan di seluruh Indonesia.
5. Tersedianya RS pemerintah dan swasta di berbagai Propinsi dan Kabupaten/Kota.
6. Tersedianya Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) di 8 (delapan) Propinsi dan 1(satu) Balai Kesehatan Indera Masyarakat (BKIM).
7. Tersedianya sarana pendidikan dokter spesialis mata dan pendidikan ahli refraksionis.
8. Adanya kesediaan dan kesiapan untuk mobilisasi bagi tenaga dokter spesialis mata, perawat mahir mata, ahli gizi dan refraksionis optisien (RO) dan elektromedik.

B. KELEMAHAN

1. Kurangnya kepedulian pemerintah dan masyarakat dalam Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan
2. Belum tertatanya sistem pelayanan kesehatan Indera Penglihatan yang komprehensif.
3. Belum memadainya jumlah tenaga kesehatan terkait dibandingkan dengan jumlah penduduk yang harus dilayani :
 - a. Rasio dokter spesialis mata : 1:250.000) (WHO; 1:20.000**).
 - b. Rasio refraksionis optisien : 1:100.000* (WHO; 1: 10.000**).



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

4. Belum meratanya distribusi tenaga kesehatan terkait. Sebanyak tujuh puluh persen (70%) dokter spesialis mata berada di kota-kota besar di pulau Jawa.
5. Belum memadainya kompetensi tenaga kesehatan di tingkat pelayanan kesehatan primer.
6. Terbatasnya sarana dan prasarana penunjang untuk kegiatan PGPK.
7. Terbatasnya Puskesmas yang memiliki fasilitas peralatan pemeriksaan kesehatan mata dasar (28% dari jumlah Puskesmas yang ada).
8. Lemahnya manajemen penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan mulai dari pusat sampai ke daerah.
9. Terbatasnya jumlah lembaga pendidikan D3 Refraksionis Optisien (RO).
10. Tidak tersedianya sumber dana yang memadai baik dari pemerintah, swasta dan masyarakat untuk menunjang kegiatan PGPK.

C. PELUANG

1. Adanya lembaga swadaya masyarakat (LSM) dalam dan luar negeri, organisasi profesi dan kemasyarakatan, dunia usaha, serta media masa yang berperan serta dalam penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan.
2. Infrastruktur masyarakat yang mendukung yang dapat dilibatkan dalam Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutuhan seperti PKK, Dasawisma, Karang Taruna, Kader Kesehatan, Posyandu dll.
3. Pencanaan program WHO : *Vision 2020 - The Right to Sight*, memungkinkan untuk mendapat bantuan dari donor luar negeri dan dalam negeri.
4. Penetapan optikal yang distribusinya luas sebagai sarana kesehatan primer dengan adanya Keputusan Menteri Kesehatan.
5. Dengan otonomi daerah, Pemerintah Daerah mempunyai kewenangan merencanakan dan melaksanakan program-program pembangunan sesuai dengan kebutuhan setempat.
6. Berlangsungnya program penanggulangan Kurang Vitamin A (KVA) pada ibu nifas dengan pemberian kapsul vitamin A 2 x 200.000 SI pada masa nifasnya (0-42 hari) dan pada balita dengan pemberian vitamin A secara serempak 2 (dua) kali per tahun (setiap bulan Februari dan Agustus).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

D. TANTANGAN

1. Besarnya penumpukan (*backlog*) kasus kebutaan yang cenderung terus bertambah.
2. Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan saat ini belum menjadi program unggulan.
3. Banyaknya sarana kesehatan di tingkat Kabupaten/Kota yang belum memiliki fasilitas pemeriksaan kesehatan mata dan operasi katarak.
4. Banyaknya optikal tak berizin (*ilegal*), di sisi lain banyaknya optikal yang memiliki izin tetapi belum memadai.
5. Pengetahuan, sikap dan perilaku (PSP) masyarakat yang kurang mendukung terhadap kesehatan Indera Penglihatan dan upaya penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan.
6. Belum optimalnya perlindungan tenaga kerja terhadap masalah-masalah Indera Penglihatan.
7. Kemampuan ekonomi masyarakat yang masih rendah, menyebabkan upaya untuk berobat, membeli obat, atau membeli alat Bantu penglihatan (*kacamata*) belum menjadi prioritas kebutuhan.
8. Masih banyaknya anak balita menderita kurang Vitamin A secara subkilinis.

III. VISI, MISI, TUJUAN DAN SASARAN

A. VISI

Mata Sehat 2020 : Setiap penduduk Indonesia pada tahun 2020 memperoleh kesempatan/hak untuk melihat secara optimal.

B. MISI

1. Melakukan promosi kesehatan untuk pemberdayaan masyarakat tentang pentingnya peran mata sehat.
2. Menanggulangi gangguan penglihatan dan kebutaan di masyarakat secara dini.
3. Memfasilitasi pemerataan pelayanan kesehatan Indera Penglihatan yang bermutu dan terjangkau.
4. Menggalang kemitraan dengan masyarakat dan pihak-pihak terkait di dalam dan luar negeri untuk mewujudkan Mata Sehat 2020.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

C. TUJUAN

Tujuan umum :

Meningkatkan derajat kesehatan Indera Penglihatan guna mewujudkan manusia Indonesia yang berkualitas.

Tujuan khusus:

1. Meningkatnya upaya pelayanan kesehatan Indera Penglihatan.
2. Tersedianya sumber dana yang memadai dari pemerintah, swasta dan masyarakat di bidang kesehatan Indera Penglihatan.
3. Tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan Indera Penglihatan yang bermutu dan terjangkau sampai ke tingkat Kabupaten/Kota.
4. Tersedianya sistem informasi dan komunikasi timbal-balik terpadu dalam upaya kesehatan Indera Penglihatan.
5. Meningkatnya sumber daya manusia (dokter spesialis mata, perawat mahir mata, refraksionis optisien, tenaga elektromedik, tenaga ahli gizi) di bidang kesehatan Indera Penglihatan dan terdistribusi secara merata.
6. Meningkatnya peran serta dan pemberdayaan Pemerintah Daerah Propinsi dan Kabupaten/Kota untuk kesehatan Indera Penglihatan.
7. Meningkatnya kemampuan dan mutu lembaga penyelenggara pendidikan tenaga kesehatan di bidang kesehatan Indera Penglihatan.
8. Meningkatnya kepedulian masyarakat akan pentingnya kesehatan Indera Penglihatan.
9. Mantapnya manajemen PGPK mulai dari pusat, propinsi sampai ke daerah.

D. SASARAN

1. Seluruh lapisan masyarakat mulai dari balita, usia sekolah, usia produktif, dan lanjut usia.
2. Semua tenaga kesehatan yang berperan dalam penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan seperti dokter spesialis mata, dokter Puskesmas, refraksionis optisien, perawat Puskesmas, dan tenaga medik penunjang terkait.
3. Organisasi profesi terkait seperti Pehimpunan Dokter Spesialis Mata Indonesia (Perdami), Ikatan Refraksionis Optisien Indonesia (Iropin) dan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

4. Lembaga swadaya masyarakat terkait seperti Koalisi untuk Indonesia Sehat, Yayasan Dharmais, Lions Club, Rotary Club, Helen Keller International (HKI), Christoffel Blindenmission (CBM), dan JICA.
5. Organisasi kemasyarakatan seperti Gerakan Pramuka, PKK, Kowani, Dharma Wanita Persatuan, Dharma Pertiwi, Aisyiah Muhammadiyah, Fatayat NU, Perdhaki, PGI, Walubi, Parisada Hindu Dharma dan Saraswati.
6. Lembaga Peneliti dan pengembangan pelayanan kesehatan Indera Penglihatan.
7. Swasta yang terkait meliputi pabrik obat dan alat kesehatan, serta produsen/distributor lensa kaca mata, bingkai kaca mata dan lensa kontak.
8. Lembaga Pendidikan Tenaga Kesehatan Indera Penglihatan.

IV. STRATEGI DAN KEBIJAKAN OPERASIONAL

Mengingat besarnya masalah kesehatan Indera Penglihatan dan menyadari pentingnya kesehatan Indera Penglihatan maka perlu disusun strategi bagi penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan.

A. STRATEGI

1. Pendayagunaan Komite Nasional PGPK dan membentuk Komite PGPK Propinsi dan Kabupaten/Kota untuk menyatupadukan semua sumber daya, kegiatan, dana PGPK yang dilakukan oleh organisasi profesi, kemasyarakatan/LSM, dunia usaha, swasta dan pemerintah.
2. Meningkatkan advokasi dan komunikasi lintas sektor/program dalam PGPK.
3. Menggalang kemitraan dalam PGPK.
4. Penguatan manajemen program dan infrastruktur pelayanan dalam rangka PGPK.
5. Peningkatan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia yang terlibat dalam PGPK.
6. Mobilisasi sumber daya pemerintah, swasta, masyarakat dan lembaga donor dalam dan luar negeri yang mendukung pelaksanaan kegiatan PGPK.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

B. KEBIJAKAN OPERASIONAL

1. Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan (PGPK) dilaksanakan:
 - a. Sebagai bagian yang tidak terpisahkan, dari Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010 dan *Vision 2020 - The Right to Sight*.
 - b. Melalui pelayanan kesehatan primer yang ditunjang oleh sistem pelayanan rujukan kesehatan Indera Penglihatan serta perluasan pelayanan di berbagai tingkat.
 - c. Secara terdesentralisasi, yang menjamin keterpaduan perencanaan dan alokasi anggaran.
 - d. Sesuai dengan standar pelayanan yang efisien dan efektif.
 - e. Peningkatan sistem pelayanan kesehatan untuk menjamin tersedianya akses terhadap pelayanan kesehatan Indera Penglihatan yang berkualitas.
 - f. Berorientasi pada pembangunan manusia berkualitas, yang mampu menunjang kualitas kehidupan.
 - g. Bekerjasama dengan seluruh lapisan masyarakat untuk meningkatkan kepedulian terhadap gangguan penglihatan dan kebutaan.
 - h. Partisipatif, terkoordinasi serta sesuai dengan situasi dan kondisi setempat dengan mengembangkan strategi "milik daerah sendiri", sehingga diharapkan dapat memaksimalkan kualitas, pemanfaatan, dan kesinambungan kegiatan.
 - i. Pemberdayaan dan penguatan semua kegiatan yang telah ada, dengan pola kerjasama kemitraan, memaksimalkan sumber daya dan mencegah timbulnya kegiatan tumpang tindih.
 - j. Melibatkan semua tenaga kesehatan dan non kesehatan terkait.
2. Penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan berupaya memperoleh alokasi sumber daya untuk menjamin agar pelayanan kesehatan Indera Penglihatan dapat dijangkau oleh penduduk yang kurang mampu di manapun mereka berada.
3. Penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan dikembangkan berdasarkan pengalaman di lapangan.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

V. POKOK-POKOK KEGIATAN, TARGET DAN INDIKATOR PENANGGULANGAN GANGGUAN PENGLIHATAN DAN KEBUTAAN

STRATEGI I

Pendayagunaan Komite Nasional Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan (PGPK) dan membentuk Komite PGPK di Propinsi dan Kabupaten/Kota untuk menyatu padukan semua sumber daya, kegiatan, dana PGPK yang dilakukan oleh organisasi profesi, kemasyarakatan/LSM, dunia usaha, swasta dan pemerintah.

POKOK KEGIATAN :

1. Penyusunan tugas pokok, fungsi dan mekanisme kerja serta kriteria personalia Komite Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan di tingkat Pusat dan daerah.
2. Penyiapan landasan hukum.
3. Pembentukan Komite PGPK di pusat dan daerah.

TARGET :

1. Tersusunnya tugas pokok, fungsi, dan mekanisme kerja termasuk sistem pemantauan dan evaluasi Komite PGPK di tingkat pusat dan daerah dan tersedianya landasan hukum pembentukan Komite PGPK di pusat dan daerah.
2. Berfungsi Komite Nasional PGPK dan terbentuknya Komite PGPK di di seluruh Propinsi.

INDIKATOR :

1. Terbentuk dan berfungsinya Komite Nasional dan Daerah.
2. Prosentase Komite Daerah yang terbentuk per priode.
3. Prosentase Komite Daerah yang berfungsi per periode.

STRATEGI II

Meningkatkan advokasi dan komunikasi lintas sektor/program dalam Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan.

POKOK KEGIATAN :

1. Menyusun bahan-bahan advokasi dan komunikasi



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

2. Advokasi dan komunikasi kepada, pengambil keputusan di Pusat dan Daerah, DPR/DPRD, organisasi profesi, tokoh masyarakat serta *stake holder* lainnya
3. Meningkatkan pemanfaatan media cetak dan elektronik untuk membangun opini masyarakat yang mendukung program PGPK.
4. Membangun situs web.

TARGET :

1. Tersedianya bahan-bahan untuk advokasi dan komunikasi PGPK.
2. Terselenggaranya advokasi dan komunikasi yang efektif kepada Lintas Program dan Lintas Sektor di tingkat Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota.
3. Berperannya media cetak dan elektronik dalam penyebar luasan informasi PGPK dengan frekwensi minimal 4 (empat) kali pertahun di Pusat Propinsi dan Kabupaten/Kota .
4. Berfungsinya situs web di Pusat .

INDIKATOR :

1. Diterbitkannya peraturan daerah yang mendukung pelaksanaan kegiatan PGPK di Propinsi.
2. Persentase alokasi anggaran APBN/APBD terhadap kebutuhan untuk melaksanakan kegiatan PGPK di Propinsi.
3. Jumlah kunjungan dan interaksi ke situs web/tahun.

STRATEGI III

Menggalang kemitraan dalam PGPK.

POKOK KEGIATAN :

Inventarisasi mitra kerja potensial (sektor terkait, tim pembina UKS, organisasi profesi, assosiasi pengusaha, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), PKK, Pramuka, tokoh masyarakat, organisasi masyarakat, organisasi keagamaan dan lain-lain), dunia usaha dalam dan luar negeri;

1. Sosialisasi melalui seminar, publikasi dan bentuk kegiatan lain dengan *stake holder*.
2. Pengembangan model kemitraan
3. Penjalinan kerjasama (MOU).



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

TARGET :

1. Semua mitra kerja potensial terkait luar negeri telah menjalin kerjasama dengan pemerintah Pusat dan di seluruh Propinsi dan Kabupaten/Kota.
2. Setiap Komite PGPK di Pusat dan Daerah telah menjalin kerjasama dengan satu mitra kerja potensial terkait di seluruh propinsi dan Kabupaten/Kota.
3. Terlaksananya kegiatan yang tertulis dalam piagam kerjasama.

INDIKATOR :

1. % MoU dengan mitra kerja potensial dalam dan luar negeri.
2. % mitra kerja berpartisipasi dalam menyelesaikan masalah kebutaan.
3. % terlaksana kegiatan yang tertulis dalam piagam kerjasama.

STRATEGI IV

Penguatan Manajemen Program dan Infrastruktur Pelayanan PGPK.

POKOK KEGIATAN :

1. Penataan organisasi dan sistem pelayanan kesehatan Indera Penglihatan di Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota.
2. Peningkatan kemampuan manajerial program PGPK di Pusat, Propinsi, Kabupaten/Kota termasuk merencanakan kebutuhan anggaran.
3. Pengembangan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan Indera Penglihatan di Propinsi dan Kabupaten/Kota.

TARGET :

1. Tertatanya organisasi dan kerjasama antar komponen dalam sistem pelayanan kesehatan Indera Penglihatan di Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota. Meningkatnya kemampuan manajerial semua komponen yang terlibat dalam PGPK di Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota.
2. Kesiapan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan Indera Penglihatan di Propinsi dan Kabupaten/Kota meliputi SDM, peralatan, standar pelayanan, sistem pencatatan dan pelaporan, pendanaan sesuai dengan tingkat pelayanan.
3. Setiap dokter spesialis mata di Rumah Sakit Kabupaten/Kota dan BKMM, membina dan mengembangkan kemampuan/keterampilan tentang kesehatan Indera Penglihatan terhadap dokter dan perawat Puskesmas.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

INDIKATOR :

1. Berfungsinya sistem dan prosedur kerjasama antar komponen dalam sistem pelayanan kesehatan Indera Penglihatan di Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota.
2. Persentase Propinsi dan Kabupaten/Kota yang memiliki sistem dan prosedur kerjasama antar komponen dalam sistem pelayanan kesehatan Indera Penglihatan yang berfungsi.
3. Persentase cakupan pelayanan kesehatan Indera Penglihatan dalam PGPK: operasi katarak, deteksi dini kasus glaukoma, kelainan refraksi pada anak SD dan xeroftalmia
4. Persentase kesiapan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan Indera Penglihatan di Propinsi dan Kabupaten/Kota (SDM, peralatan, standar pelayanan, sistem pencatatan dan pelaporan, pendanaan) sesuai dengan tingkat pelayanan meliputi :
 - a. Persentase RS pemerintah dan RS swasta, BKMM, Puskesmas di masing-masing propinsi.
 - b. Persentase sarana kesehatan terlibat -dalam jejaring kerja PGPK.
 - c. Persentase SD yang melakukan penjangkaran kasus kelainan refraksi.
 - d. Persentase kenaikan *Cataract Surgical Rate (CSR)*.
 - e. Persentase dokter spesialis mata yang melakukan 12 operasi rehabilitasi/pencegahan kebutaan dalam 1 minggu.
5. Persentase dokter dan perawat Puskesmas yang telah dibina oleh Dokter Spesialis Mata Rumah Sakit Kabupaten/Kota/BKMM.

STRATEGI V

Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM yang terlibat dalam Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan (PGPK).

POKOK KEGIATAN :

1. Inventarisasi kuantitas dan distribusi ketenagaan dokter spesialis mata, residen mata, dokter umum terlatih, perawat mahir mata, refraksionis optisien, teknisi peralatan mata (ophthalmic technician), ahli gizi, elektromedik dan penyuluh kesehatan pada sarana pelayanan kesehatan;
2. Perencanaan Kebutuhan sumber daya manusia kesehatan (SDM kesehatan) yang dilengkapi sarana pelayanan
3. Peningkatan jumlah dan mutu ketenagaan melalui peningkatan sarana dan prasarana pendidikan



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

4. Pengembangan model pemerataan tenaga kesehatan melalui jejaring kerja PGPK sesuai kebutuhan pelayanan

TARGET :

1. Terinventarisasinya kuantitas dan distribusi ketenagaan dokter spesialis mata, dokter umum terlatih, perawat mahir mata, refraksionis optisien, teknisi peralatan mata (ophthalmic technician), ahli gizi, elektromedik dan tenaga penyuluh kesehatan pada sarana pelayanan kesehatan di Propinsi dan Kabupaten/Kota.
2. Terpenuhinya kebutuhan Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan pada sarana pelayanan:
 - a. Seluruh Rumah Sakit dan BKMM mempunyai ketenagaan Spesialis di Propinsi dan Kabupaten/Kota.
 - b. Setiap dokter spesialis mata di Rumah Sakit Propinsi, Kabupaten/Kota dan BKMM didampingi oleh minimal 2(dua) perawat mahir mata.
 - c. Seluruh Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan di Propinsi dan Kabupaten/Kota mempunyai Ahli Gizi.
 - d. Seluruh Rumah Sakit Propinsi, Kabupaten/Kota dan BKMM, mempunyai tenaga elektromedik yang memiliki keterampilan dalam pemeliharaan peralatan mata.
 - e. Semua tenaga pendukung termasuk tenaga penyuluh kesehatan masyarakat di Propinsi dan Kabupaten/Kota telah mendapatkan keterampilan penyuluhan dan deteksi dini di bidang kesehatan Indera Penglihatan.
 - f. Setiap Optikal telah mempunyai minimal 1 (satu) tenaga Diploma III Refraksionis Optisien di Propinsi dan Kabupaten/Kota.
 - g. Seluruh Akademi Refraksionis Optisien (ARO) yang ada telah terakreditasi "B".
3. Tersedianya model pemerataan tenaga kesehatan di setiap Propinsi dan Kabupaten/Kota melalui jejaring kerja PGPK.

INDIKATOR :

1. Ratio Dokter Spesialis Mata sesuai kebutuhan Propinsi dan Kabupaten/Kota.
2. Persentase perawat mahir mata pendamping dokter spesialis mata di Rumah Sakit Kabupaten/Kota dan BKMM.
3. Persentase ahli gizi yang bekerja di Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

4. Persentase tenaga Diploma III Repraksionis Optisien di sarana Optikal.
5. Persentase tenaga Teknisi Elektromedik terlatih peralatan mata di Rumah Sakit/Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/ Kota.

STRATEGI VI

Mobilisasi sumber daya swasta, masyarakat dan lembaga donor dalam dan luar negeri yang mendukung pelaksanaan kegiatan PGPK.

POKOK KEGIATAN :

1. Inventarisasi sumber daya, swasta, masyarakat dan lembaga donor dalam dan luar negeri;
2. Pendekatan kepada swasta, masyarakat dan lembaga donor dalam dan luar negeri;
3. Penyusunan rencana aksi pengumpulan dan pemanfaatan sumber daya masyarakat;
4. Koordinasi pengaturan dan pemanfaatan sumber daya, swasta, masyarakat dan lembaga donor dalam dan luar negeri;
5. Mobilisasi peranserta tenaga non kesehatan, antara lain: Guru SD, Pramuka, Kader, Karang Taruna, anggota PKK.

TARGET :

1. Tersedianya daftar inventaris sumber daya swasta, masyarakat dan lembaga donor dalam dan luar negeri;
2. Terlaksananya pertemuan dengan swasta, masyarakat dan lembaga donor dalam dan luar negeri untuk membahas dana kegiatan PGPK minimal 1(satu) kali/tahun;
3. Terlaksananya aksi pengumpulan dan pemanfaatan sumber daya masyarakat;
4. Tersusunnya dokumen kerjasama dalam pengaturan dan pemanfaatan sumber daya, swasta, masyarakat dan lembaga donor dalam dan luar negeri;
5. Adanya peran serta tenaga non kesehatan, antara lain: Guru SD, Pramuka, Kader, Karang Taruna, anggota PKK;
6. Semua sumber daya yang terhimpun telah berkontribusi untuk pelaksanaan kegiatan PGPK sesuai kebutuhan.

**INDIKATOR :**

1. Jumlah dokumen kerjasama yang telah terealisasi dalam pengaturan dan pemanfaatan sumber daya, swasta, masyarakat dan lembaga donor dalam dan luar negeri.
2. Jumlah sumber daya yang terhimpun.

VI. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pemantauan dan Evaluasi kegiatan PGPK diatur sebagai berikut.

Di Pusat

Berdasarkan Rencana Strategi Nasional Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan yang telah dirumuskan, maka pelaksanaan pokok kegiatan dari masing-masing strategi merupakan tanggung jawab dari seluruh unit di lingkungan Departemen Kesehatan sesuai tugas pokok dan fungsinya dan Komite Nasional Penanggulangan Gangguan penglihatan dan kebutaan bermitra dengan seluruh sektor terkait, organisasi profesi dan swasta.

Departemen Kesehatan cq. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat bertanggung jawab sebagai leading sector dan memonitor pelaksanaan Rencana Strategi Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan ini serta berkoordinasi dengan unit lain di lingkungan Depkes serta sektor lain terkait untuk mengoptimalkan sumber daya dan pelayanan

Di Propinsi

Pelaksanaan pokok kegiatan dari masing-masing strategi merupakan tanggung jawab dari seluruh unit kerja di Propinsi dan Komite Penanggulangan Gangguan penglihatan dan kebutaan Propinsi yang bermitra dengan seluruh sektor terkait, organisasi profesi dan swasta dengan leading sector yang ditentukan oleh Komite.

Di Kabupaten/Kota

Pelaksanaan pokok kegiatan dari masing-masing strategi merupakan tanggung jawab dari seluruh unit kerja di Kabupaten /Kota dan Komite Penanggulangan Gangguan penglihatan dan kebutaan Kabupaten/Kota yang bermitra dengan seluruh sektor terkait, organisasi profesi dan swasta dengan leading sector yang ditentukan oleh Komite.

Di Kecamatan

Pelaksanaan kegiatan PGPK merupakan tanggung jawab Puskesmas.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan diatur sebagai berikut :

Laporan kegiatan pelayanan PGPK yang dilakukan oleh Puskesmas dikirim ke Komite PGPK Kabupaten/Kota. Kemudian Komite Kabupaten/Kota mengolah dan menganalisis laporan dan memberikan umpan balik ke Puskesmas. Laporan hasil kegiatan akan digunakan sebagai bahan masukan untuk menyusun kegiatan yang akan datang sesuai kebutuhan daerah.

Laporan pelaksanaan pelayanan PGPK yang dibuat oleh Komite PGPK Kabupaten/Kota disampaikan ke Komite PGPK Propinsi setiap 6 bulan sekali.

Pelaksana pelayanan PGPK di Propinsi melaporkan hasil kegiatannya ke Komite PGPK Propinsi setiap 6 bulan sekali. Kemudian Komite PGPK Propinsi mengolah dan menganalisis laporan pelaksanaan PGPK dari Komite PGPK Kabupaten/Kota dan pelaksana pelayanan PGPK Propinsi dan memberikan umpan balik ke pelaksana pelayanan PGPK Propinsi dan Komite Kabupaten/Kota.

Komite PGPK Pusat memperoleh laporan Komite PGPK Propinsi setiap 6 bulan sekali, kemudian diolah dan dianalisis dan hasilnya digunakan sebagai umpan balik ke Komite PGPK Propinsi, Kabupaten/Kota serta sebagai laporan kepada Presiden

Kegiatan Pemantauan diatur sebagai berikut :

Kegiatan pemantauan secara langsung dilakukan dengan pengamatan lapangan dan secara tidak langsung dilakukan dengan menilai laporan.

VII. PENUTUP

Rencana Strategi Nasional Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan diharapkan dapat dipakai sebagai pedoman bagi Program Kesehatan Indera Penglihatan oleh semua pihak baik pemerintah maupun swasta. Kegiatan akan dipantau secara berkala untuk dapat disempurnakan.

Diharapkan dengan dilaksanakan pelbagai kegiatan ini masalah Kesehatan Indera penglihatan di Indonesia tidak lagi menjadi masalah Kesehatan Masyarakat.



MENTERI KESEHATAN,

[Handwritten Signature]
Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.Jp(K)