



BUPATI TULUNGAGUNG
PROVINSI JAWA TIMUR

PERATURAN BUPATI TULUNGAGUNG
NOMOR 41 TAHUN 2022
TENTANG
RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS
KABUPATEN TULUNGAGUNG TAHUN 2022-2027

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI TULUNGAGUNG,

- Menimbang : bahwa dalam rangka melaksanakan ketentuan Pasal 4 ayat (3) Peraturan Daerah Kabupaten Tulungagung Nomor 4 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Penyakit Tuberkulosis, maka perlu menetapkan Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkulosis Kabupaten Tulungagung Tahun 2022-2027 dengan Peraturan Bupati;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 33, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4700);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587),

6

7

- sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
 7. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan Antara Pemerintah Pusat Dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
 8. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5888), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
 9. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
 10. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
 11. Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 166);
 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1755);
 13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 122);
 14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);

15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
16. Peraturan Daerah Kabupaten Tulungagung Nomor 20 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Tulungagung (Lembaran Daerah Kabupaten Tulungagung Tahun 2016 Nomor 1 Seri D), sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Tulungagung Nomor 7 Tahun 2021 (Lembaran Daerah Kabupaten Tulungagung Tahun 2021 Nomor 1 Seri D);
17. Peraturan Daerah Kabupaten Tulungagung Nomor 4 Tahun 2019 tentang tentang Penanggulangan Penyakit Tuberkulosis (Lembaran Daerah Kabupaten Tulungagung Tahun 2019 Nomor 3 Seri E);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS KABUPATEN TULUNGAGUNG TAHUN 2022-2027.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Tulungagung.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Tulungagung.
3. Bupati adalah Bupati Tulungagung.
4. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah yang selanjutnya disingkat DPRD adalah Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Tulungagung.
5. Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung.
6. Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat TBC adalah penyakit menular yang disebabkan oleh Mycobacterium tuberculosis, yang dapat menyerang paru dan organ lainnya.
7. Eliminasi TBC adalah pengurangan terhadap TBC secara berkesinambungan guna menekan angka penyakit serendah mungkin agar tidak menjadi masalah kesehatan.
8. Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkulosis yang selanjutnya disebut RAD Penanggulangan TBC

adalah dokumen operasional kebijakan daerah jangka menengah dalam rangka penanggulangan TBC yang menerapkan pendekatan berbasis masyarakat dan pendekatan kelembagaan dalam rangka mendukung eliminasi TBC pada tahun 2030 dan pencapaian program pembangunan berkelanjutan/*Sustainable Development Goals* (SDG).

9. Penanggulangan Tuberkulosis yang selanjutnya disebut Penanggulangan TBC adalah segala upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif, tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif yang ditujukan untuk melindungi kesehatan masyarakat, menurunkan angka kesakitan, kecacatan atau kematian, memutuskan penularan mencegah resistensi obat dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan akibat Tuberkulosis.
10. Strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short Course*) TBC adalah strategi pengobatan penderita TBC dengan menggunakan obat jangka pendek dan diawasi langsung oleh pengawas yang dikenal dengan Pengawas Menelan Obat dan terdiri dari 5 (lima) komponen kunci yaitu :
 - a. Komitmen Politis, dengan peningkatan dan kesinambungan pendanaan;
 - b. Penemuan kasus melalui pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya;
 - c. Pengobatan yang standar, dengan supervise dan dukungan bagi pasien;
 - d. Sistem pengelolaan dan ketersediaan Obat Anti Tuberkulosis yang efektif dan efisien; dan
 - e. Sistem monitoring, pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program.
11. Surveilans TBC adalah kegiatan pemantauan dan analisis sistematis terus-menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit TBC atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhinya untuk mengarahkan tindakan penanggulangan} yang efektif dan efisien
12. Obat Anti Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat OAT adalah paket pengobatan yang dilakukan untuk penanganan penyakit Tuberkulosis.
13. Pengawas Minum Obat yang selanjutnya disingkat PMO adalah orang yang ditugaskan untuk mengawasi dan memastikan penderita TBC meminum obat.
14. *Human Immunodeficiency Virus* yang selanjutnya disingkat HIV adalah virus yang menyerang sel darah putih yang mengakibatkan menurunnya sistem

G

✓ I

- kekebalan tubuh manusia sehingga tubuh manusia mudah terserang oleh berbagai macam penyakit.
15. *Acquired Immune Deficiency Syndrome* yang selanjutnya disingkat AIDS adalah sekumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia akibat infeksi virus HIV.
 16. Orang dengan HIV dan AIDS yang selanjutnya disingkat ODHA adalah orang yang sudah terinfeksi virus HIV.
 17. *Public Private Mix* yang selanjutnya disingkat PPM adalah pelibatan semua fasilitas layanan kesehatan dalam upaya ekspansi layanan pasien TBC dan kesinambungan program penanggulangan TBC secara komprehensif di bawah koordinasi Dinas Kesehatan.
 18. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, yang selanjutnya disingkat SPM Bidang Kesehatan merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
 19. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Tulungagung.

BAB II PERAN DAN FUNGSI

Pasal 2

RAD Penanggulangan TBC Kabupaten Tulungagung Tahun 2022-2027 berperan sebagai rencana pengembangan kapasitas daerah untuk perluasan program penanggulangan TBC dan penyehatan lingkungan dalam rangka mendukung program percepatan eliminasi TBC Tahun 2030.

Pasal 3

RAD Penanggulangan TBC Kabupaten Tulungagung Tahun 2022-2027 berfungsi sebagai :

- a. instrumen kebijakan pengembangan program penanggulangan TBC daerah jangka menengah;
- b. rencana peningkatan kinerja penanggulangan TBC di Daerah;
- c. media internalisasi program atau kegiatan ke dalam program atau kegiatan perangkat daerah yang terkait; dan
- d. acuan pengalokasian APBD bagi program-program

peningkatan kinerja penanggulangan TBC.

BAB III RUANG LINGKUP

Pasal 4

Ruang lingkup Peraturan Bupati ini meliputi :

- a. Sistematika RAD;
- b. Pendanaan; dan
- c. Pemantauan dan evaluasi.

BAB IV SISTEMATIKA RAD

Pasal 5

- (1) RAD Penanggulangan TBC Kabupaten Tulungagung Tahun 2022-2027 disusun dengan sistematika sebagai berikut :
 - a. BAB I Pendahuluan;
 - b. BAB II Analisa Situasi;
 - c. BAB III Indikator Kinerja;
 - d. BAB IV Isu Strategis;
 - e. BAB V Strategi;
 - f. BAB VI Pembiayaan; dan
 - g. BAB VII Penutup.
- (2) RAD Penanggulangan TBC Kabupaten Tulungagung Tahun 2022-2027 sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tercantum dalam Lampiran Peraturan Bupati ini.

BAB V PENDANAAN

Pasal 6

Pendanaan RAD penanggulangan TBC Kabupaten Tulungagung Tahun 2022-2027 dibebankan pada APBD Kabupaten Tulungagung, dan/atau sumber dana lainnya yang sah dan tidak mengikat.

BAB VI PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pasal 7

- (1) Pemantauan dan Evaluasi RAD Penanggulangan TBC Kabupaten Tulungagung Tahun 2022-2027 dilaksanakan oleh Tim Teknis.
- (2) Tim Teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1)

ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

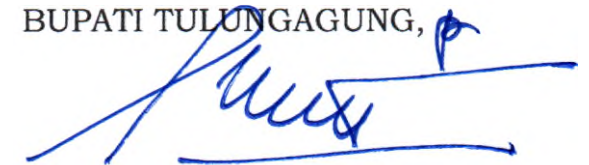
BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 8

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Tulungagung.

Ditetapkan di Tulungagung
Pada tanggal 25 Januari 2022
BUPATI TULUNGAGUNG,



④ MARYOTO BIROWO

Diundangkan di Tulungagung
Pada tanggal 25 Januari 2022
SEKRETARIS DAERAH



Drs. SUKAJI, M. Si.

Pembina Utama Madya

NIP. 19640119 198508 1 003

Berita Daerah Kabupaten Tulungagung Tahun 2022 Nomor 41

LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI TULUNGAGUNG
NOMOR : 41 TAHUN 2022
TANGGAL : 25 JANUARI 2022

RAD PENANGGULANGAN TBCC
KABUPATEN TULUNGAGUNG TAHUN 2022-2027

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indonesia masih menghadapi tantangan besar dalam penanggulangan dan pengendalian TBC. Meningkatnya kasus TBC MDR, TBC HIV, TBC DM, TBC pada anak dan masyarakat rentan lainnya menjadi beban berat bagi program kesehatan masyarakat di Indonesia. Hasil Survei Riskesdas tahun 2018 memperkirakan prevalensi TBC sebesar 420/100.000, berarti perkiraan penderita TBC yang ada di masyarakat saat ini 420 pasien dari 100.000 penduduk, sedangkan prevalensi di Provinsi di Jawa Timur sebesar 290/100.000 penduduk. Angka tersebut menekankan bahwa persoalan penanggulangan dan pengendalian TBC di Indonesia sangat memerlukan upaya serius dan berkelanjutan.

Amanat Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 9 yang menyatakan "*Setiap orang berkewajiban ikut mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, dimana pelaksanaannya meliputi upaya kesehatan perseorangan, upaya kesehatan masyarakat, dan pembangunan berwawasan kesehatan*", menjadi landasan penting dalam penanggulangan dan pengendalian TBC. Secara khusus pasal tersebut telah dipertegas dalam Standar Pelayanan Minimum (SPM) Bidang Kesehatan pada Pasal 2 Ayat 2 Huruf K dengan menyebutkan "*Setiap orang dengan TBC mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar*".

TBC adalah penyakit yang menular langsung yang disebabkan oleh kuman TBC (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TBC menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Kuman TBC berbentuk batang mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan Ziehl Neelsen, oleh karena itu disebut pula sebagai Bakteri Tahan Asam (BTA). Kuman dapat bertahan hidup dalam suhu yang sangat rendah yaitu antara 20°C sampai minus 70°C, namun sangat peka terhadap panas sinar matahari dan ultra violet. Didalam dahak pada suhu 300°-370°C kuman cepat mati dalam waktu seminggu, sedangkan apabila terpapar dengan sinar ultra violet secara langsung sebagian besar kuman akan mati dalam waktu beberapa menit.

Sumber penularan adalah pasien TBC paru BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman dalam udara dalam bentuk *droplet* (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau

droplet tersebut terhirup kedalam saluran napas. Setelah kuman TBC masuk kedalam tubuh manusia kedalam pernafasaan, kuman TBC dapat menyebar dari paru kebagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, sistem saluran getah bening atau menyebar langsung ke bagian tubuh lainnya. Daya penularan dari seorang pasien TBC ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut. Kemungkinan seseorang terinfeksi TBC ditentukan oleh konsentrasi *droplet* dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

Sekitar 75% pasien TBC adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15 – 50 Tahun). Diperkirakan seorang pasien TBC dewasa, akan kehilangan rata rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20 – 30%. Jika ia meninggal akibat TBC, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TBC juga memberikan dampak buruk lainya secara sosial, seperti stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat.

Penduduk Kabupaten Tulungagung pada tahun 2021 berjumlah 1.047.645 jiwa, maka perkiraan jumlah kasus TBC di Kabupaten Tulungagung adalah sebesar 2.391 kasus (seluruh kasus). Pada tahun 2021 ditemukan 709 kasus dan hal ini tentunya masih sangat jauh dari perkiraan jumlah kasus TBC di Kabupaten Tulungagung yakni sebesar 2.391 kasus, artinya masih terdapat 1.682 kasus TBC yang belum ditemukan. Oleh karena itu tentunya Program Pengendalian TBC di Kabupaten Tulungagung masih memerlukan banyak upaya peningkatan penemuan suspek dan penderita TBC.

Adapun tantangan yang selama ini dihadapi dalam program pengendalian TBC di kabupaten Tulungagung diantaranya terkait keterlibatan rumah sakit swasta, klinik swasta dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam pengendalian TBC terutama dalam hal jejaring rujukan dan koordinasi. Hal tersebut berdampak pada informasi pasien pindah dan mangkir terutama di rumah sakit, tidak dapat diketahui hasilnya serta hasil pengobatannya tidak terevaluasi. Oleh karena itu diperlukan komitmen semua pihak untuk membangun kembali jejaring eksternal antar petugas kesehatan di fasilitas kesehatan Kabupaten Tulungagung dan menyusun protokol serta kesepakatan jejaring eksternal yang akan menjadi dasar untuk melakukan koordinasi dan komunikasi terkait rujukan atau pelacakan pasien TBC yang tidak berobat secara teratur. Selain itu tidak kalah penting bahwa keberhasilan pengendalian dan keberhasilan pengobatan TBC juga memerlukan peran serta aktif masyarakat dalam menemukan suspek TBC, penderita TBC serta menjadi PMO.

Salah satu permasalahan yang perlu mendapat perhatian terkait dengan masih rendahnya temuan serta pengobatan TBC yang ada di Kabupaten Tulungagung adalah belum terlibatnya semua komponen terkait dalam upaya pengendalian TBC. Keterlibatan lintas sektor belum terlihat jelas, dan keterlibatan sektor kesehatan kurang maksimal. Untuk itu diperlukan sebuah kebijakan agar semua sektor terlibat secara aktif, kebijakan tersebut dapat

diwujudkan melalui penyusunan RAD pengendalian TBC di Kabupaten Tulungagung Tahun 2022-2027.

1.2 Maksud, Tujuan dan Fungsi RAD Pengendalian TBC

RAD Penanggulangan TBC adalah dokumen kebijakan daerah yang berisi komitmen untuk melakukan serangkaian tindakan, tugas atau langkah-langkah yang dirancang untuk eliminasi TBC, mengacu pada kebijakan nasional terkait (RPJMN, Renstra Kemkes, RAN TBC, dan lain-lain). RAD Penanggulangan TBC disusun dengan maksud sebagai dasar dan pedoman bagi perangkat daerah dan aparatur pemerintah daerah serta kelompok masyarakat di Kabupaten Tulungagung dalam melaksanakan upaya Penanggulangan TBC.

1) RAD Penanggulangan TBC bertujuan untuk:

- a. memberikan acuan dan pedoman bagi pemerintah daerah dan pihak terkait lainnya untuk meningkatkan komitmen dan kepemimpinan dalam upaya Penanggulangan TBC;
- b. memberikan acuan dalam membuat perencanaan dan penganggaran terkait Penanggulangan TBC;
- c. memberikan acuan dalam menyusun regulasi terkait Penanggulangan TBC; dan
- d. memberikan acuan untuk melakukan koordinasi perencanaan, pelaksanaan kegiatan, pemantauan dan evaluasi agar dicapai sinergi dalam upaya bersama meningkatkan penanggulangan TBC.

2) RAD Pengendalian TBC berfungsi sebagai:

- a. pedoman bagi perangkat daerah terkait dalam upaya menuju eliminasi TBC 2030;
- b. pedoman untuk memfasilitasi koordinasi dan integrasi program-program pelayanan publik yang terkait dengan upaya menuju eliminasi TBC 2030;
- c. pedoman untuk mensinergikan berbagai upaya penanggulangan TBC antar perangkat daerah dan pihak terkait lainnya; dan
- d. dokumen bagi masyarakat dan pihak-pihak lain yang berkepentingan untuk memantau pelaksanaan program Penanggulangan TBC di daerah.

3) RAD Penanggulangan TBC memiliki nilai strategis sebagai berikut:

- a. penyelenggaraan pelayanan publik, termasuk didalamnya pelayanan kesehatan merupakan tugas utama pemerintah daerah. Penanggulangan TBC merupakan salah satu pelayanan kesehatan dasar yang telah ditetapkan menjadi SPM yang wajib dipenuhi oleh pemerintah daerah;
- b. Strategi Penanggulangan TBC dalam RAD Penanggulangan TBC lebih banyak mengarah pada promosi, pencegahan dan perbaikan kualitas layanan; dan

- c. Penyusunan RAD Penanggulangan TBC yang tepat dan jaminan penganggaran yang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku merupakan hal-hal yang akan mendorong pemerintah daerah untuk lebih bersemangat melakukan penanggulangan TBC, terutama upaya promosi, pencegahan dan peningkatan kualitas layanan. Namun perlu dipahami oleh semua pemangku jabatan, terutama pemerintah daerah, bahwa RAD Penanggulangan TBC bukan sebuah kegiatan proyek yang selama ini terbatas pada tahun anggaran. RAD Penanggulangan TBC merupakan rencana aksi yang diintegrasikan dan terinternalisasi dalam setiap pelaksanaan tugas pokok dan fungsi masing-masing perangkat daerah terkait langsung maupun tidak langsung dengan kemitraan dari lembaga non pemerintah terkait yang perannya memberikan berbagai input apabila terjadi penyimpangan dalam pelaksanaan RAD Penanggulangan TBC.

1.3 Landasan Hukum dan Kebijakan RAD Penanggulangan TBC

Kabupaten Tulungagung telah mengembangkan dan menerapkan pola penanggulangan dan pengendalian TBC sejak tahun 1980 berlandaskan peraturan dan undang-undang yang berlaku agar penyelenggaraan program dan kegiatannya sesuai aturan dan tidak melanggar norma serta hak asasi penderita TBC, masyarakat maupun petugas kesehatan.

1.3.1 Landasan Hukum dan Dasar Penyusunan RAD Penanggulangan TBC

Berdasarkan amanat Pasal 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, serta memperhatikan Surat Gubernur Jawa Timur Nomor 440/16234/031/2016 tanggal 13 Oktober 2016 perihal Penyusunan Rencana Aksi Daerah Tuberkulosis dan Surat Gubernur Jawa Timur Nomor 440/761/012.4/2017 tanggal 31 Januari 2017 perihal Dukungan dalam Upaya Pencegahan dan Pengendalian TBC, Pemerintah Daerah menyelenggarakan pelayanan dasar kesehatan. Bahwasanya Pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab menyelenggarakan Penanggulangan TBC. Maka dalam akselerasi percepatan pengendalian TBC harus menjadi dasar kebijakan yang nantinya akan menjadi pedoman bagi Pemerintah Daerah dalam melaksanakan segala kegiatan yang dilakukan oleh semua pemangku kepentingan dalam hal percepatan eliminasi TBC di Kabupaten Tulungagung.

1.3.2 Kebijakan RAD Penanggulangan TBC

Secara umum kebijakan dalam RAD penanggulangan TBC di Tulungagung berfokus pada:

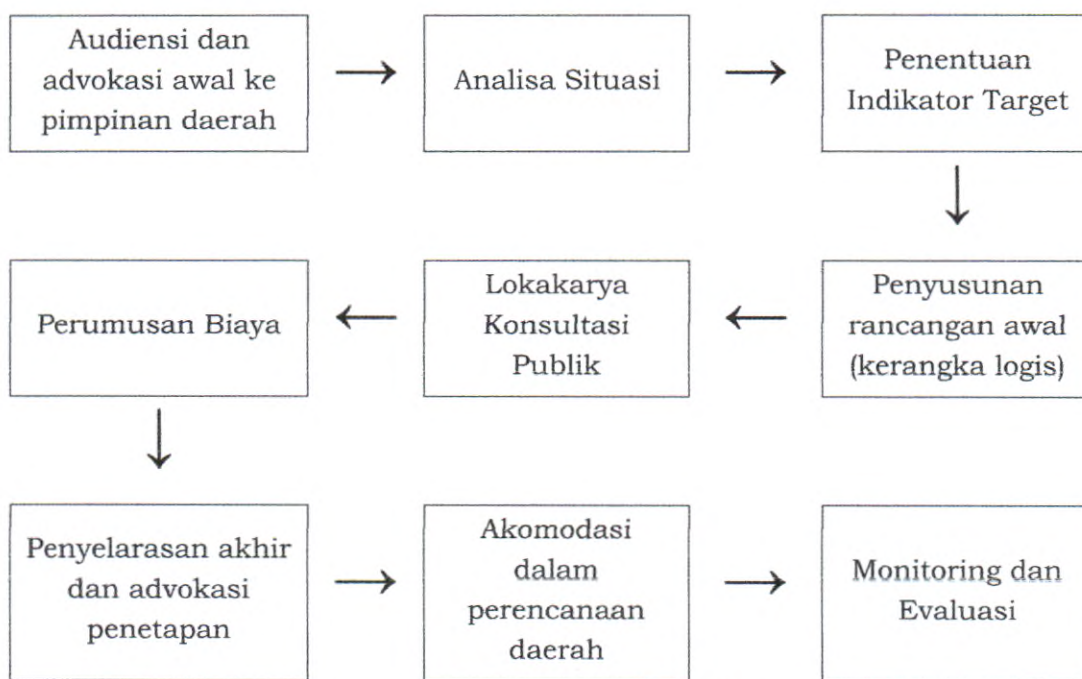
- a. Penemuan terduga TBC minimal 100%;
- b. Penemuan dan pengobatan (*treatment coverage*) penderita TBC seluruh kasus minimal 90%;
- c. persentase angka keberhasilan pengobatan TBC minimal 90%;
- d. adanya komitmen pemerintah dan swasta tentang program TBC dengan DOTS;
- e. meningkatkan kerjasama lintas program dan lintas sektor;

- f. mempersiapkan tenaga yang terlatih di semua unit pelayanan kesehatan;
- g. menyediakan kelengkapan sarana dan prasarana termasuk Obat yang berkesinambungan;
- h. meningkatkan dukungan serta peran serta aktif masyarakat dalam penemuan dan pengawasan minum obat pada penderita TBC;
- i. menyediakan sarana dan prasarana untuk program TBC seperti *sputum pot*, obat, reagen, *mantoux test*, slide, dan lain-lain; dan
- j. kenaikan *treatment coverage* minimal sebesar 5 % setiap tahun.

1.4 Proses Penyusunan RAD

Penyusunan RAD Penanggulangan TBC di Kabupaten Tulungagung telah dimulai pada bulan April 2016 setelah Dinas Kesehatan menugaskan staf untuk mengikuti Lokakarya tanggal 24 - 26 Agustus 2016 di Surabaya yang diselenggarakan oleh Sub Direktorat TBC - Kementerian Kesehatan bekerjasama dengan *Challenge TBC (CTBC)*. Tahapan-tahapan penyusunan RAD Penanggulangan TBC mengacu pada Petunjuk Teknis Penyusunan RAD.

Rangkaian proses penyusunan RAD Penanggulangan TBC Kabupaten Tulungagung dapat diketahui pada Gambar 1.1 sebagai berikut:



Gambar 1.1 Rangkaian Penanggulangan TBC Kabupaten Tulungagung

Adapun rincian agenda rangkaian proses penyusunan RAD Penanggulangan TBC Kabupaten Tulungagung sebagai berikut:

- 1) audiensi dan Advokasi awal ke Bupati telah dilaksanakan pada tanggal 27 April 2016;
- 2) analisa Situasi dilaksanakan pada tanggal 2 - 4 November 2016;

- 3) pertemuan untuk menentukan Indikator dan Target dilaksanakan pada tanggal 9 November 2016;
- 4) penyusunan Rancangan Awal RAD untuk menghasilkan draft Kerangka Logis dilaksanakan pada tanggal 10 – 11 November 2016;
- 5) *Focused Group Discussion* (FGD) untuk memastikan program dan kegiatan yang menjadi tanggungjawab perangkat daerah dan unit kerja lain yang terlibat dilaksanakan pada tanggal 23 – 25 November 2016;
- 6) Lokakarya Konsultasi Publik dilaksanakan pada tanggal 8 – 9 Maret 2017;
- 7) Perumusan pembiayaan dilaksanakan pada tanggal 4 – 7 April 2017;
- 8) Penyelarasan akhir dan advokasi penetapan dilaksanakan pada tanggal 3 – 4 Juli 2017; dan
- 9) Konsultasi Anggaran kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah dilaksanakan pada tanggal 11 Juli 2017.

1.5 Daftar Istilah dan Singkatan

1. *Bacille Calmette Guerin*, yang selanjutnya disebut BCG adalah vaksin untuk tuberkulosis yang dibuat dari baksil tuberkulosis (*Mycobacterium bovis*) yang dilemahkan dengan dikulturkan di medium buatan selama bertahun-tahun.
2. *Case Notofication Rate*, yang selanjutnya disebut CNR adalah angka yang menunjukkan jumlah pasien baru yang ditemukan dan tercatat diantara 100.000 penduduk dalam suatu wilayah.
3. *Treatment Coverage (TC)* adalah jumlah kasus TB yang diobati dan dilaporkan pada tahun tertentu dibagi dengan perkiraan jumlah insiden kasus TB pada tahun yang sama dan dinyatakan dalam persentase
4. *Challenge Tuberculosis*, yang selanjutnya disebut C-TBC adalah organisasi nirlaba internasional yang secara khusus berfokus pada pengentasan tuberkulosis (TBC) di seluruh dunia dengan memperkuat sistem kesehatan dalam penanggulangan TBC di tingkat global dan lokal.
5. Dokter Praktik Mandiri, yang selanjutnya disebut DPM adalah dokter yang membuka praktik secara pribadi.
6. Fasilitas Pelayanan Kesehatan, yang selanjutnya disebut Fasyankes adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif oleh pemerintah, pemerintah daerah dan atau masyarakat.
7. *Human Immunodeficiency Virus*, yang selanjutnya disingkat HIV adalah virus yang menyerang sel darah putih yang mengakibatkan menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia sehingga tubuh manusia mudah terserang oleh berbagai macam penyakit.
8. Indikator Kinerja Individu, yang selanjutnya disebut IKI adalah ukuran atau Indikator yang menginformasikan penilaian kerja seseorang.

9. Indikator Kinerja Utama, yang selanjutnya disebut IKU adalah ukuran atau Indikator yang akan memberikan informasi sejauh mana kita telah berhasil mewujudkan sasaran strategis yang telah kita tetapkan.
10. *Incidence Rate*, yang selanjutnya disebut IR adalah frekuensi penyakit atau kasus baru yang berjangkit dalam masyarakat di suatu tempat atau wilayah atau negara pada waktu tertentu (umumnya 1 tahun) dibandingkan dengan jumlah penduduk yang mungkin terkena penyakit baru tersebut.
11. *International Standard Tuberculosis Care*, yang selanjutnya disebut ISTC adalah merupakan pedoman internasional perawatan TBC yang mencakup diagnosis, pengobatan dan upaya kesehatan masyarakat.
12. Kejadian Luar Biasa, yang selanjutnya disebut KLB adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu.
13. Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan, yang selanjutnya disebut LAKIP merupakan produk akhir SAKIP yang menggambarkan kinerja yang dicapai oleh suatu instansi pemerintah atas pelaksanaan program dan kegiatan yang dibiayai APBN/APBD.
14. *Lot Quality Sampling Assessment* yang selanjutnya disebut LQAS adalah metode random sampling yang dikembangkan pada tahun 1920 sebagai alat untuk meninjau kualitas produksi.
15. Lanjut usia yang selanjutnya disebut Lansia adalah orang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun.
16. *Mandatory notification* adalah kewajiban melapor setiap Fasyankes di luar Puskesmas (DPM, Klinik, Rumah sakit), yang dalam teknis pelaporannya dapat dilakukan melalui Puskesmas langsung ke Dinas Kesehatan.
17. *Memorandum of Understanding*, selanjutnya disebut MoU adalah sebuah dokumen legal yang menjelaskan persetujuan antara dua belah pihak MoU
18. Masker N95 adalah masker yang memiliki kerapatan lebih tinggi daripada masker bedah dan mampu menghalangi 95 persen partikel masuk.
19. Pengawas Minum Obat, yang selanjutnya disebut PMO adalah seseorang yang bertugas untuk mengawasi, memberikan dorongan dan memastikan penderita TBCC menelan Obat Anti TBCC.
20. Pengobatan Pencegahan dengan INH, yang selanjutnya disebut PP INH adalah salah satu intervensi kesehatan masyarakat sebagai pencegahan TBC pada penderita HIV.
21. Pos Kesehatan Pesantren, yang selanjutnya disebut Poskestren adalah pesantren yang memiliki kesiapan, kemampuan, serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan secara mandiri sesuai dengan kemampuannya.
22. Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkulosis, yang selanjutnya disebut RAD Penanggulangan TBC adalah dokumen operasional kebijakan daerah jangka menengah dalam rangka penanggulangan TBC yang menerapkan pendekatan berbasis masyarakat dan pendekatan

✓
I

kelembagaan dalam rangka mendukung eliminasi TBC pada tahun 2030 dan pencapaian program pembangunan berkelanjutan/*sustainable development goals* (SDG)

23. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional, yang selanjutnya disebut RPJMN adalah tahap ketiga dari pelaksanaan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005-2025 yang ditetapkan melalui Perpres No. 2 Tahun 2015 yang telah ditandatangani tanggal 8 Januari 2015
24. Rencana Strategis, yang selanjutnya disebut Renstra adalah suatu dokumen yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai dalam kurun waktu 1-5 tahun sehubungan dengan tugas dan fungsi perangkat daerah serta memperhitungkan lingkungan strategis.
25. Sistem Informasi Tuberkulosis Terpadu, yang selanjutnya disebut SITB adalah aplikasi TBC elektronik yang bertujuan untuk mempermudah pengelolaan data dan penyelesaian laporan.
26. Standar Prosedur Operasional, yang selanjutnya disebut SPO adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan administrasi pemerintah
27. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, yang selanjutnya disingkat SPM Bidang Kesehatan merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
28. Sumber Daya Manusia yang selanjutnya disebut SDM adalah salah satu faktor yang sangat penting bahkan tidak dapat dilepaskan dari sebuah organisasi, baik institusi maupun perusahaan.
29. Survei Sosial Ekonomi Nasional, yang selanjutnya disebut Susenas adalah survei menyediakan data yang berkaitan dengan kondisi sosial ekonomi masyarakat meliputi kondisi kesehatan, pendidikan, fertilitas, keluarga berencana, perumahan dan kondisi sosial ekonomi lainnya.
30. Temukan Obati Tuberkulosis Sampai Sembuh, yang selanjutnya disebut TOSS TBC adalah slogan sekaligus kegiatan nyata di masyarakat melalui penemuan secara aktif dan masif sekaligus mending PasienTBC yang sedang berobat untuk berobat hingga sembuh
31. Tes Cepat Molekuler, yang selanjutnya disebut TCM Pemeriksaan laboratorium untuk uji kepekaan *Mycobacterium tuberculosis* mengurai DNA bakteri dan menggunakan ultrasonik untuk menghancurkan sel bakteri secara cepat.
32. Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat TBC adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang paru dan organ lainnya.
33. Tuberkulosis *All Case*, yang selanjutnya disebut TBC *All Case* adalah jumlah seluruh kasus Tuberkulosis baik yang memiliki hasil positif maupun negatif.

34. Tuberkulosis Diabtes Mellitus, yang selanjutnya disebut TBC DM adalah penderita Tuberkulosis yang disertai dengan koinfeksi penyakit Diabetes Mellitus
35. Tuberkulosis *Human Immunodeficiency Virus*, yang selanjutnya disebut TBC HIV adalah penderita Tuberkulosis yang disertai dengan koinfeksi penyakit HIV/AIDS.
36. Tuberkulosis Resisten Obat, yang selanjutnya disebut TBC RO adalah penyakit TBC yang disebabkan *Mycobacterium tuberculosis* yang sudah mengalami kekebalan terhadap OAT
37. *World Health Organization*, yang selanjutnya disebut WHO adalah salah satu badan PBB yang bertindak sebagai koordinator kesehatan umum internasional dan bermarkas di Jenewa, Swiss.
38. *Ziehl Neelsen* merupakan reagen yang digunakan dalam pemeriksaan mikroskopis Bakteri Tahan Asam (BTA) dari jenis *Mycobacterium*
39. *Corporate Social Responsibility*, yang selanjutnya disebut CSR adalah suatu tindakan atau konsep yang dilakukan oleh perusahaan (sesuai kemampuan perusahaan tersebut) sebagai bentuk tanggungjawab mereka terhadap sosial/lingkungan sekitar dimana perusahaan itu berada

BAB II

ANALISA SITUASI

2.1 Situasi Umum Daerah

a. Geografi

Kabupaten Tulungagung terletak pada koordinat $111^{\circ}43'$ - $112^{\circ}07'$ Bujur Timur dan $7^{\circ}51'$ - $8^{\circ}18'$ Lintang Selatan, memiliki luas wilayah $1.055,65 \text{ Km}^2$. Berjarak 154 Km arah Barat Daya dari Kota Surabaya.

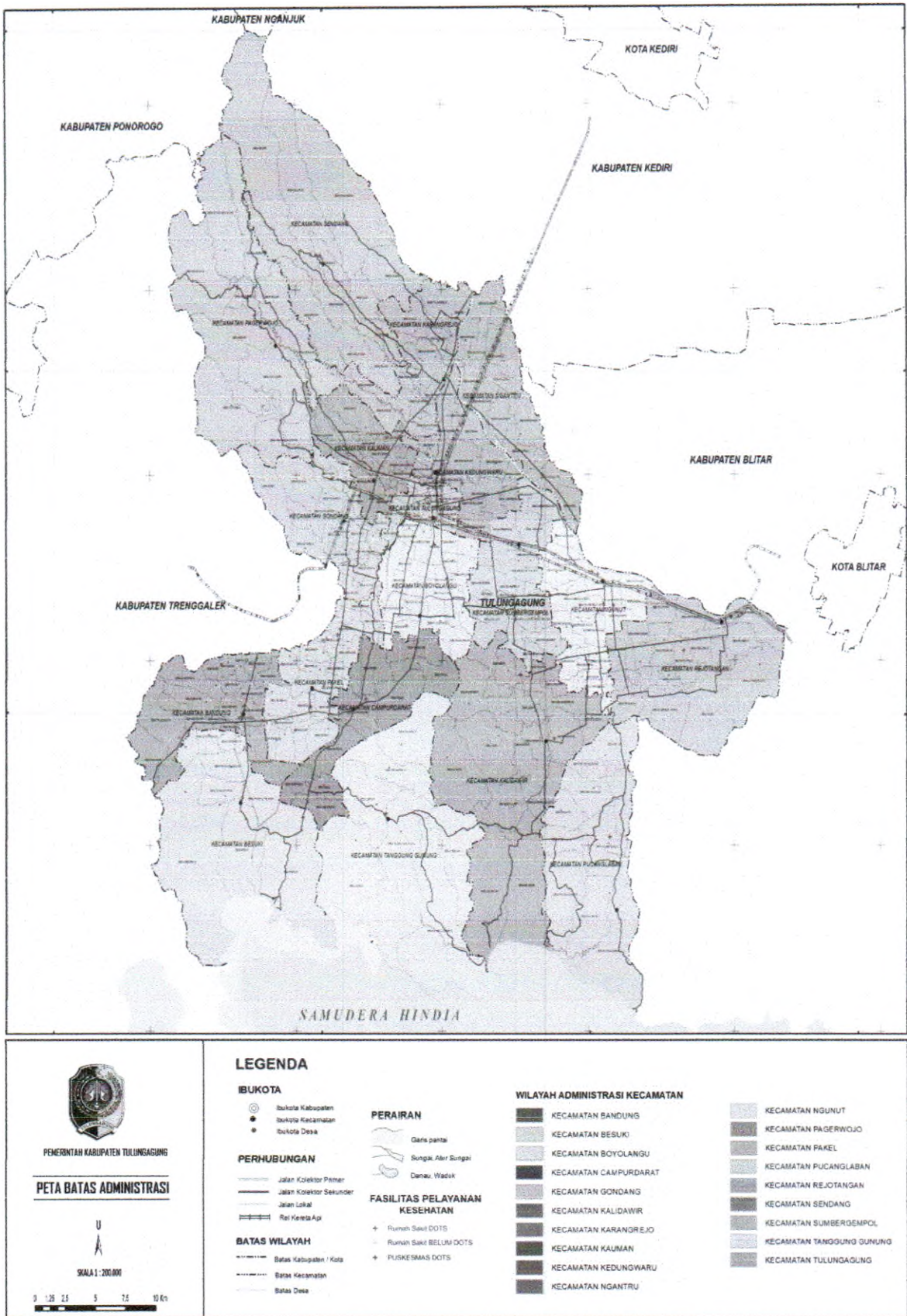
Berbentuk dataran yang subur pada bagian utara tengah dan timur, sebagian ada pegunungan dan Samudra Indonesia sepanjang batas selatan.

Adapun batas wilayahnya adalah sebagai berikut:

1. Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Kediri;
2. Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Blitar;
3. Sebelah Selatan berbatasan dengan Samudera Indonesia; dan
4. Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Trenggalek.

Wilayah Kabupaten Tulungagung terdiri dari dataran rendah, perbukitan bergelombang serta daerah lereng Gunung Wilis. Adapun peta geografisnya dapat dilihat pada gambar 2.1 dan secara garis besar dapat dibedakan sebagai berikut:

1. Bagian Utara (barat daya) seluas 25%, adalah daerah lereng gunung yang relatif subur yang merupakan bagian tenggara dari Gunung Wilis;
2. Bagian Selatan seluas 40% adalah daerah perbukitan yang relatif tandus, namun kaya akan potensi hutan (walaupun akhir-akhir ini terjadi kerusakan besar-besaran) dan bahan tambang merupakan bagian dari pegunungan selatan Jawa Timur; dan
3. Bagian Tengah seluas 35% adalah dataran rendah yang subur dimana dataran ini dilalui oleh Sungai Brantas dan Sungai Ngrowo beserta cabang-cabangnya.



Gambar 2.1 Peta Geografis Kabupaten Tulungagung

Letak geografis yang merupakan perlintasan kota besar di Jawa Timur bagian selatan mempengaruhi mobilitas penduduk dan hal ini berpengaruh terhadap penyebaran penyakit dan juga pelayanan publik (kesehatan) yang lintas wilayah. Arus mobilitas umum dari sebelah timur Kabupaten Tulungagung antara lain wilayah Kabupaten Malang dan Kabupaten Blitar; dari sebelah barat antara lain wilayah Kabupaten Ponorogo dan Kabupaten Trenggalek; dari sebelah utara antara lain wilayah Kabupaten Kediri, Kabupaten Nganjuk dan Kabupaten Jombang menuju ke Kabupaten Tulungagung menjadikan Tulungagung sebagai tujuan menetap ataupun lokasi transit. Kondisi ini perlu diwaspadai pengaruhnya terhadap potensi penyebaran penyakit pada masyarakat.

b. Demografi

Jumlah penduduk Kabupaten Tulungagung dicatat dari data Biro Pusat Statistik Kabupaten Tulungagung dalam 5 tahun terakhir (2017 – 2021) mengalami pertumbuhan rata-rata sebesar 0,66%. Angka pertumbuhan ini masih lebih rendah dibandingkan dengan laju pertumbuhan penduduk rata-rata di Provinsi Jawa Timur yang mencapai 0,71%.

Tabel 2.1 Jumlah Penduduk Kabupaten Tulungagung Tahun 2017-2021

Tahun	Jumlah Penduduk	Laju Pertumbuhan
2017	1.030.790	0,46
2018	1.035.290	0,46
2019	1.039.284	0,52
2020	1.043.182	0,93
2021	1.047.645	0,93

Usia produktif 24-55 tahun merupakan kelompok usia yang paling banyak kasus tuberkulosis di Kabupaten Tulungagung. Dari jumlah kasus TBC yang ditemukan pada Tahun 2021 sebanyak 709 kasus 52,1% didominasi kelompok usia ini. Dari data tersebut dapat disimpulkan pada kelompok usia produktif dan yang mempunyai kesempatan kerja dan mobilitas yang tinggi rentan terkena dan menularkan TBC.

c. Kepadatan Penduduk.

Luas Kabupaten Tulungagung adalah 1.055,65 KM² dengan jumlah Penduduk Tahun 2021 sebanyak 1.047.645 jiwa, sehingga rata-rata kepadatan penduduk Kabupaten Tulungagung sebesar 1.038,78 jiwa/Km².

Tabel 2.2 Jumlah Kasus TBC *All Case* Tiap Kecamatan Kabupaten Tulungagung

NO.	KECAMATAN	LUAS WILAYAH (km ²)	JUMLAH PENDUDUK	KEPADATAN PENDUDUK per km ²	KASUS TBC ALL CASE
1.	Besuki	82,16	36.721	468	19
2.	Bandung	41,96	45.765	1.148	21
3.	Pakel	36,06	51.624	1.485	28
4.	Campurdarat	39,56	55.479	1.457	30
5.	Tanggunggunung	117,73	24.547	221	16
6.	Kalidawir	97,81	71.529	760	33
7.	Pucanglaban	82,94	24.385	315	14
8.	Rejotangan	66,49	77.356	1.222	35
9.	Ngunut	37,70	79.528	2.205	54
10.	Sumbergempol	39,28	69.048	1.825	36
11.	Boyolangu	38,44	79.096	2.178	49
12.	Tulungagung	13,67	64.531	4.816	76
13.	Kedungwaru	29,74	87.814	3.196	126
14.	Ngantru	37,03	55.512	1.557	36
15.	Karangrejo	35,54	42.505	1.231	35
16.	Kauman	30,84	50.525	1.582	36
17.	Gondang	44,02	57.267	1.339	26
18.	Pagerwojo	88,22	30.175	356	8
19.	Sendang	96,46	44.597	489	31
JUMLAH		1.055,65	1.047.645	892	709

Dari data yang ada pada tabel 2.2 di atas, kasus tuberkulosis di Kabupaten Tulungagung terjadi pada daerah dengan jumlah penduduk yang banyak. Ini menunjukkan dimana kontak erat dalam penularan TBC dan intensitas serta cara penularan TBC melalui udara dapat dengan mudah akan terjadi pada kelompok populasi yang padat. Didukung dengan lingkungan yang kurang bagus serta pola sosial yang tidak menerpakan perilaku hidup bersih dan sehat akan memperburuk keadaan dimana terjadinya penularan akan semakin tinggi.

d. Sosial Ekonomi

1) Beban Tanggungan

Untuk mengetahui beban tanggungan usia produktif digunakan indicator angka ketergantungan, dimana angka rata-rata beban

ketergantungannya di Kabupaten Tulungagung adalah 36,40% angka ini diperoleh dari perbandingan antara jumlah penduduk usia non produktif sebanyak 279.581 jiwa terhadap jumlah penduduk usia produktif sebanyak 768.064 jiwa.

2) Angka Melek Huruf

Kemampuan penduduk untuk menyerap informasi termasuk informasi kesehatan berhubungan erat dengan angka melek huruf. Pada tahun 2021, seluruh penduduk Kabupaten Tulungagung yang berusia 10 tahun keatas 100% sudah melek huruf.

Dengan semakin maju teknologi dan informasi serta angka melek huruf yang tinggi, akses informasi, membuat masyarakat semakin mengerti dan sadar akan pentingnya kesehatan serta penyakit TBC. Sehingga masyarakat akan memeriksakan dirinya ke fasilitas kesehatan untuk mengetahui kesehatannya.

e. Epidemiologi TBC

TBC sampai saat ini merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Kabupaten Tulungagung walaupun upaya pengendalian dengan strategi DOTS telah diterapkan sejak tahun 2005 namun masih belum maksimal hasilnya. Pada tahun 2021 diperkirakan terdapat 2.391 kasus TBC namun yang ditemukan dan diobati sebanyak 709, dimana 21 diantaranya adalah pasien TBC dengan HIV positif. Kasus TBC-MDR tahun 2021 sebanyak 10 orang 2 diantaranya masih dalam pengobatan, 2 sembuh, 1 *loss to follow up* dan 5 lainnya meninggal dunia. Meskipun kasus TBC sebagian besar terjadi pada pria (sebanyak 406 kasus atau 57%) tetapi angka kesakitan pada wanita akibat TBC juga cukup tinggi (sebanyak 303 kasus 43%). Pada tahun 2021 proporsi kasus TBC anak diantara seluruh kasus TBC secara keseluruhan mencapai 16% (116 kasus).

Sekitar 59,95% pasien TBC adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15-55 tahun). Diperkirakan seorang pasien TBC dewasa, akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20-30%. Jika ia meninggal akibat TBC, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TBC juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial, seperti stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat.

Penyebab utama meningkatnya beban masalah TBC antara lain adalah:

- 1) kemiskinan pada berbagai kelompok masyarakat;
- 2) pertumbuhan ekonomi yang tinggi tetapi dengan disparitas yang terlalu lebar, sehingga masyarakat masih mengalami masalah dengan kondisi sanitasi, papan, sandang dan pangan yang buruk;
- 3) beban determinan sosial yang masih berat seperti angka pengangguran, tingkat pengetahuan yang masih rendah, pendapatan per kapita yang masih rendah yang berakibat pada kerentanan masyarakat terhadap TBC;

- 4) kegagalan program TBC selama ini;
- 5) kolaborasi TBC HIV dan munculnya morbiditas TBC DM;
- 6) tidak memadainya organisasi pelayanan TBC (kurang terakses oleh masyarakat, penemuan kasus /diagnosis yang tidak standar, obat tidak terjamin penyediaannya, tidak dilakukan pemantauan, pencatatan dan pelaporan yang standar, dan sebagainya);
- 7) tidak memadainya tatalaksana kasus (diagnosis dan paduan obat yang tidak standar, gagal menyembuhkan kasus yang telah didiagnosis);
- 8) salah persepsi terhadap manfaat dan efektifitas BCG;
- 9) komitmen fasilitas kesehatan yang belum maksimal pada strategi DOTS;
- 10) belum adanya sistem jaminan kesehatan yang bisa mencakup masyarakat luas secara merata;
- 11) besarnya masalah kesehatan lain yang bisa mempengaruhi tetap tingginya beban TBC seperti gizi buruk, merokok, diabetes;
- 12) dampak pandemi HIV. Pandemi HIV/AIDS di dunia akan menambah permasalahan TBC. Koinfeksi dengan HIV akan meningkatkan risiko kejadian TBC secara signifikan; dan
- 13) kekebalan ganda kuman TBC terhadap obat anti TBC yang disebut sebagai TBC-MDR semakin menjadi masalah akibat kasus yang tidak berhasil disembuhkan. Keadaan tersebut pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya epidemi TBC yang sulit ditangani.

TBC adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman dari kelompok *Mycobacterium* yaitu *Mycobacterium tuberculosis*. Terdapat beberapa spesies *Mycobacterium*, antara lain *M. tuberculosis*, *M. africanum*, *M. bovis*, *M. leprae* dan sebagainya yang juga dikenal sebagai Basil Tahan Asam (BTA). Kelompok bakteri *Mycobacterium* selain *Mycobacterium tuberculosis* yang bisa menimbulkan gangguan pada saluran nafas dikenal sebagai MOTT (*Mycobacterium Other Than Tuberculosis*) yang terkadang bisa mengganggu penegakan diagnosis dan pengobatan TBC. Untuk itu pemeriksaan bakteriologis yang mampu melakukan identifikasi terhadap *Mycobacterium tuberculosis* menjadi sarana diagnosis ideal untuk TBC. Secara umum sifat kuman TBC (*Mycobacterium tuberculosis*) adalah sebagai berikut:

- 1) berbentuk batang dengan panjang 1 – 10 mikron, lebar 0,2 – 0,6 mikron;
- 2) bersifat tahan asam dalam pewarnaan dengan metode *Ziehl Neelsen*;
- 3) memerlukan media khusus untuk biakan, antara lain *Lowenstein Jensen*, *Ogawa*;
- 4) kuman nampak berbentuk batang berwarna merah dalam pemeriksaan dibawah mikroskop;

- 5) tahan terhadap suhu rendah sehingga dapat bertahan hidup dalam jangka waktu lama pada suhu antara 4°C sampai minus 70°C;
- 6) kuman sangat peka terhadap panas, sinar matahari dan sinar ultraviolet;
- 7) paparan langsung terhadap sinar ultraviolet, sebagian besar kuman akan mati dalam waktu beberapa menit;
- 8) dalam dahak pada suhu antara 30 – 37°C akan mati dalam waktu lebih kurang 1 minggu; dan
- 9) Kuman dapat bersifat dorman (tidur) atau tidak berkembang.

Cara Penularan TBC adalah pasien TBC BTA positif melalui percik renik dahak yang dikeluarkannya. Namun, bukan berarti bahwa pasien TBC dengan hasil pemeriksaan BTA negatif tidak mengandung kuman dalam dahaknya. Hal tersebut bisa saja terjadi oleh karena jumlah kuman yang terkandung dalam contoh uji \leq dari 5.000 kuman/cc dahak sehingga sulit dideteksi melalui pemeriksaan mikroskopis langsung. Pasien TBC dengan BTA negatif juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TBC. Tingkat penularan pasien TBC BTA positif adalah 65%, pasien TBC BTA negatif dengan hasil kultur positif adalah 26% sedangkan pasien TBC dengan hasil kultur negatif dan foto Toraks positif adalah 17%. Infeksi akan terjadi apabila orang lain menghirup udara yang mengandung percik renik dahak yang infeksius tersebut. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak. Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak.

Faktor risiko untuk menjadi sakit TBC adalah tergantung dari:

- 1) konsentrasi / jumlah kuman yang terhirup;
- 2) lamanya waktu sejak terinfeksi;
- 3) usia seseorang yang terinfeksi; dan
- 4) tingkat daya tahan tubuh seseorang.

Seseorang dengan daya tahan tubuh yang rendah diantaranya infeksi HIV/AIDS dan malnutrisi (gizi buruk) akan memudahkan berkembangnya TBC aktif (sakit TBC). Bila jumlah orang terinfeksi HIV meningkat, maka jumlah pasien TBC akan meningkat, dengan demikian penularan TBC di masyarakat akan meningkat pula. Kurang lebih sekitar 10% yang terinfeksi TBC akan menjadi sakit TBC. Namun bila seorang dengan HIV positif akan meningkatkan kejadian TBC melalui proses reaktivasi. TBC umumnya terjadi pada paru (TBC Paru). Namun, penyebaran melalui aliran darah atau getah bening dapat menyebabkan terjadinya TBC diluar organ paru (TBC Ekstra Paru). Apabila penyebaran secara masif melalui aliran darah dapat menyebabkan semua organ tubuh terkena (TBC milier). Faktor risiko kematian karena TBC: 1) Akibat dari keterlambatan diagnosis 2) Pengobatan tidak adekuat 3) Adanya kondisi kesehatan awal yang buruk atau penyakit penyerta Catatan: Pasien TBC tanpa pengobatan, 50% akan meninggal dan risiko ini meningkat pada pasien dengan HIV positif.

f. Dampak Sosial Ekonomi pada Pasien TBC dan Keluarga

Kabupaten Tulungagung terdiri dari 19 Kecamatan dan 271 desa atau kelurahan dengan jumlah penduduk 1.047.645 jiwa. Berdasarkan estimasi prevalensi Provinsi Jawa Timur sebesar 844 per 100.000 penduduk, maka estimasi jumlah penderita TBC di Kabupaten Tulungagung sebanyak 2.391 kasus TBC (all case semua golongan umur). Jika dari estimasi (prevalensi) jumlah penderita TBC tersebut diatas ditemukan semua (100%) dan kesemuanya diobati dengan strategi DOTS maka akan terselamatkan 2.152 jiwa dari penyakit TBC. (target kesembuhan 90% dari jumlah kasus).

Upaya menyembuhkan penderita TBC sebanyak (2.391- 709 =1.682) jiwa tersebut membutuhkan investasi sebesar $1.682 \times \text{Rp.}2.900.000 = \text{Rp.}4.877.800.000$, dimana Rp. 3.501.600.000,- sudah ditanggung APBN melalui Obat dan bahan habis pakai dan sisanya (Rp.1.376.000.000,-) seharusnya ditanggung Pemerintah Daerah dan menjadi beban Pemerintah Daerah, namun selama ini dibiayai Lembaga Mitra Internasional. Setiap penderita TBC akan kehilangan potensi kerja penuh waktu selama 3 bulan, maka potensi kehilangan pendapatan (3 bulan) sebesar 4.200.000 per penderita. Catatan: biaya pengobatan 1 (satu) orang penderita TBC reguler (6 bulan) membutuhkan biaya sebesar Rp.2.900.000,-sedangkan UMK Tulungagung Tahun 2021 sebesar Rp.2.010.000,-.

Jika penemuan kasus dapat tercapai 100 % dan kesembuhan pengobatan tercapai 90% maka 2.152 jiwa sembuh dari TBC dan potensi pendapatan penduduk yang terselamatkan sebesar $2.152 \times 240 \text{ bulan} \times \text{Rp.}2.010.000,- = \text{Rp.} 1.038.124.800.000,-$ (atau sekitar 1,038 T). Keterangan: asumsi meninggal pada usia 40 tahun dimana usia produktif sampai dengan usia 60 tahun (hilang 20 tahun \times 12 bulan = 240 bulan). Hal ini belum termasuk jika penderita TBC tergolong TBC MDR (bukan reguler), maka akan menelan biaya yang semakin banyak, untuk lebih jelas dan rincinya dapat dilihat pada Tabel 2.3.

Tabel 2.3 Estimasi Biaya Pengobatan TBC

No	Rata-rata per Pasien	TBC Reguler (6 bulan)	TBC MDR (24 bulan)
1.	Biaya pengobatan	Rp 2.900.000,00	Rp 130.000.000,00
2	Biaya Rumah Tangga	Rp 176.500,00	Rp 5.300.000,00
3	Potensi kehilangan pendapatan krn sakit	Rp 4.200.000,00	Rp 33.600.000,00
4	Potensi kehilangan pendapatan akibat kematian dini sakit ⁽⁵⁾	Rp 336.000.000,00	Rp 336.000.000,00
Keterangan:			
a. angka 1 kolom 2 : biaya ditanggung Pemerintah			
b. angka 2 kolom 2 : biaya yang dikeluarkan pasien dan keluarga diluar pengobatan			
c. angka 3 kolom 2 : estimasi tidak dapat bekerja penuh waktu (3 bulan) karena sakit			

- d. angka 3 kolom 3 : UMK (Upah Minimum Kabupaten Tulungagung 2015 (Rp.1.400.000)
- e. angka 4 kolom 2: asumsi meninggal di Usia 40 Th dan usia produktif sampai 60 tahun

Dengan mencermati uraian dan tabel tersebut diatas, maka akan menyelamatkan usia harapan hidup, menyelamatkan potensi kehilangan pendapatan selama sakit dan kehilangan potensi pendapatan karena kematian dini akhirnya akan meningkatkan pendapatan Daerah Bruto (PDP) dan Indeks Pembangunan Manusia.

2.1 Pengendalian TBC dan Kebijakan Pembangunan Daerah

Pengendalian TBC dan kebijakan pembangunan daerah di Kabupaten tulungagung mengacu pada beberapa hal antara lain:

a. Program Pengendalian TBC dalam RPJMD

Berdasarkan kondisi saat ini dan isu-isu strategis pada 5 tahun mendatang, serta penggalan aspirasi dan persepsi masyarakat yang telah dilakukan, maka Visi Pemerintah Kabupaten Tulungagung pada Tahun 2018-2023 adalah: “Terwujudnya Masyarakat Tulungagung yang Sejahtera, Mandiri, Berdaya Saing dan Berakhlak Mulia”.

Dalam rangka mewujudkan visi maka perlu disusun misi yang merupakan rumusan umum mengenai upaya-upaya yang akan dilaksanakan untuk mewujudkan keinginan kondisi tentang masa depan. Sesuai dengan visi di atas maka dirumuskan Misi Pemerintah Kabupaten Tulungagung untuk periode 2018 – 2023, sebagai berikut:

- 1) Mewujudkan keterjangkauan akses pembangunan sumberdaya manusia yang berkualitas, inklusif dan berdaya saing;
- 2) Mendorong penguatan ekonomi kerakyatan yang berbasis kearifan lokal dan potensi daerah;
- 3) Pengentasan kemiskinan dan perlindungan sosial dalam mewujudkan ketentraman, rasa aman, serta ketertiban masyarakat;
- 4) Membangun infrastruktur wilayah pinggiran yang berkualitas dalam mewujudkan pemerataan pembangunan; dan
- 5) Mewujudkan pemerintahan yang akuntabel, professional, dan transparan yang berorientasi pada kepuasan masyarakat.

Dalam rangka mencapai misi Pertama Kepala Daerah maka Dinas Kesehatan menetapkan tujuan meningkatkan angka harapan hidup. Untuk mencapai tujuan tersebut maka dalam periode 2019-2023 Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung akan menempuh strategi sebagai berikut:

- 1) Peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan Kesehatan yang berkualitas;
- 2) Peningkatan mutu sumber data kesehatan;
- 3) Peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat;

- 4) Peningkatan pencegahan, pengendalian penyakit dan peningkatan sistem surveilans; dan
- 5) Pengadaan fasilitas, sarana dan prasarana Kesehatan.

Sedangkan arah kebijakan yang diambil meliputi:

- 1) Peningkatan Pelayanan Kesehatan Primer;
- 2) Peningkatan Pelayanan Kesehatan Rujukan;
- 3) Peningkatan Pelayanan Kesehatan Tradisional;
- 4) Peningkatan Penunjang Teknis Operasional Bidang Kesehatan;
- 5) Peningkatan Manajemen Kesehatan;
- 6) Peningkatan Pelayanan Kefarmasian;
- 7) Peningkatan Pencegahan, Pengendalian Penyakit Menular;
- 8) Peningkatan upaya promosi kesehatan dalam mencapai perubahan perilaku dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat;
- 9) Peningkatan Pelayanan Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat;
- 10) Peningkatan Sistem Kesehatan Lingkungan Kewilayahan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga; dan
- 11) Pembangunan dan Pemeliharaan Sarana dan Prasaran Puskesmas/Puskesmas Pembantu dan Jaringannya.

Kebijakan pada urusan kesehatan secara umum diarahkan pada upaya peningkatan kesehatan masyarakat dan pengembangan layanan kesehatan, serta upaya promosi kesehatan untuk mencapai perubahan perilaku sehingga tercipta kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. Untuk melaksanakan kebijakan tersebut, dijabarkan dalam beberapa program prioritas yang bersifat strategis sebagai berikut:

- 1) Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas/ Puskesmas Pembantu dan Jaringannya;
- 2) Program Upaya Pelayanan Kesehatan;
- 3) Program Peningkatan Sumber Daya Kesehatan;
- 4) Program Pencegahan, Pengendalian Penyakit Menular dan Tidak Menular serta Surveilans Epidemiologi;
- 5) Program Upaya Kesehatan Masyarakat;
- 6) Program Penunjang Teknis Operasional Bidang Kesehatan; dan
- 7) Program Manajemen Kesehatan;

Dalam penjabaran butir ke 4 dari kebijakan yang diterapkan sangat jelas menyebutkan bahwa Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular (termasuk TBC) mendapatkan prioritas yang tinggi, sehingga upaya untuk mengendalikan penyakit TBC ini dilakukan dengan cara Meningkatkan perlindungan dan pelayanan kesehatan melalui upaya promosi kesehatan dalam mencapai perubahan perilaku dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat (kebijakan ke 8).

Promosi kesehatan merupakan program utama untuk memberikan wawasan dan pengetahuan kepada masyarakat tentang bahaya penyakit TBC sehingga terjadi perubahan perilaku pada masyarakat dan terciptalah kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. Agar penyebaran penyakit TBC dapat dikendalikan, dilakukan upaya pencegahan oleh fasilitas pelayanan kesehatan mulai tingkat desa hingga Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD).

Adapun 5 strategi pokok dalam RPJMD merupakan pendekatan untuk dapat mewujudkan Misi RPJMD yang berpihak pada masyarakat. Khususnya misi pertama yang berbunyi “Mewujudkan keterjangkauan akses pembangunan sumberdaya manusia yang berkualitas, inklusif dan berdaya saing”, bertujuan untuk memberikan layanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat sehingga tidak lagi menjadi kendala dalam upaya kesehatan masyarakat.

Tentunya seluruh rangkaian kegiatan dan upaya yang disusun sedemikian terpadu dan berkesinambungan dari tingkat paling dasar di desa atau kelurahan hingga tingkat kabupaten ini menjadi satu ikatan benang merah untuk mewujudkan Visi Daerah dalam RPJMD yaitu: “Terwujudnya Masyarakat Tulungagung yang Sejahtera, Mandiri, Berdaya Saing dan Berakhlak Mulia”.

b. Program Pengendalian TBC dalam Rencana Strategis Dinas Kesehatan

Dinas Kesehatan selaku ujung tombak dalam menyelenggarakan program kesehatan daerah menterjemahkan Visi dan Misi Bupati terkait bidang kesehatan melalui rumusan Rencana Strategis Dinas Kesehatan 2019-2023 agar menjadi semakin operasional dan konkrit serta dapat dilaksanakan secara realistis dan rasional.

Relevansi dan konsistensi antar pernyataan visi, misi, tujuan, sasaran, strategi dan kebijakan dalam Renstra Dinas Kesehatan sebagai benang merah untuk program penanggulangan TBC dapat dilihat pada tabel 2.4 di halaman selanjutnya.

Tabel 2.4 Relevansi Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung

Visi : Terwujudnya Masyarakat Tulungagung yang Sejahtera, Mandiri, Berdaya Saing dan Berakhlak Mulia			
Misi : Meningkatkan Kualitas Kesehatan Masyarakat yang Berkelanjutan			
Tujuan	Sasaran	Strategi	Kebijakan
Meningkatkan Angka Harapan Hidup (AHH)	Meningkatnya Pelayanan Kesehatan Masyarakat	Peningkatan Pencegahan Pengendalian Penyakit dan Peningkatan Sistem Surveilans.	1. Peningkatan pencegahan, pengendalian penyakit menular 2. Peningkatan upaya promosi kesehatan dalam mencapai perubahan perilaku dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat

Dalam pelaksanaan Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung setiap tahunnya diwajibkan menyusun LAKIP yang merupakan realisasi rencana kerja tahunan Dinas Kesehatan. Dalam Renstra Dinas Kesehatan indikator sasaran Eselon II (kepala dinas kesehatan) diukur dengan IKU sedangkan untuk Eselon III dan IV diukur dengan IKI. Untuk mencapai IKU dibantu dengan IKI Eselon III (kepala bidang pencegahan dan pengendalian penyakit) dan IKI eselon IV (kepala seksi pencegahan dan pengendalian penyakit menular).

Dalam program penanggulangan TBC, IKU dan IKI dimaksud dapat dijelaskan sebagai berikut :

- 1) IKU Eselon II (kepala dinas kesehatan): cakupan pencegahan dan pengendalian penyakit;
- 2) IKI Eselon III (kepala bidang pencegahan dan pengendalian penyakit): cakupan penanganan penyakit menular dan tidak menular; dan
- 3) IKI Eselon IV (kepala seksi pencegahan dan pengendalian penyakit menular): Cakupan penemuan dan penanganan TBC.

Kegiatan pengendalian TBC dilaksanakan menggunakan anggaran APBD, BOK, JKN, BLUD, Lembaga Mitra atau Donor, dan dana lain yang sah dan tidak mengikat.

Rincian kegiatannya antara lain :

- 1) Supervisi Program P2 TBC;
- 2) Bimbingan teknis program P2 TBC;
- 3) Pelatihan P2TBC bagi dokter pelaksana TBC DOTS;
- 4) Pertemuan penguatan jejaring TBC internal dan eksternal tingkat kecamatan (TBC-HIV, TBC MDR, TBC DM);
- 5) Sosialisasi TBC pada masyarakat;

- 6) Sosialisasi TBC pada tempat kerja;
- 7) Perincian sosialisasi RAD TBC di Tingkat Kecamatan;
- 8) Semi lokarya Perincian Target Penemuan TBC di Tingkat Kecamatan;
- 9) Penapisan HIV dan TBC pada kelompok resiko tinggi;
- 10) Kunjungan kasus TBC baru;
- 11) Pemantauan minum obat pada penderita TBC;
- 12) Penapisan TBC di tempat kerja;
- 13) Pelacakan pasien TBC, TBC HIV, TBC MDR, TBC DM yang putus obat/
gagal/meninggal;
- 14) Advokasi ke desa untuk pelaksanaan sosialisasi penemuan TBC oleh masyarakat;
- 15) Pengiriman terduga TBC oleh kader;
- 16) Konfirmasi hasil penemuan penderita TBC oleh kader;
- 17) Konfirmasi pengobatan penderita TBC oleh kader;
- 18) Konfirmasi keberhasilan pengobatan TBC oleh kader;
- 19) Pengadaan alat habis pakai *sputum pot*;
- 20) Pengadaan alat habis pakai *slide*;
- 21) Pemberian makanan tambahan kalori tinggi protein pada pasien TBC, TBC HIV, TBC MDR, TBC DM (masyarakat miskin);
- 22) Pengadaan alat habis pakai masker N95;
- 23) Pengiriman Sampel, Pengemasan Spesimen TBC MDR; dan
- 24) Transport Pemeriksaan TBC MDR ke RS Rujukan.

Dalam rangka mencapai visi dan misi kepala daerah dan wakil kepala daerah terpilih terdapat beberapa faktor penghambat dan pendorong yang perlu diatur untuk pencapain visi dan misi dimaksud. Setelah membandingkan sasaran jangka menengah Renstra Kementerian Kesehatan dengan permasalahan pelayanan Dinas Kesehatan, maka diperoleh faktor-faktor, baik yang bersifat menghambat maupun yang bersifat mendorong penanganan permasalahan yang telah diidentifikasi, sebagaimana tercantum dalam tabel 2.5 berikut.

Tabel 2.5 Permasalahan Pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung berdasarkan Sasaran Renstra Kementerian Kesehatan beserta Faktor Penghambat dan Pendorong Keberhasilan Penanganannya

No	Sasaran Jangka Menengah Renstra Kemenkes	Permasalahan Pelayanan Dinkes Kab. Tulungagung	Sebagai Faktor	
			Penghambat	Pendorong
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.	Cakupan penemuan dan pengobatan TBC (<i>TBC treatment coverage</i>) sebesar 90%	Rendahnya cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit TBC karena kurangnya sosialisasi, rendahnya kesadaran dan partisipasi masyarakat untuk periksa ke fasyankes DOTS karena adanya pandemi	1. Anggapan TBC merupakan penyakit yang "tabu" 2. Belum semua fasyankes swasta(DPM/Klinik) melakukan pelaporan kasus TBC	1. Ketersediaan fasyankes yang dapat memeriksa TBC cukup dan merata 2. Kemauan petugas tinggi 3. Logistik untuk program TBC cukup
7.	Presentase angka keberhasilan pengobatan TBC (<i>TBC success rate</i>) sebesar 90%	Rendahnya kesembuhan penderita TBC BTA positif karena kurangnya kepatuhan penderita dalam minum obat, (Drop out dan meninggal)	1. TBC merupakan penyakit kronik 2. Adanya MDR-TBC 3. Stigma pada penderita TBC 4. Co-infeksi TBC HIV dan TB DM 5. Jangka waktu pengobatan yang lama	1. Tersedianya jejaring penanganan TBC 2. Adanya bantuan LSM 3. Logistik cukup (obat dan reagen pemeriksaan)

c. Program Pengendalian TBC dalam Rencana Kerja Tahun Berjalan

Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung merupakan unsur pelaksana otonomi daerah yang mempunyai tugas melaksanakan urusan Pemerintahan Daerah di bidang kesehatan berdasarkan Asas Otonomi dan Tugas Pembantuan sesuai dengan Peraturan Daerah Kabupaten Tulungagung Nomor 20 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah. Dalam melaksanakan tugas tersebut, Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung menyelenggarakan fungsi perumusan kebijakan teknis di bidang Kesehatan, penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang kesehatan, pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang kesehatan serta pelaksanaan tugas lain yang diberikan bupati. Tujuan jangka menengah pelayanan Dinas Kesehatan di Tahun 2019 -2023 adalah meningkatkan angka harapan hidup (AHH). Sedangkan sasaran yang harus dicapai dinas kesehatan dalam kurun waktu lima tahun ke depan adalah :

- 1) meningkatnya pelayanan kesehatan masyarakat;
- 2) meningkatnya fasilitas, sarana dan prasarana kesehatan; dan
- 3) menurunnya angka kematian ibu (AKI);

Upaya kegiatan penanggulangan TBC melalui upaya promotif melalui :

- 1) penyuluhan dengan melibatkan lembaga mitra lokal daerah LKNU, Aisiyyah, Cesmid, yang berkomitmen terhadap pengendalian TBC;
- 2) *radio Spot*; dan
- 3) media cetak (*leaflet*, lembar balik, poster) dan lain lain menjadi bahan yang di berikan untuk layanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta.

Upaya preventif dengan memberdayakan masyarakat melalui :

- 1) pelatihan kader kesehatan;
- 2) gentengisasi pada rumah penderita; dan
- 3) pendampingan pasien oleh kader dan petugas terlatih yang dilakukan puskesmas dan jaringannya sehingga dapat mencegah penularan maupun mengendalikan rantai penularan yang ada di masyarakat.

Kegiatan kuratif meliputi :

- 1) layanan pemerintah yang penuh dilaksanakan tiga rumah sakit pemerintah (RSUD Dr. Iskak, RSUD Campurdarat dan RS. Bhayangkara) yang didukung 10 rumah sakit swasta lainnya yang menggunakan pengobatan TBC dengan standar program;
- 2) Puskesmas serta jejaringnya; dan
- 3) Pelibatan Dokter Praktik Mandiri (DPM) dalam upaya jejaring rujukan, penemuan, pengobatan dan pendampingan serta akses obat anti TBC.

d. Kebijakan Anggaran Program Pengendalian TBC

Berikut gambaran pembiayaan daerah untuk program penanggulangan TBC setelah adanya RAD Penanggulangan TBC Kabupaten Tulungagung tahun 2017 – 2021. Realisasi anggaran diambil pada lima tahun terakhir agar dapat dilihat trend peningkatannya sebagai berikut:

Tabel 2.9 Besaran Anggaran APBD TBC di Kabupaten Tulungagung 2017 - 2021

No	Tahun	Anggaran
1	2017	Rp. 21.400.000
2	2018	Rp. 1.000.000.000
3	2019	Rp. 600.000.000
4	2020	Rp. 600.000.000
5	2021	Rp. 776.000.000

Gambaran anggaran pada tabel 2.9 memperlihatkan bahwa setelah adanya RAD alokasi anggaran APBD untuk program penanggulangan TBC di Kabupaten Tulungagung meningkat.

BAB III

INDIKATOR dan TARGET KINERJA

3.1 Indikator dan Target Kinerja

Indikator dan Target kinerja penanggulangan TBC di Kabupaten Tulungagung untuk mencapai Eliminasi TBC pada tahun 2030 di lakukan secara bertahap secara terus menerus dan berkesinambungan. Jika mengikuti target nasional, Eliminasi TBC di Kabupaten Tulungagung diharapkan dapat menyesuaikan dengan rencana pencapaian dengan tahapan 5 tahunan sebagai berikut:

Tabel 3.1 Indikator Kinerja Penanggulangan TBC di Kabupaten Tulungagung

No	INDIKATOR	Capaian Tahun			Base line	Target 2024	Gap
		2019	2020	2021			
A. Indikator Utama							
1	Cakupan penemuan dan pengobatan TBC	51%	35%	30%	30%	90%	60%
3	Angka keberhasilan pengobatan TBC	84%	89%	89%	89%	90%	1%
4	Cakupan pengobatan TBC resisten obat	37%	25%	20%	20%	80%	60%-
5	Presentase pasien TBC resisten obat yang memulai pengobatan	100%	100%	100%	100%	80%	-
6	Angka keberhasilan pengobatan TBC resisten obat	50%	61%	67%	67%	80%	13%
7	Cakupan penemuan kasus TBC pada anak	50%	56%	59%	59%	90%	31%
8	Pasien TBC mengetahui status HIV	92%	83%	77%	77%	80%	3%
10	Cakupan pemberian terapi pencegahan TBC (TPT) pada kontak serumah	0%	0%	5%	5%	68%	63%

Berdasarkan identifikasi masalah di lapangan dapat dilihat kesenjangan antara realisasi dengan target. Kesenjangan tersebut merupakan status kondisi yang harus diselesaikan agar tercapai kondisi ideal. Diperlukan analisa masalahnya, ditemukan penyebabnya, seberapa besar capaiannya, faktor penghambat dan pendukungnya. Dari analisa masalah tersebut dapat ditarik kesimpulan untuk perumusan Isu Strategis.

BAB IV
ISU STRATEGIS

4.1 Isu Strategi

Isu strategis penanggulangan TBC di Kabupaten Tulungagung diklasifikasikan mengacu pada Strategi Nasional Penanggulangan TBC dan Rencana Aksi Nasional (RAN) Penanggulangan TBC di Indonesia. Isu strategis dijabarkan dalam Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Isu Strategis

No	INDIKATOR	ANALISA MASALAH	ISU STRATEGIS
A. Perencanaan dan Penganggaran Program TBC			
1	Kepemimpinan Program TBC.	<ul style="list-style-type: none"> • Alokasi anggaran TBC masing sangat minim. • Belum ada kebijakan tentang TBC. 	Prgogram penanggulangan TBC belum dilaksanakan lintas sektor oleh Pemerintah Daerah.
B. Penemuan kasus			
1	Cakupan penemuan dan pengobatan TBC	<ul style="list-style-type: none"> • Penemuan Kasus TBC ini 100% masih ditemukan dan dilaporkan oleh Puskesmas dan RS Pemerintah. Sedangkan dari 10 RS yang ada di Tulungagung masih 90% yang lapor kasus TBC, dan belum semua DPM dan Klinik ikut Strategi Penemuan TBC secara DOTS Sehingga capaian masih belum maksimal. 	Angka penemuan kasus TBC masih rendah.
2	Cakupan penemuan kasus resisten obat.	1. Sejalan dengan rendahnya penemuan kasus TBC SO yang masih rendah	Penemuan kasus TBC Resisten Obat masih rendah
3	Cakupan penemuan kasus TBC anak.	Belum optimalnya jejaring internal di fasyankes.	Angka penemuan kasus TBC Anak masih rendah.
4	Cakupan pemberian terapi pencegahan TBC (TPT) pada kontak serumah	Cakupan TPT pada kontak serumah masih sangat sedikit, Hal ini dikarenakan belum tersosialisasinya TPT secara menyeluruh pada Klinisi (Spesialis Anak/Dokter Umum).Selain itu juga terkendala adanya penolakan dari	Pengobatan pencegahan TBC pada kontak serumah masih rendah

		kontak serumah karena merasa sehat dan tidak harus minum obat terapi pencegahan.	
C. Keberhasilan Pengobatan Sensitif dan Resisten Obat			
1	Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC	<ul style="list-style-type: none"> Keberhasilan ini di dukung oleh komitmen Fasyankes TBC DOTS dalam rujukan kasus baik kasus rujuk pindah, dan mekanisme pelacak pelaporan oleh Puskesmas ketika ada kasus TBC Mangkir maupun loss to followup dan pasien meninggal 	Angka keberhasilan pengobatan TBC masih rendah.
2	Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC resistan obat.	<ul style="list-style-type: none"> Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC resisten obat masih rendah (terbukti banyak pasien yang meninggal). Sehingga perlu perhatian terkait dukungan psikologis dan pengobatan secepatnya untuk kasus RO. Dukungan lain selama ini yang dibutuhkan oleh pasien adalah dukungan Nutrisi TKTP. Upaya promosi melalui KIE sudah berjalan baik melalui penyuluhan oleh Puskesmas, pengadaan leaflet, spanduk dan radio spot. Mekanisme pelacakan dan pelaporan pasien mangkir TBC SO maupun TBC RO, TBC HIV, dilaksanakan oleh Petugas Puskesmas wilayah kerja atau Manajer Kasus dari komunitas pendamping pasien TBC RI. Dan akan dilaporkan balik kepada Fasyankes pelapor awal dan di tembuskan melalui Dinas Kesehatan. 	Angka penemuan kasus TBC-RO dan pengobatan TBC-RO masih rendah.
D. TBC-HIV			
1	Persentase pasien TBC yang mengetahui status HIV.	2. Jejaring pemeriksaan alur pemeriksaan TBC HIV sudah berjalan akan tetapi kemampuan petugas dalam scrining TBC pada ODHA dan testing HIV pada penderita TBC masih rendah (kemampuan konseling) sehingga masih ada pasien TB yang enggan untuk diperiksa HIV terutama pasien anak ataupun sebaliknya	Rendahnya pasien TBC yang mengetahui

4.1.1 Komitmen Program TBC di Kabupaten Tulungagung

Sejauh ini perencanaan dan implementasi program penanggulangan TBC di Kabupaten Tulungagung masih dilaksanakan oleh dinas kesehatan saja. Berdasarkan IKU dan IK) yang dilaksanakan sebagai tugas dan fungsi dinas Kesehatan yang dalam penanggulangan dan pengendalian penyakit menular termasuk TBC, kinerja capaian program yang ditunjukkan secara kuantitatif dan kualitatif pada Sub Bab 3.1 adalah murni dilaksanakan oleh dinas kesehatan.

Pada sisi lain kegiatan non teknis juga dilaksanakan oleh lembaga mitra/non pemerintah (Aisyiyah, LKNU, KPA, PPTI dan lain-lain.), dukungan yang diberikan adalah pemberdayaan masyarakat untuk lebih mengenal penyakit TBC dan antisipasinya. Akan tetapi intervensi dukungannya masih relatif kecil dan sangat memungkinkan dikembangkan lebih luas lagi.

Sementara itu perangkat daerah lain yang terkait dengan tata kelola pelayanan kesehatan bagi penderita TBC dan masyarakat masih belum merancang perencanaan dan penganggaran kegiatan penanggulangan TBC. Sumber pendanaan lain yang memungkinkan dapat diarahkan untuk mendukung program penanggulangan TBC antar lain dari Dana Desa, CSR dan lembaga mitra baik lokal maupun lembaga donor.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa isu strategis tentang komitmen kabupaten adalah program penanggulangan TBC belum dilaksanakan secara menyeluruh lintas program dan lintas sektor.

4.1.2 Penemuan Kasus TBC

Penatalaksanaan pasien TBC menggunakan strategi DOTS meliputi upaya penemuan dan pengobatan. Penemuan pasien merupakan kegiatan awal dan utama dalam program penanggulangan TBC, dengan menemukan semua pasien TBC paru BTA positif (menular), dengan tetap memperhatikan penemuan pasien TBC lainnya. Kegiatan penemuan pasien terdiri dari penjarangan terduga, menetapkan diagnosis TBC dan menentukan klasifikasi penyakit serta tipe pasien TBC. Penemuan dan penyembuhan pasien TBC menular akan berdampak secara bermakna dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat TBC dan merupakan upaya memutuskan rantai penularan TBC yang paling efektif di masyarakat.

Isu strategis penemuan kasus yang dirumuskan dari analisa masalah di lapang adalah angka penemuan kasus TBC masih rendah. Penemuan kasus TBC ditinjau dari beberapa aspek yaitu:

1. Aspek Fasyankes yang terdiri dari
 - a. puskesmas;
 - b. rumah sakit pemerintah;
 - c. rumah sakit swasta;
 - d. dokter praktik swasta;
 - e. klinik swasta; klinik di lapas; dan
 - f. pos kesehatan pesantren.

Memiliki kendala sebagai berikut :

- 1) Penjaringan terduga TBC yang dilakukan provider masih ketat sehingga jumlah terduga diperiksa rendah, hal ini berpengaruh pada penemuan kasus TBC;
- 2) Suspek penderita TBC dengan hasil pemeriksaan TCM Negatif akan memerlukan pemeriksaan penunjang penegakan diagnosa dengan foto toraks paru atau rontgen yang akan dibaca dan dipakai sebagai penunjang diagnose TBC, hal ini dipadukan dengan klinis medis pasien terduga TBC. Ada beberapa permasalahan penegakan diagnosa tuberkulosis dengan foto toraks paru/rontgen diantaranya :
 - a. semua pasien yang memerlukan foto thorak paru/rontgen yang tidak mempunyai BPJS Kesehatan akan memerlukan tambahan biaya sehingga menjadi beban tambahan pasien, dari permasalahan ini maka akan banyak terduga TBC yang putus berobat tidak melanjutkan pemeriksaan TBC; dan
 - b. belum semua DPM melaksanakan sistem pencatatan dan pelaporan menggunakan standart baku (TBC06, TBC05, TBC04, TBC01,TBC02 serta rujuk kasus/TBC09 dan TBC10) sehingga penemuan masih rendah.
2. Aspek masyarakat yang terdiri dari penderita, keluarga penderita maupun warga masyarakat umum masih memiliki kendala sebagai berikut :
 - 1) masih adanya stigma bahwa penyakit TBC merupakan penyakit keturunan/kutukan sehingga masyarakat enggan dan malu bila dinyatakan sebagai penderita TBC;
 - 2) pengetahuan masyarakat masih rendah tentang informasi tanda dan gejala tuberkulosis sehingga masyarakat bila bergejala TBC masih mengakses obat secara mandiri ke toko obat, apotek atau ke layanan DPM yang belum melaksanakan strategi DOTS; dan
 - 3) akses OAT secara bebas tanpa standar DOTS di Apotek memudahkan masyarakat dalam terapi yang tidak terstandart sehingga pencatatan dan penemuan tidak dapat terekam dengan benar dan baik melalui TBC07 di layanan kesehatan, bahkan dapat menimbulkan resistensi obat.
3. Aspek Organisasi masyarakat pendukung antara lain :
 - a. Aisyiyah;
 - b. LKNU;
 - c. KPA;
 - d. PPTI;
 - e. Cesmid;
 - f. Aprikot;
 - g. Forum Pelangi;
 - h. Panther;
 - i. KDS Hope Community; dan
 - j. Yabhysa

Organisasi masyarakat yang ada tersebut belum memiliki peran maksimal dalam penemuan kasus TBC meskipun beberapa Organisasi masyarakat telah melatih kader TBC. Kesempatan pada masing-masing Organisasi masyarakat kurang dimanfaatkan secara maksimal sehingga desiminasi informasi tentang TBC masih rendah. Banyak kader yang akhirnya berhenti (kurang komitmen) melakukan penemuan kasus.

4. Aspek kelompok rentan/komorbidity yang terdiri dari:
 - a. penderita TBC-DM;
 - b. kontak serumah dan kontak erat;
 - c. ibu hamil;
 - d. usia lanjut; dan
 - e. penderita TBC anak
 masih memiliki kendala antara lain :
 - 1) terdapat kendala pada alur skrining dengan rontgen, terkait dengan pembiayaan BPJS;
 - 2) investigasi kontak masih prioritas yg kontak serumah, sedangkan untuk kontak erat atau yang berada pada lingkungan yang sama utamanya di sekolah (antara guru dan murid) tempat kerja masih kurang ditekankan;
 - 3) belum semua ibu hamil dilakukan skrining TBC, bidan belum semua bidan melaksanakan skrining TBC untuk bumil;
 - 4) skrining TBC di Posyandu Lansia dan Posyandu anak masih belum dilakukan;
 - 5) belum semua Puskesmas menerapkan MTBS dengan baik, sehingga kecurigaan TBC pada Anak dengan BB rendah masih belum optimal; dan
 - 6) ditemukan banyak kasus TBC anak di rumah sakit (perlu dilakukan investigasi kontak untuk mencari sumber penularan).
5. Aspek pengendalian TBC di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) memiliki kendala terkait minimnya jumlah petugas kesehatan sehingga capaian skrining TBC sangat rendah.

4.1.3 Keberhasilan Pengobatan

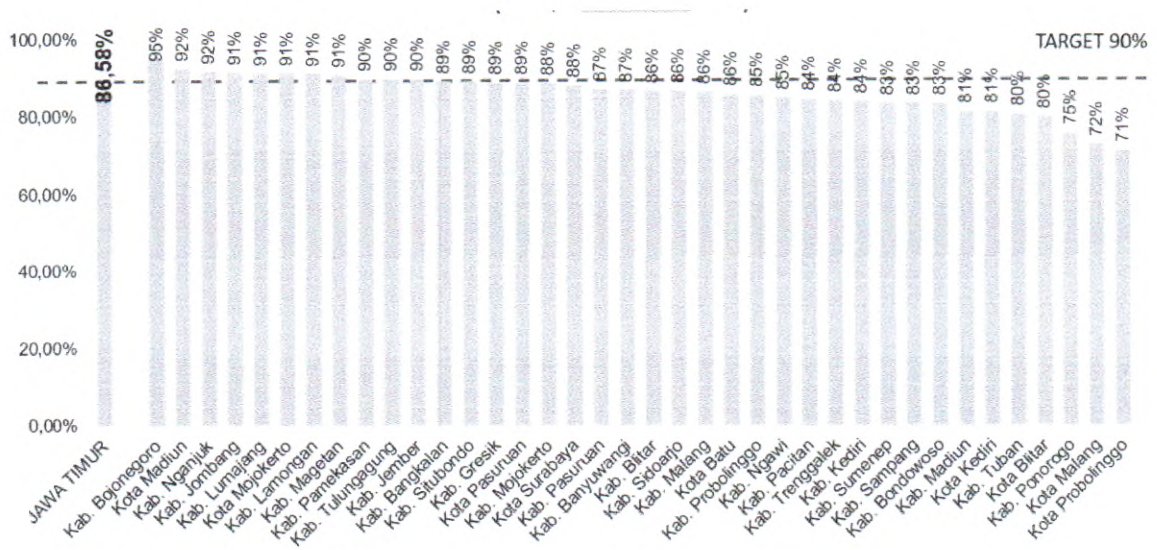
Pengobatan TBC bertujuan menyembuhkan pasien, mencegah kematian atau akibat buruk yang ditimbulkan, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan, mencegah terjadinya kekebalan terhadap OAT dan mengurangi dampak sosial dan ekonomi.

Dalam hal keberhasilan pengobatan TBC di Provinsi Jawa Timur, Kabupaten Tulungagung menduduki urutan ke 10 dari 38 kabupaten atau kota. Angka keberhasilan pengobatan mencapai 89%, angka ini di atas capaian rata-rata Provinsi Jawa Timur pada tahun 2021 dan Target Nasional Pengendalian TBC sebesar 90%.

Pengobatan pasien TBC menggunakan strategi DOTS merupakan upaya berkelanjutan dari penemuan suspek tuberkulosis. Penemuan pasien

merupakan kegiatan langkah awal dan utama dalam program penanggulangan TBC.

Kendati pengobatan telah diupayakan pengobatan secara tepat, tetapi permasalahan dan isu strategis pengobatan terjadi di kabupaten



Gambar 4.1 Persen (%) Angka Keberhasilan Semua Kasus TBC yang Diobati

Per Kabupaten-Kota Provinsi Jawa Timur Tahun 2021 Update Juni 2022

(Sumber: SITB)

[Meskipun capaian keberhasilan pengobatan TBC di Kabupaten Tulungagung menunjukkan angka yang cukup baik, tetapi masih ditemukan permasalahan pada pemberi layanan maupun masyarakat penerima layanan.

Berikut ini permasalahan tersebut:

a. Fasyankes:

1. belum semua provider kesehatan menggunakan pengobatan dengan standar (ISTC) yang sama dengan regimen obat program;
2. penggunaan OAT yang tidak standar dan secara terpisah masih ada di layanan apotek;
3. belum semua apotek menerapkan standart OAT DOTS;
4. jejaring *Public Private Mix* (PPM) antara dokter, apoteker belum berjalan maksimal dan belum adanya regulasi tentang peredaran OAT yang tidak standar;
5. orientasi dalam pengobatan berdasarkan profit; dan
6. belum semua provider kesehatan mengerti pengobatan TBC secara benar dan sesuai standar (PNPK) TBC.

b. masyarakat:

1. ketidaktahuan masyarakat tentang adanya ketersediaan obat program secara gratis di fasyankes DOTS, sehingga ketika mereka berobat ke

fasyankes non DOTS menggunakan OAT non-program yang biayanya mahal dan sering kali mereka putus berobat karena tidak ada biaya; dan

2. belum sepenuhnya memahami lamanya pengobatan dan efek samping pengobatan, sehingga apabila ada efek samping atau merasa sudah sehat lalu mereka enggan melanjutkan pengobatan sampai sembuh (putus berobat).

4.1.4 TBC RO

Penemuan pasien TBC RO adalah suatu rangkaian kegiatan yang dimulai dengan penemuan terduga TBC RO dan dilanjutkan dengan proses penegakan diagnosis TBC RO serta didukung upaya pencegahan penularan kepada orang lain. Penemuan pasien TBC RO akan berdampak secara bermakna dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat TBC. Dalam pelaksanaan perannya pengelola program TBC di fasilitas kesehatan rujukan dan sub-rujukan perlu mengetahui, memahami dan melaksanakan tatacara penemuan pasien TBC RO dan melakukan penegakan diagnosa TB-CRO dengan baik dan benar. Isu strategis TBC Resisten Obat yang dihadapi saat ini adalah masih rendahnya angka penemuan dan pengobatan TBC RO serta rendahnya angka keberhasilan pengobatan TBC RO.

Fakta masalah yang ditemukan di lapang adalah:

- a. Beratnya efek samping yang dirasakan oleh pasien sehingga pasien mangkir ; dan
- b. Banyak pasien dari TB-RO ditemukan sudah dengan kondisi jelek.

4.1.5 Pengendalian Faktor Resiko

Pencegahan dan pengendalian risiko bertujuan mengurangi sampai dengan mengeliminasi penularan dan kejadian sakit TBC di masyarakat. Mencegah penularan TBC pada semua orang yang terlibat dalam pemberian pelayanan pada pasien TBC harus menjadi perhatian utama. Semua fasyankes yang memberi layanan TBC harus menerapkan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TBC untuk memastikan berlangsungnya deteksi segera, tindakan pencegahan dan pengobatan seseorang yang dicurigai atau dipastikan menderita TBC. Terdapat 2 isu strategis tentang pengendalian faktor resiko, yaitu:

- a. resiko penularan TBC yang masih tinggi
 1. pengobatan pencegahan TBC pada ODHA dan kontak serumah dengan belum berjalan;
 2. pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TBC di Faskes belum optimal; dan
 3. pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TBC di tempat khusus (lapas / rutan dan sebagainya) yang belum optimal.

- b. Pengobatan pencegahan TBC pada ODHA dan kontak serumah belum berjalan yang disebabkan karena sosialisasi pencegahan dan pengobatan TBC pada ODHA dan kontak srumah yang belum terlaksana secara optimal. Kapasitas kesehatan dalam pemberian TPT masih perlu ditingkatkan serta perbaiki proses pencatatan untuk validasi data TPT.

4.1.6 Peningkatan Kemitraan TBC Melalui Forum Koordinasi TBC

Surat Keputusan Bupati Tulungagung nomor 188.45/329/013/2015 tentang *Public Private Mix* Tuberkulosis (PPM-TB) Kabupaten Tulungagung Masa Bakti 2015-2020, dimana paduan layanan pemerintah, swasta dan masyarakat belum dilaksanakan secara maksimal. Dalam langkah penguatan PPM ini belum ada dukungan dana yang kuat, sehingga PPM belum berjalan secara optimal. Kegiatannya selama ini masih melekat pada tugas pokok dan fungsi masing masing anggota dalam PPM tersebut dan belum ada kolaborasi di dalamnya.

Dalam implementasi program penanggulangan TBC yang melibatkan dukungan kemitraan dari Forum Koordinasi TBC isunya adalah Jejaring pelayanan TBC belum berfungsi dengan baik. Berikut ini permasalahan yang teridentifikasi di lapang:

- a. belum ada anggaran yang bisa di gunakan PPM secara aktif dan mandiri, kegiatan masih melekat pada tugas pokok dan fungsi sesuai bidangnya;
- b. koordinasi serta evaluasi dan monitoring PPM masih belum berjalan dengan baik;
- c. belum optimalnya tim PPM yang telah dibentuk;
- d. belum terbentuknya Tim PPM kecamatan;
- e. dukungan organisasi profesi dalam sosialisasi TBC bagi anggotanya belum maksimal;
- f. belum ada keterlibatan apotik swasta dalam PPM;
- g. keterlibatan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam penelitian dan jejaring pelayanan TBC (termasuk skrining) belum tergali; dan
- h. Monitoring terhadap pasien putus berobat dan pasien pindah belum optimal.

4.1.7 Peningkatan Kemandirian Masyarakat Dalam Pengendalian TBC

Dukungan dan pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian tuberkulosis telah dilaksanakan kerjasama dengan KPA, LKNU, AISYIAH, Cesmid, PPTI, LPA, Hope Comunity ODHA, Panther, IGATA, Aprikot, dalam upaya melakukan pencegah penularan TBC. Adapun isu strategis dalam hal peningkatan kemandirian masyarakat dalam pengendalian TBC adalah belum optimalnya peran CSO dalam program penanggulangan TBC.

Analisa masalah terhadap peran OMS atau CSO antara lain:

- a. kapasitas CSO dalam pengelolaan program TBC masih terbatas;
- b. CSO dan organisasi masyarakat masih bergerak segmented, belum ada

- kolaborasi dan koordinasi spesifik untuk TBC-HIV;
- c. sumber daya (SDM dan dana) CSO terbatas; dan
- d. belum adanya dukungan psikososial oleh sesama pasien TBC.

4.1.8 Penguatan Manajemen Program Melalui Penguatan Sistem Kesehatan

Managemen sangat diperlukan untuk keberhasilan program, dimana managemen tersebut meliputi perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Berikut isu strategis penguatan manajemen program melalui penguatan sistem kesehatan :

- a. Masih ada kelemahan dalam sistem surveilans TBC di Kabupaten
 - 1. belum semua petugas fasyankes menguasai penggunaan SITB; dan
 - 2. sistem pengumpulan data TBC yang belum optimal.
- b. Logistik yang belum memadai

Belum tertatanya pengadaan dan distribusi logistik TBC dengan baik menyebabkan terjadinya kehabisan stok logistik OAT dan non OAT. Dalam pengadaan obat diperlukan perencanaan pengadaannya dan monitoring & evaluasi terhadap logistik tersebut. Pada bagian distribusi juga perlu difikirkan kebutuhan transportasi baik dari provinsi ke kabupaten maupun dari kabupaten ke fasyankes.

- c. Pemerintah Daerah belum memiliki Tim Pelatih TBC Kabupaten

Kesiapan Pemerintah Kabupaten Tulungagung dalam tata kelola penanggulangan TBC dirasakan belum dapat dikatakan sedia setiap saat, hal ini disebabkan belum adanya Tim Pelatih TBC tingkat Kabupaten yang dilegalisasi melalui SK Bupati. Permasalahan ini berakibat pada kebutuhan peningkatan kapasitas fasyankes belum terakomodasi sepenuhnya.

BAB V

STRATEGI

Berdasarkan semua tantangan yang dihadapi di Kabupaten Tulungagung, dirumuskan strategi untuk mengeliminasi TBC dalam kurun waktu 5 tahun ke depan. Strategi ini diharapkan dapat menurunkan sebagian beban penanggulangan TBC secara bertahap. Dalam perumusan strategi tersebut tidak terlepas pada kerangka strategi menurut Rencana Aksi Nasional Penanggulangan TBC Tahun 2020 sampai Tahun 2024.

Terdapat 6 (enam) strategi kegiatan utama yang merupakan 6 pilar kegiatan yang saling melengkapi dalam mendukung pengendalian tuberkulosis. Strategi utama kemudian dijabarkan menjadi beberapa sub strategi yang lebih fokus agar program dan kegiatannya lebih sistematis dan terarah.

5.1 Penguatan Kepemimpinan Program TBC di Kabupaten Tulungagung

Komitmen pendanaan program TBC dari tahun ke tahun dirasakan masih sangat kecil dan lebih banyak bergantung pada pendanaan eksternal dari donor. Sejalan dengan otonomi daerah di tingkat kabupaten/kota, diperlukan kegiatan advokasi secara intensif dan terkoordinasi dengan baik untuk mendapat kepastian komitmen politis di tingkat kabupaten agar pengendalian TBC menjadi program prioritas di daerah. Komitmen tersebut selayaknya didukung oleh kebijakan yang disusun spesifik sesuai dengan situasi dan kondisi daerah. Termasuk didalamnya adalah aturan dan peraturan yang ada, maupun apabila diperlukan, dibuatkan peraturan baru. Adapun tujuannya yaitu untuk meningkatkan kepemimpinan daerah sehingga terbentuk kepemilikan, komitmen politis dan kepedulian terhadap program penanggulangan TBC dalam bentuk peraturan dan peningkatan alokasi anggaran daerah yang berkesinambungan.

Adapun uraian program yang dapat dilakukan dalam penguatan kepemimpinan program TBC di Kabupaten Tulungagung sebagai berikut:

- a) Penetapan TBC sebagai Program Prioritas; dan
- b) Penyusunan Kebijakan Pemerintah Daerah

5.2 Peningkatan Akses Layanan TOSS-TBC yang Bermutu

Selama ini penemuan kasus TBC dilakukan secara pasif-intensif di fasilitas kesehatan dan secara aktif dan masif berbasis keluarga dan masyarakat. Penemuan pasien TBC secara aktif dilakukan dengan melakukan Investigasi 20 kontak untuk 1 pasien TBC. Penemuan di tempat khusus, seperti asrama, lapas, rutan, pengungsian, tempat kerja maupun sekolah dilakukan melalui penapisan. Pada daerah dan kelompok tertentu dapat dilakukan penemuan secara massal. Investigasi kontak dilakukan secara sistematis terhadap kontak erat semua pasien TBC yang telah ditemukan. Pada situasi dengan sumberdaya terbatas, dapat ditentukan prioritas sasaran untuk pelaksanaan investigasi kontak.

Penemuan pasien TBC memerlukan layanan diagnosis TBC yang bermutu dan mudah diakses. Diagnosis TBC ditegakkan melalui pemeriksaan laboratorium penunjang diagnosis dengan menggunakan:

- a. pemeriksaan Mikroskopis;
- b. pemeriksaan dengan TCM;
- c. pemeriksaan penunjang lainnya seperti foto toraks dan histopatologi; dan
- d. pemeriksaan uji kepekaan obat.

Adapun tujuan dari peningkatan akses layanan TOSS-TBC yang bermutu adalah meningkatkan akses layanan sehingga segera dapat menemukan dan mengobati pasien TBC sampai sembuh melalui layanan TBC yang bermutu.

Berikut uraian program Peningkatan Akses Layanan TOSS-TBC yang bermutu:

- a. intensifikasi penemuan kasus di Puskesmas dan RS Pemerintah;
- b. ekstensifikasi penemuan kasus di RS swasta;
- c. pelibatan DPM dalam penanggulangan TBC;
- d. implementasi *mandatory notification* bagi fasyankes;
- e. peningkatan peran serta klinik swasta dalam program TBC;
- f. intensifikasi penemuan kasus di Lapas;
- g. peningkatan peran pondok pesantren dalam penemuan kasus TBC;
- h. kerjasama pembiayaan TBC oleh BPJS;
- i. peningkatan investigasi kontak;
- j. optimalisasi skrining TBC ibu hamil, usia lanjut dan anak;
- k. pengembangan materi KIE lokal spesifik;
- l. monitoring pasien mangkir dan pasien pindah;
- m. peningkatan sistem transportasi contoh uji;
- n. optimalisasi kontak investigasi;
- o. desentralisasi pengobatan di tingkat Puskesmas dan desa;
- p. perluasan dan penambahan fasilitas layanan dan SDM Tes HIV;
- q. peningkatan kolaborasi program dan *monitoring* dan *evaluating* TBC-HIV;
- r. optimalisasi tata kelola laboratorium; dan
- s. pemenuhan persyaratan infrastruktur, peralatan dan SDM di rumah sakit.

5.3 Pengendalian Faktor Resiko

Faktor risiko terjadinya TBC meliputi kuman penyebab TBC, individu yang bersangkutan, dan lingkungan. Sekitar 10% orang yang terinfeksi TBC akan jatuh sakit. Tingkat penularan pasien TBC BTA positif adalah 65%, pasien TBC BTA negatif dengan hasil kultur positif adalah 26%, sedangkan

pasien TBC dengan hasil kultur negatif dan foto toraks mendukung TBC adalah 17%.

Risiko menjadi sakit TBC meningkat pada anak usia <5 tahun, dewasa muda, ibu hamil, lansia, ODHA, penyandang DM, gizi buruk, keadaan immuno-supressive, serta perilaku hidup yang tidak sehat seperti kebiasaan merokok (risiko terkena TBC paru sebanyak 2,2 kali).

Adapun tujuan dari pengendalian faktor resiko TBC adalah mengurangi penularan dan kejadian sakit TBC dengan melakukan upaya pencegahan penularan TBC di masyarakat dan di fasyankes.

Berikut uraian program Pengendalian Faktor Resiko :

- a. promosi PHBS dan TBC;
- b. pencegahan dan pengendalian infeksi TBC di fasilitas layanan kesehatan dan tempat khusus;
- c. pemberian vaksinasi BCG; dan
- d. peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pemberian TPT.

5.4 Peningkatan Kemitraan Melalui Forum Koordinasi Tuberkulosis

Strategi Penanggulangan TBC memerlukan peran serta aktif dari semua pemangku jabatan dan mitra terkait, mengingat besaran permasalahan dan tantangan yang dihadapi Program saat ini yang meliputi permasalahan teknologi kesehatan, sumber daya, komitmen kepemimpinan memerlukan tata kelola yang melibatkan unsur kemitraan, karena masalah tersebut bukan hanya permasalahan kesehatan yang menjadi tupoksi dinas kesehatan.

Penyusunan NSPK Program Penanggulangan TBC memerlukan masukan dari mitra agar strategi tersebut tepat sasaran dan dapat dilaksanakan. Mitra program TBC yang harus dilibatkan yaitu Institusi Lintas Sektor dan Lintas Program, Organisasi Profesi Kesehatan, Perguruan Tinggi, Organisasi Fasyankes, Lembaga pembiayaan kesehatan, mitra teknis, mitra donor, LSM atau organisasi sosial kemasyarakatan dan sektor swasta. Kemitraan tersebut diwadahi dalam Forum Koordinasi TBC di tingkat provinsi dan kabupaten atau Kota. Forum disesuaikan dengan situasi dan kondisi setempat apabila telah dikembangkan dan berfungsi di wilayah tersebut.

Adapun tujuan dari peningkatan kemitraan melalui forum koordinasi tuberkulosis adalah meningkatkan kemitraan melalui Forum Koordinasi TBC di tingkat kabupaten sebagai wadah koordinasi pelaksanaan kebijakan strategis dan penanggulangan TBC.

Berikut uraian program dari peningkatan kemitraan melalui forum koordinasi tuberkulosis :

- a. peningkatan kapasitas tim PPM;
- b. pembentukan forum koordinasi TBC ada tingkat kecamatan;
- c. peningkatan kapasitas anggota organisasi profesi dalam P2 TBC;
- d. kerjasama apotek swasta dengan fasilitas layanan kesehatan DOTS; dan

- e. kerjasama antara Dinkes dengan sekolah dan perguruan tinggi dalam penelitian dan jejaring pelayanan TBC.

5.5 Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Penanggulangan TBC

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 65 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, dijelaskan bahwa untuk keberhasilan penyelenggaraan berbagai upaya pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan lebih difokuskan pada:

1. peningkatan perubahan perilaku dan kemandirian masyarakat untuk hidup bersih dan sehat;
2. peningkatan kemandirian masyarakat dalam sistem peringatan dini, penanggulangan dampak kesehatan akibat bencana, serta terjadinya wabah/KLB; dan
3. peningkatan keterpaduan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dengan kegiatan yang berdampak pada generasi pendapatan.

Selain upaya pemberdayaan masyarakat harus dimulai dari masalah dan potensi spesifik daerah, oleh karenanya diperlukan pendelegasian wewenang lebih besar kepada daerah. Kesiapan daerah dalam menerima dan menjalankan kewenangannya sangat dipengaruhi oleh tingkat kapasitas daerah yang meliputi perangkat organisasi dan sumberdaya manusianya, serta kemampuan fiskal.

Melalui ekspansi program penanggulangan TBC Pemerintah Kabupaten Tulungagung telah memperluas keterlibatan masyarakat. Permasalahan akses, pembiayaan serta infrastruktur dan sumber daya manusia diatasi dengan memulai kegiatan berbasis masyarakat. Masyarakat berperan besar dalam pengawasan minum obat, pelacakan kasus dan penemuan suspek. Ketersediaan informasi mengenai TBC ditingkatkan dengan menambah alokasi anggaran untuk promosi TBC.

Upaya memandirikan masyarakat dilanjutkan dengan penguatan kapasitas pengelola program di tingkat kabupaten, integrasi layanan TBC ke dalam UKBM serta membuka wawasan pasien TBC dengan mempromosikan piagam Hak dan Kewajiban pasien TBC. Peningkatan koordinasi antara pemerintah daerah dan organisasi masyarakat dalam promosi dan pemberdayaan diperkuat dengan harapan upaya tersebut, mereka yang terdampak akan terlibat aktif dan berdaya sehingga akan terjadi perubahan sikap dan perilaku terkait dengan pencegahan dan pengobatan TBC.

Untuk itu peningkatan promosi dan pemberdayaan perlu dilakukan dengan harapan mereka yang terdampak baik pasien, mantan pasien dan masyarakat akan terlibat aktif dan berdaya sehingga tumbuh sikap mandiri dalam pencegahan dan pengobatan TBC.

Adapun tujuan dari peningkatan kemandirian masyarakat dalam penanggulangan TBC ini adalah memandirikan masyarakat melalui promosi dan pemberdayaan mereka yang terdampak dalam pencegahan dan

pengobatan TBC serta melibatkan mereka dalam upaya penanggulangan TBC.

Berikut uraian program dari peningkatan kemandirian masyarakat dalam penanggulangan TBC:

- a. penguatan Kapasitas CSO dalam Pengelolaan Program TBC;
- b. peningkatan Sumber Daya CSO (SDM dan dana); dan
- c. membentuk wadah dukungan sesama usia.

5.6 Penguatan Manajemen Program Melalui Penguatan Sistem Kesehatan

Penguatan Manajemen Program melalui penguatan sistem kesehatan merupakan komponen sangat penting dalam strategi nasional Program Penanggulangan TBC. Strategi ini akan membicarakan tentang rencana aksi peningkatan pelayanan, sumber daya manusia, logistik dan sistem informasi strategis, termasuk riset operasional dan surveilans.

Akses pasien untuk mendapatkan layanan harus dibuka seluas mungkin agar setiap orang yang membutuhkan bisa segera mendapatkan layanan sesuai kebutuhannya. Akselerasi harus dilakukan dengan ekspansi cepat dengan menambah jumlah dan jenis layanan serta meningkatkan kualitasnya.

Petugas kesehatan pemerintah maupun swasta pada semua tingkat harus memiliki pengetahuan, sikap dan kompetensi yang diperlukan, agar mampu melaksanakan dan mengoptimalkan kegiatan meliputi pencegahan, perawatan dan pengendalian TBC, termasuk upaya meningkatkan manajemen HIV dan mengatasi hambatan pelayanan TBC RO. Oleh karena itu perlu tersedia jumlah dan jenis serta kualitas tenaga yang dibutuhkan dan yang terlibat dalam pelaksanaan program di semua tingkat sistem kesehatan harus memadai.

Adapun tujuan dari penguatan manajemen program melalui penguatan sistem kesehatan adalah menguatkan manajemen program ditujukan untuk berkontribusi pada penguatan sistem kesehatan daerah.

Berikut uraian program dari penguatan manajemen program melalui penguatan sistem kesehatan

- a. penguatan surveilans TBC di fasilitas layanan kesehatan melalui SITB;
- b. penguatan sistem pengumpulan data TBC;
- c. penguatan tata kelola logistik TBC;
- d. penyiapan Tim Pelatih TBC tingkat kabupaten;
- e. peningkatan kapasitas petugas fasyankes;
- f. peningkatan kapasitas CSO dan peran kader untuk penemuan kasus TBC; dan
- g. peningkatan kapasitas tenaga laboratorium dalam uji mutu eksternal.

Strategi RAD dijabarkan dalam table sebagai berikut:

STRATEGI 1

Penguatan Kepemimpinan Program TBC di Kabupaten Tulungagung

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan	
					Utama	Pendukung		
Program Penanggulangan TBC belum dilaksanakan secara menyeluruh lintas program dan lintas sektor	Alokasi anggaran program TBC masing sangat minim dan masih bersifat parsial/ sektoral	Penguatan Kepemimpinan Program TBC di kabupaten/kota	Penguatan program penanggulangan TBC	1. Finalisasi kerangka kerja logis RAD	Dinkes	Tim Penyusun	Lembaga Mitra	
				2. Pembentukan Tim Percepatan Penanggulangan Tuberkulosis melalui SK Bupati	Bappeda	Tim Penyusun	Lembaga Mitra	
				3. Integrasi penanggulangan tuberkulosis dalam dokumen perencanaan pembangunan daerah tahunan dan jangka menengah sebagai prioritas daerah	Bappeda	Tim Penyusun	Lembaga Mitra	
				4. Peningkatan dukungan anggaran penanggulangan TB	Bappeda	Tim Penyusun	Lembaga Mitra	
				5. Pertemuan evaluasi pelaksanaan RAD	Dinkes	Tim Penyusun	Lembaga Mitra	
	Belum ada kebijakan tentang penanggulangan TBC yang terpadu			Penyusunan Kebijakan Pemerintah Daerah untuk penanggulangan TBC	1. Sosialisasi Peraturan Bupati tentang Pelaksanaan Perda Nomor 4 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Penyakit Tuberkulosis	Bappeda	Dinkes	APBD Kab, Lembaga Mitra
					2. Perumusan aspek hukum Peraturan Bupati, mengacu pada dokumen RAD	Bag. Hukum	Tim Penyusun	APBD Kab, Lembaga Mitra
					3. Pengesahan dan Pengundangan Peraturan Bupati	Bag. Hukum	Dinkes	APBD Kab, Lembaga Mitra
					4. Pembentukan Tim Percepatan Penanggulangan Tuberkulosis melalui SK Bupati	Bappeda	Tim Penyusun	Lembaga Mitra
	Belum tersusun perencanaan tahunan			Pemantauan dan evaluasi	1. Pertemuan evaluasi pelaksanaan RAD	Dinkes	Tim Penyusun	APBD
					2. Penyusunan Rancangan Program Kerja Tahunan	Dinkes	Tim Penyusun	APBD

STRATEGI 2

Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"

2a PENEMUAN KASUS (lembar #1)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan	
					Utama	Pendukung		
Angka penemuan kasus TBC dan keberhasilan pengobatan yang belum mencapai target	1. Penemuan kasus di PUSKESMAS dan jejaringnya							
	Penjaringan terduga TBC di puskesmas masih terlalu ketat	Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Intensifikasi penemuan kasus di Puskesmas	1. Review teknis penemuan kasus TBC peningkatan kapasitas SDM di Puskesmas	Dinkes,	Perguruan Tinggi, RSUD	APBD II, Perguruan Tinggi	
				2. Update Alur Diagnosis TBC dengan Algoritma baru	Dinkes,	PPM, RSUD	APBD II	
				3. Monev TBC setiap 6 bulan	Dinkes,	PPM, RSUD	APBD II	
	Standar Operasional Procedure (SOP) penemuan kasus belum disertai dengan supervisi dan manajemen pelaksanaannya dengan baik (perlu dukungan dr.Spesialis / tidak hanya dokter umum)				Supervisi dan Mentoring ke Puskesmas dan juga fasyankes yang lain (RS, Klinik, DPM) di wilayah Puskesmas	Dinkes, Organisasi Profesi	PPM	APBD II, Lembaga Mitra
	Fokus penemuan kasus di puskesmas masih prioritas untuk mencari kasus terkonfirmasi bakteriologis, belum mengoptimalkan potensi penemuan kasus yang lain (misal TBC anak, TBC stunting, TBC DM, TBC HIV)							
Masih ada kesenjangan yang cukup besar (65%)				1. Transportasi contoh uji dari Puskesmas ke faskes TCM	Puskesmas	Dinkes	APBD Kab	
		2. Pemeriksaan uji silang	Labkesda	Dinkes	APBD Kab			

2a PENEMUAN KASUS (lembar #2)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus TBC dan keberhasilan pengobatan yang masih rendah	1. Penemuan kasus di PUSKESMAS dan jejaringnya (lanjutan)						
	Sistem pencatatan dan pelaporan TBC di Puskesmas belum berjalan dengan optimal karena keterlambatan petugas dalam memasukkan data dalam SITB	Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Intensifikasi penemuan kasus di Puskesmas	Validasi data dan penguatan kapasitas petugas dalam penggunaan SITB	Dinkes	Dinkes Prov	APBD Kab
	Poskesdes belum berfungsi secara optimal dalam penemuan kasus TBC karena belum mendapatkan sosialisasi			1. Sosialisasi tentang penemuan kasus TBC bagi petugas Poskesdes	Puskesmas	Dinkes	APBD Kab, Lembaga Mitra
				2. Kontak investigasi di daerah kantong TBC dan pada kontak erat TBC atau TBC RO dengan pemeriksaan gejala dan radiologi	Puskesmas	Dinkes	APBD Kab, Lembaga Mitra
				3. Pembentukan Pos TBC Desa dan Kader Jumantuk	Puskesmas	Dinkes	APBD Kab, Lembaga Mitra
				4. Pengabdian masyarakat: asuhan keperawatan keluarga dengan TBC	Puskesmas	Dinkes, PPNI	APBD Kab, Lembaga Mitra
	2. Penemuan kasus di Rumah Sakit Pemerintah						
Penemuan kasus TBC di rumah sakit belum menggunakan alur diagnosis terstandar	Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Intensifikasi penemuan kasus di RS Pemerintah	Sosialisasi penatalaksanaan alur diagnosis TBC di rumah sakit pemerintah dan penguatan jejaring internal.	RS Pemerintah	Dinkes	BLU RSUD	
Belum optimalnya jejaring internal dan eksternal rumah sakit			Monev TBC rumah sakit	RS Pemerintah	Dinkes	BLU RSUD	

2a. PENEMUAN KASUS (lembar #3)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus TBC dan keberhasilan pengobatan yang masih rendah	3. Penemuan kasus di Rumah Sakit Swasta						
	Rendahnya keterlibatan RS Swasta dalam program TBC	Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Intensifikasi penemuan kasus di RS Swasta	1. Mengevaluasi kerjasama Dinkes dengan rumah sakit swasta	Dinkes	RS Swasta	Tidak ada dana
	Belum optimalnya jejaring internal di rumah sakit swasta yang melaksanakan strategi DOTS			2. Bimbingan teknis dan supervisi bagi rumah sakit swasta	Tim PPM	Dinkes	APBD Kab
				3. Evaluasi internal RS swasta (setiap 4 bulan)	RS Swasta	Dinkes	RS Swasta
	4. Keterlibatan DPM masih rendah						
	Laporan kasus TBC dari DPM masih rendah	Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Pelibatan DPM dalam penanggulangan TBC	1. Mengembangkan kerjasama antara DPM yang terlatih dengan Puskesmas	Puskesmas	Dinkes, IDI	Tidak ada dana
				2. Monev TBC bagi DPM yang sudah berjejaring dengan Puskesmas	Dinkes	IDI, Puskesmas	APBD Kab
				3. Update <i>mandatory notification</i> bagi DPM	Dinkes	Tim PPM, IDI	APBD Kab, Lembaga Mitra
				4. Pemberian TBC award bagi dokter	Dinkes	IDI	APBD Kab, Lembaga Mitra
	Belum berjalannya program sertifikasi TBC bagi DPM	Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Program Sertifikasi TBC bagi DPM	Pemberian SKP bagi DPM yang berkontribusi dalam penanggulangan TBC	IDI	Dinkes Kab	IDI
Belum dipatuhinya peraturan kewajiban lapor kasus TBC, masih sering terlambat.	Implementasi <i>Mandatory Notification</i> bagi fasyankes			Dinkes	Tim PPM	APBD Kab	

2a PENEMUAN KASUS (lembar #4)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus TBC dan keberhasilan pengobatan yang belum mencapai target	5. Penemuan kasus di klinik swasta						
	Rendahnya pelibatan Klinik Swasta dalam program TBC karena sebagian besar adalah klinik "Pratama"	Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Peningkatan peran serta klinik swasta dalam program TBC	1. Pembuatan data base Klinik, Lab dan Apotik swasta	Tim PPM	Dinkes, IDI, IAI, Patelki	APBD Kab
				2. Sosialisasi TBC dan <i>Mandatory Notification</i> sesuai ISTC untuk Klinik, Lab dan Apotik swasta	Tim PPM	Dinkes, IDI, IAI, Patelki	APBD Kab
				3. Mengembangkan kerjasama antara Klinik, Lab dan Apotik swasta yang terlatih dengan Puskesmas	Puskesmas	Dinkes, Tim PPM, IDI, IAI, Patelki	APBD Kab
				4. Monev TBC bagi Klinik, Lab dan Apotik swasta yang sudah berjejaring dengan Puskesmas	Puskesmas	Dinkes, IDI, IAI, Patelki	APBD Kab
	6. Penemuan kasus di Lapas						
	Belum optimalnya program TBC di Lapas II B (keterbatasan tenaga kesehatan)	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Intensifikasi penemuan kasus di Lapas	1. Layanan poliklinik oleh puskesmas untuk pemeriksaan TBC dan HIV di Lapas	Dinkes	Lapas	APBD Kab
				2. Skrining TBC setiap 6 bulan sekali	Dinkes	Lapas	APBD Kab
	7. Penemuan kasus secara aktif dan di kelompok rentan / komorbiditas						
	7a. Peran Masyarakat / CSO						
Penemuan kasus secara aktif melalui peran masyarakat / CSO	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Peningkatan Kapasitas CSO terkait TBC	1. Pemetaan CSO yang potensial untuk penanggulangan TBC	PPTI	Dinkes, Tim PPM	APBD Kab	
			2. <i>Workshop</i> TBC dan komunikasi motivasi bagi CSO	PPTI	Dinkes, Tim PPM	APBD Kab	
			3. Monev TBC bagi CSO	PPTI	Dinkes, Tim PPM	APBD Kab	

2.a PENEMUAN KASUS Lembar #5

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus TBC dan keberhasilan pengobatan yang belum mencapai target	7b. TBC di Pondok Pesantren						
	Belum optimalnya peran Poskestren dalam penemuan kasus TBC; dan tidak semua pondok pesantren memiliki Poskestren	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Peningkatan Peran Pondok Pesantren dalam Penemuan Kasus TBC	1. MoU dengan Pondok Pesantren untuk mendorong adanya Poskestren berikut peran dan fungsinya dalam kontribusi penemuan kasus TBC di Pesantren.	Puskesmas	Dinkes, Kantor Agama	APBD Kab
				2. Sosialisasi TBC bagi petugas maupun santri di Ponpes	Puskesmas	Dinkes, Kantor Agama	APBD Kab
				3. Skrining TBC di Pondok pesantren	Puskesmas	Dinkes, Kantor Agama	APBD Kab
	7c. TBC – DM						
	Ada kendala di alur skrining dengan rontgen, terkait dengan pembiayaan BPJS	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Kerjasama pembiayaan TBC oleh BPJS	1. Pertemuan koordinasi dengan BPJS untuk kesepakatan pembiayaan TBC	Dinkes	BPJS	Tidak ada dana
				2. Sosialisasi kolaborasi TBC DM bagi petugas fasyankes	Dinkes	IDI, RSUD	APBD Kab, Lembaga Mitra
	7d. Kontak serumah dan kontak erat						
	Investigasi kontak masih prioritas yg "kontak serumah"; sedangkan untuk "kontak erat" atau yg selingkungan utamanya di sekolah (guru-murid) masih kurang ditekankan.	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Peningkatan Investigasi Kontak	1. Koordinasi dengan Diknas dan pihak Sekolah dalam rangka pelaksanaan penapisan "kontak erat".	Puskesmas	Dispendikpora, Dinkes	tidak ada dana
				2. Sosialisasi TBC bagi Sekolah yang kontak erat dengan pasien TBC penapisan dan pelacakan pada "kontak erat" terhadap siswa-guru di Sekolah	Puskesmas	Dispendikpora, Dinkes	APBD Kab
3. Penapisan dan pelacakan pada "kontak erat" terhadap siswa-guru di sekolah.				Puskesmas	Dispendikpora, Dinkes	APBD Kab	

2a PENEMUAN KASUS (lembar #6)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus TBC dan keberhasilan pengobatan yang belum mencapai target	7e. Ibu Hamil						
	Belum semua ibu hamil dilakukan skrining TBC ,belum semua bidan melaksanakan skrining TBC untuk bumil.	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Pelaksanaan Skrining TBC Ibu Hamil.	1. Sosialisasi TBC dan SOP penemuan kasus TBC pada Bumil dalam minilok rutin di Puskesmas 2. Sosialisasi penemuan TBC pada ibu hamil bagi anggota IBI	Puskesmas IBI Kab	Dinkes, IBI Dinkes	APBD Kab IBI Kab

2a PENEMUAN KASUS (lembar #7)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus TBC dan keberhasilan pengobatan yang belum mencapai target	7f. Usia Lanjut						
	Skrining TBC di Posyandu Lansia masih belum optimal	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Pelaksanaan Skrining TBC Usia lanjut.	Penapisan TBC di kegiatan Posyandu Lansia dan Posbindu	Puskesmas	Dinkes	APBD Kab
	7g. TBC - Anak						
	Belum semua Puskesmas menerapkan MTBS dengan baik, sehingga kecurigaan TBC pada Anak dengan BB rendah masih belum optimal	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Pelaksanaan Skrining TBC Anak melalui MTBS, RS dan Sekolah.	Validasi data MTBS untuk penapisan TBC	Puskesmas, RS	Dinkes	APBD Kab
Ditemukan banyak kasus TBC Anak di RS (perlu dilakukan investigasi kontak untuk cari sumber penularan)		Pelaksanaan koordinasi dan Penapisan TBC Anak di RS dan Sekolah.	Koordinasi dengan Dinkes Kab (melaporkan temuan kasus TBC Anak di rumah sakit) untuk tindak lanjut pelaksanaan investigasi kontak di level Puskesmas, Sekolah, dan lain-lain	RS	Dinkes, Puskesmas, Sekolah	tidak ada dana	

2b KEBERHASILAN PENGOBATAN

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka keberhasilan pengobatan TBC masih rendah	Kemampuan petugas dan pendamping pasien dalam menyampaikan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) belum optimal	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Peningkatan kapasitas petugas kesehatan	1. <i>Workshop</i> komunikasi motivasi bagi petugas kesehatan fasyankes	Dinkes	CSO	APBD Kab, Lembaga Mitra
	2. <i>Workshop</i> komunikasi motivasi bagi kader kesehatan di wilayah			Puskesmas	CSO	APBD Kab, Lembaga Mitra	
	Penyakit komorbid yang tidak tertangani memperberat kondisi pasien TBC sehingga menyebabkan keberhasilan pengobatan rendah		1. Monev TBC dengan komorbid (TBC HIV, TBC DM, TBC Anak)	Dinkes	Lintas program dan lintas sektor	APBD Kab	
			2. Pendampingan penanganan pasien TBC dengan komorbid dan ESO di Puskesmas	Tim PPM	Dinkes	APBD	
	Materi KIE yang ada belum efektif		Pengadaan dan Pengembangan Materi KIE Lokal Spesifik	1. Menyediakan dan mengembangkan media KIE dalam berbagai bentuk (radio, <i>leaflet</i> , dan media sosial) yang lokal spesifik	Dinkes (Promkes)	PT, CSO	APBD Kab, Lembaga Mitra, CSR
				2. Publikasi media KIE	Dinas Kominfo	Dinkes, PT, CSO	APBD Kab, Lembaga Mitra, CSR
	Monitoring terhadap "pasien mangkir" dan "pasien pindah" belum optimal		Mengawasi pasien mangkir dan pasien pindah	1. Memantau alert SITB di fasyankes untuk mengetahui pasien mangkir dan pindah	Fasyankes	Dinkes	tidak ada dana
				2. Pelacakan pasien mangkir dan pasien pindah	Puskesmas wilayah	Dinkes	APBD Kab

2c. TBC RO (lembar #1)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan	
					Utama	Pendukung		
Angka penemuan kasus TBC-RO dan pengobatan TBC-RO yang rendah	1. Penemuan kasus TBC Resisten Obat							
	Kapasitas Petugas untuk Diagnosis TBC-RO belum optimal	Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Peningkatan kapasitas petugas pengelola TBC RO	1. Pemetaan nakes di fasyankes sebagai layanan TBC RO atau sebagai PMO di wilayah (bidan, petugas poskesdes)	Dinkes	RSUD, Lembaga Mitra	tidak ada dana	
	Sistem transportasi Contoh Uji belum optimal		Peningkatan sistem transportasi Contoh Uji	2. Bimbingan teknis rutin untuk mendampingi dan mengevaluasi pelaksanaan MTPTRO	Dinkes	IDI, RSUD, Lembaga Mitra	APBD Kab, Lembaga Mitra	
				1. Update SPO Sistem Transportasi Contoh Uji dari Fasyankes ke Lab TCM	Dinkes	IDI	APBD Kab, Lembaga Mitra	
	Belum optimalnya pelibatan Fasyankes Swasta, Dokter Penyakit Dalam, dan DPM dalam penemuan pasien TBC-RO		Peningkatan kapasitas Fasyankes Swasta dan DPM dalam penemuan kasus TBC	2. Pengiriman contoh uji dari desa ke Puskesmas	Puskesmas	Dinkes, Aisyiyah, LKNU	Lembaga Mitra	
		1. Sosialisasi TBC RO ke Fasyankes swasta, DPM, dan Organisasi Profesi dan sekaligus membuat MoU Tatalaksana TBC RO dengan organisasi Profesi dan DPM		Dinkes	IDI, IBI, PPNI, Fasyankes Swasta, DPM	APBD Kab, Lembaga Mitra		
	Kontak investigasi pada "Kontak Serumah" pasien TBC-RO belum optimal	Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Pelaksanaan Kontak Investigasi pada "Kontak Serumah" pasien TBC RO	2. Bimbingan teknis rutin untuk mendampingi dan mengevaluasi pelaksanaan penemuan pasien TBC RO	Dinkes	IDI, IBI, PPNI, Fasyankes Swasta, DPM	APBD II, Lembaga Mitra	
				1. Kontak investigasi pada kontak erat oleh petugas Puskesmas	Puskesmas	Dinkes, Lintas Sektor	APBD Kab, Lembaga Mitra	
				2. Koordinasi dengan BPMPD untuk pemberdayaan masyarakat (karangtaruna, kader Posyandu, Dasawisma, PKK) ikut berperan melakukan kontak investigasi TBC	Dinkes, BPMPD	Puskesmas, PKK	Dana Desa	
				3. Merujuk pasien terduga TBC-RO ke RS	Puskesmas	Dinkes, RS	APBD Kab, PBI	
			4. Bimbingan teknis rutin dan mengevaluasi pelaksanaan investigasi "kontak serumah" yang dilakukan kader.	Puskesmas	Dinkes	APBD Kab		

2c. TBC RO (lembar #2)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus TBC-RO dan pengobatan TBC-RO yang rendah	2. Pengobatan TBC Resisten Obat						
	Pasien TBC-RO menolak dilakukan pengobatan dan beberapa pasien lain putus berobat karena Efek Samping Obat (ESO) dan faktor psikososial (stigma masyarakat)	Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Peningkatan kepatuhan pengobatan TBC-RO	Workshop peningkatan kapasitas Pengawas Minum Obat (PMO) dalam memberikan KIE dan Pendampingan pasien TBC-RO	Dinkes	CSO	APBD Kab
			Desentralisasi pengobatan di tingkat puskesmas dan desa	1. Serah terima pasien TBC-RO dari RS ke Puskesmas	Dinkes	Puskesmas	APBD Kab, Dana desa
	2. Pelatihan bagi PMO pasien TBC RO			Puskesmas	Dinkes, CSO	APBD Kab	
	Pengobatan pasien TBC RO belum diawasi dengan baik		Monev TBC RO	Pelaksanaan Mini cohort oleh RS layanan TBC Ro	RSUD	Dinkes	RSUD
Tinjauan kohort (MICA) bulanan TBC RO			Dinkes	CSO, RSUD	APBD		

2d. TBC HIV

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Akses layanan Tes HIV di Puskesmas belum optimal	Dokter dan Petugas sudah dilatih PITC tetapi belum semua pasien TBC dilakukan tes HIV	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Peningkatan kapasitas Dokter dan Petugas Lab.	1. Update tata laksana manajemen TBC HIV	Dinkes	Puskesmas, RS	APBD Kab
				1. Bimtek tentang KTIP dan penguatan kolaborasi TBC HIV pada petugas	Dinkes	Puskesmas, RS, KPA	APBD Kab, Lembaga Mitra
	Pemberian dukungan Psikologis bagi pasien TBC-HIV.		1. Peningkatan kapasitas Pokja KPAD di titik hot spot terkait issue TBC HIV	KPA	CSO	APBD Kab, Lembaga Mitra	
				2. Peningkatan kapasitas ODHA/ODHIV	KPA	CSO	APBD Kab, Lembaga Mitra
				3. Support psikososial integrasi antara HIV TBC dan kesehatan mental	KPA	CSO	APBD Kab, Lembaga Mitra
	Belum optimalnya kolaborasi program dan monev mengenai TBC HIV di tingkat fasyankes dan Dinkes kabupaten		Peningkatan Kolaborasi Program dan Monev TBC-HIV	1. Monev kolaborasi TBC HIV dan validasi data	Dinkes	Fasyankes, KPA	APBD Kab
				2. Bimbingan teknis TBC HIV ke fasyankes	Dinkes	Fasyankes, KPA	APBD Kab

2e LABORATORIUM

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan	
					Utama	Pendukung		
Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis / Uji Silang yang belum optimal	Belum ada pembinaan dari Rujukan Uji Silang 1 (RUS 1) ke Lab mikroskopis lainnya.	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Pembinaan Rujukan Uji Silang Lab Mikroskopis	1. Supervisi dan bimbingan teknis ke Lab mikroskopis	Labkesda	Dinkes	APBD Kab, RSUD	
				2. Pelatihan pelaksanaan uji silang LQAS termasuk penerapan e-TBC 12	Labkesda	Dinkes	APBD Kab	
				3. OJT bagi petugas laboratorium Puskesmas RS Swasta dan Lab Swasta	Labkesda	Dinkes	APBD Kab, Lembaga Mitra	
	Kapasitas staf lab TCM belum optimal karena belum semua terlatih		Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Peningkatan Kapasitas Staf Lab TCM dan penambahan mesin TCM	1. Pelatihan kerja petugas Lab TCM	Dinkes	Dinkes Provinsi	APBD Lembaga Mitra
					2. Penambahan Mesin TCM	Dinkes	Dinkes Provinsi	Lembaga Mitra
					1. Update tatalaksana pengobatan TBC bagi petugas	Dinkes	Dinkes Provinsi	APBD Kab
Rujukan contoh uji untuk pemeriksaan TCM dari RS dan Puskesmas masih rendah (tidak semua terduga bisa berdahak terutama pasien anak)	Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam diagnosis TBC	2. Pengaturan alur jejaring layanan TCM	Dinkes	Faskes layanan TCM	Tidak ada dana			

2e LABORATORIUM

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan	
					Utama	Pendukung		
Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis / Uji Silang yang belum optimal	Kebijakan teknis pemanfaatan TCM untuk semua "terduga TBC" belum dilakukan secara optimal	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Update Kebijakan Teknis Pemanfaatan TCM untuk semua "Terduga TBC"	1. Mendiseminasi alur jejaring layanan TCM	Dinkes	Faskes layanan TCM	Tidak ada dana	
				2. Monev laboratorium TBC setiap 6 bulan	Dinkes	Labkesda	APBD Kab, Lembaga Mitra	
	Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis / Uji Silang yang belum optimal		Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis / Uji Silang yang belum optimal	Pemberitahuan ke Dinkes Provinsi ketersediaan layanan biakan TBC di RSUD	1. Penilaian awal kelayakan operasional	RSUD	BBLK Surabaya, Dinkes Prov, Dinkes Kab	APBD Kab, RS, Lembaga Mitra
					2. Pelatihan SDM untuk pemeriksaan biakan TBC	RSUD	BBLK Surabaya, Dinkes Prov, Dinkes Kab	APBD Kab, RS, Lembaga Mitra
					3. Supervisi Bimbingan Teknis	BBLK	Dinkes	APBD Prov, APBD Kab.

STRATEGI 3
Pengendalian Faktor Resiko

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Resiko penularan TBC yang masih tinggi	Kurangnya promosi kesehatan lingkungan dan pola hidup sehat terkait TBC	Pengendalian Faktor Resiko	Promosi PHBS dan TBC	Menyusun dan mendesiminasi materi materi PHBS terkait TBC. Bisa dijadikan satu dengan Strategi 2B (Pengembangan KIE)	Dinkes (Promkes, PPPKMI)	Perguruan Tinggi, CSR	CSR
	Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TBC di Faskes belum optimal		Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC di Faskes.	1. Workshop PPI-TBC untuk Tim / Komisi PPI di tingkat fasyankes TBC dan HIV (termasuk strategi TemPO)	Dinkes	Puskesmas, RSUD, RS Swasta, CSO	CSR
				2. Supervisi pelaksanaan PPI-TBC	Tim PPM	Puskesmas, RSUD, RS Swasta, CSO	CSR
				3. Skrining TBC bagi petugas kesehatan di fasyankes (gejala)	Tim PPI Fasyankes	Dinkes	APBD Kab, fasyankes
	Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TBC di tempat khusus (lapas / rutan dan sebagainya) yang belum optimal		Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC di tempat-tempat khusus.	Melaksanakan sosialisasi PPI-TBC kepada petugas di tempat khusus (lapas / rutan, dan sebagainya)	Dinkes	Diknas, Kantor Agama, Lapas, Asrama	CSR
Cakupan Pemberian Vaksinasi BCG masih rendah	Pemberian Vaksinasi BCG	Melakukan kolaborasi program TBC dengan program imunisasi.	Dinkes	Puskesmas	Tidak ada dana		
Pengobatan pencegahan TBC pada ODHA dan kontak serumah masih sangat rendah	Belum semua tersosialisasikan pencegahan TBC pada ODHA dan kontak serumah	Pengendalian Faktor Resiko	Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pemberian TPT	1. Peningkatan kapasitas petugas dalam pemberian TPT	Dinkes	Dinkes Provinsi	APBD Kab, Lembaga Mitra
				2. Validasi data pemberian TPT	Dinkes	RS, Puskesmas	APBD Kab, Lembaga Mitra

STRATEGI 4
Peningkatan Kemitraan TBC melalui Forum Koordinasi TBC

Strategi 4 (lembar #1)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Jejaring pelayanan TBC yang belum berfungsi dengan baik	Belum optimalnya tim PPM yang telah dibentuk	Peningkatan Kemitraan TBC melalui Forum Koordinasi TBC	Peningkatan Kapasitas Tim PPM.	1. Menyusun rencana kerja Tim PPM.	Tim PPM		APBD Kab, Lembaga Mitra
				2. Evaluasi kinerja bidang setiap 6 bulan	Tim PPM		APBD Kab, Lembaga Mitra
				3. Evaluasi Tim PPM setiap tahun	Tim PPM		APBD Kab, Lembaga Mitra
				4. Mengajukan anggaran kegiatan Tim PPM	Dikes	Tim PPM	APBD Kab
				5. Supervisi Tim PPM ke fasyankes	Tim PPM	Dikes	APBD Kab
	Belum terbentuknya Tim PPM Kecamatan		Pembentukan forum koordinasi TBC ada tingkat kecamatan	1. Advokasi kepada Pemerintah Kecamatan untuk pembentukan forum koordinasi TBC Kecamatan	Dikes	Tim PPM	tidak ada dana
				2. Pembentukan Tim PPM Kecamatan dan rencana kerja	Tim PPM	Dikes	APBD Kab, Lembaga Mitra
				3. Monev Tim PPM Kecamatan	Tim PPM	Dikes	APBD Kab, Lembaga Mitra
	Dukungan organisasi profesi dalam sosialisasi TBC bagi anggotanya belum maksimal		Peningkatan kapasitas anggota organisasi profesi dalam P2 TBC	Seminar/ Webinar tahunan TBC bagi anggota organisasi profesi	Organisasi Profesi (PPNI)	Dikes	Org. Prof
	Belum ada keterlibatan Apotik swasta dalam PPM		Kerjasama Apotek swasta dengan fasyankes DOTS	Workshop logistik TBC bagi apotik swasta yang berjejaring dengan fasyankes DOTS	IAI	Dikes, fasyankes	Org. Prof

Strategi 4 (lembar #2)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Jejaring pelayanan TBC yang belum berfungsi dengan baik	Keterlibatan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam penelitian dan jejaring pelayanan TBC (termasuk skrining) belum tergal.	Peningkatan Kemitraan TBC melalui Forum Koordinasi TBC	Kerjasama antara Dinkes dengan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam Penelitian dan jejaring Pelayanan TBC	1. Workshop TBC-HIV bagi sekolah dan Perguruan Tinggi untuk menjalin kerjasama program dan layanan	Dinkes	Diknas, Kemenag Kab, PT	APBD Kab, Lembaga Mitra
				2. Kerjasama dengan Perguruan Tinggi Kesehatan dan Diknas untuk terlibat dalam upaya promotif TBC-HIV (penapisan TBC bagi siswa baru, skrining pasif di Poliklinik PT/UKS, penyuluhan TBC waktu KKN)	Dinkes	Diknas, Kemenag Kab, PT	APBD Kab, Lembaga Mitra
				3. Advokasi kepada Perguruan Tinggi untuk memasukkan topik "Program TBC" dalam kurikulum	Dinkes	PT	tidak ada dana
				4. Pembentukan kader TBC bagi UKS dan Perguruan tinggi.	Puskesmas	Dinkes, PT, Sekolah	PT, Sekolah, Lembaga Mitra
				5. Pelatihan kader TBC bagi Sekolah dan Perguruan Tinggi	Puskesmas	Dinkes, PT, Sekolah	PT, Sekolah, Lembaga Mitra
				6. Riset Operasional Program TBC melibatkan Perguruan Tinggi Kesehatan dan SMK Kesehatan.	Dinkes	PT, Sekolah	PT, Sekolah
	Pengawasan terhadap "pasien DO" dan "pasien pindah" belum optimal		Pengawasan "pasien DO" dan "pasien pindah"	Melakukan intensifikasi kunjungan ke pasien dan membahas kasus pasien pindah dalam pertemuan monitoring bulanan.	Dinkes, Puskesmas	CSO, BPMPD	APBD Kab

STRATEGI 5
Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Pengendalian TBC

Strategi 5

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan	
					Utama	Pendukung		
Peran CSO dalam program penanggulangan TBC masih rendah	Kapasitas CSO dalam pengelolaan program TBC masih terbatas	Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Pengendalian TBC	Penguatan Kapasitas CSO dalam Pengelolaan Program TBC	1. Memetakan CSO yang berpotensi dapat berperan dalam Program TBC.	PPTI	CSO	APBD, Lembaga Mitra, CSR	
	2. Workshop tentang program & pengendalian TBC kepada CSO yang potensial.			PPTI, fasyankes	CSO, PKK	APBD, Lembaga Mitra, CSR, Dana Desa		
	3. Rapat koordinasi antara CSO dengan Fasyankes (Forum Peduli TBC HIV)			Dinkes, fasyankes	CSO	APBD		
	4. Monev Kinerja CSO dalam program penanggulangan TBC			PPTI	Dinkes, CSO	APBD		
	CSO dan organisasi masyarakat masih bergerak tersegmentasi, belum ada kolaborasi dan koordinasi spesifik untuk TBC-HIV		Sumber daya (SDM dan dana) CSO terbatas	Peningkatan Sumber Daya CSO (SDM dan Dana)	1. Rapat koordinasi antara CSO dengan Pengelola CSR untuk penggalangan dana kegiatan CSO dalam penanggulangan TBC.	PPTI	Dinkes, Bag. Ekonomi	APBD
	2. <i>Workshop</i> penyusunan rencana kerja CSO dan proposal kegiatan untuk penggalangan dana				PPTI	Dinkes, Bag. Ekonomi	APBD Kab, CSR, Lembaga Mitra	
	Belum adanya dukungan psikososial oleh sesama pasien TBC.			Membentuk wadah dukungan sebaya	1. Membentuk "Paguyuban Pasien TBC" tingkat Kabupaten dan desa (memanfaatkan KPM/Kader Pemberdayaan Masyarakat)	PPTI	BPMPD, CSO	APBD II, CSR
					2. Lokakarya Pendidik Sebaya TBC	Dinkes	PPTI, CSO	APBD Kab, Lembaga Mitra
					3. Kunjungan rumah ke pasien TBC oleh kader atau paguyuban	PPTI	CSO, RS, Dinkes, Pasien TBC, Pendamping	APBD Kab
					4. Monev Paguyuban Pasien TBC setiap 6 bulan	PPTI	CSO, RS, Dinkes, Pasien TBC, Pendamping	APBD Kab

STRATEGI 6
Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan

Strategi 6

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Masih ada kelemahan dalam sistem surveilans TBC di Kabupaten	6.1 Penguatan Sistem Kesehatan						
	Belum semua petugas fasyankes menguasai menu yang terdapat di SITB	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Penguatan surveilans TBC di fasyankes melalui SITB	1. Update pelaporan melalui SITB bagi petugas fasyankes	Dinkes		APBD Kab
				2. Validasi data TBC setiap 3 bulan	Dinkes		APBD Kab
				3. Analisa data dan umpan balik TBC ke fasyankes	Dinkes		tidak ada dana
	Sistem pengumpulan data TBC yang belum optimal		Penguatan Sistem Pengumpulan Data TBC	1. Sosialisasi surveilans terkait <i>mandatory notification</i> bagi RS Swasta, DPM, Klinik Swasta, Lab, Apotik	Dinkes		APBD Kab, Lembaga Mitra
				2. Update WIFI TB sebagai pendukung sistem informasi Program TBC	Dinkes		APBD Kab, Lembaga Mitra
3. Verifikasi Nomor Induk Kependudukan (NIK) untuk mencegah duplikasi data				Dinkes		APBD Kab	
4. Bimtek dan supervisi ke Puskesmas perihal pencatatan dan pelaporan TBC dalam SITB	Dinkes			APBD Kab			

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Logistik yang belum memadai	6.2 Pengadaan dan Distribusi Logistik TBC						
	Terjadinya kehabisan stok OAT dan non OAT	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Pengadaan Logistik TBC	1. Pengadaan Logistik baik OAT (OAT Anak) maupun Non OAT	Dinkes		APBD Kab
				2. Menyusun perencanaan dan Pengadaan materi KIE TBC Lokal Spesifik	Dinkes		APBD Kab
				3. Transportasi logistik TBC dari Kabupaten ke provinsi	Dinkes		APBD Kab.
				4. Monev Logistik TBC	Dinkes		

Strategi 6 (lembar #2)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan	
					Utama	Pendukung		
Kapasitas SDM untuk penemuan kasus TBC belum standar	6.3 Peningkatan Kapasitas SDM							
	Sekitar 60% SDM Puskesmas masih belum terlatih sehingga mempengaruhi penemuan kasus di Puskesmas	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Intensifikasi penemuan kasus di Puskesmas	Pelatihan TBC bagi SDM Puskesmas	Dinkes	Dinkes Prov	APBD Kab	
	Rendahnya keterlibatan RS Swasta dalam program TBC		Extensifikasi penemuan kasus di RS swasta	Pelatihan SDM di RS swasta dalam penanggulangan TBC melalui strategi DOTS	Dinkes	RS Swasta	Swadaya RS Swasta	
	Banyak kader yang akhirnya berhenti (kurang komitmen) melakukan penemuan kasus		Peningkatan Peran Kader dalam Penemuan Kasus TBC	Refreshing kader TBC	Dinkes	Puskesmas, Poskesdes	TP-PKK	
	Belum semua Puskesmas menerapkan MTBS dengan baik, sehingga kecurigaan TBC pada Anak dengan BB rendah masih masih belum optimal		Pelaksanaan Skrining TBC Anak melalui MTBCS, RS dan Sekolah.	Pelatihan petugas MTBS di fasyankes untuk penapisan TBC Anak	Dinkes	Puskesmas	APBD Kab	
	Angka keberhasilan pengobatan TBC masih rendah		SOP penanganan Efek Samping Obat (ESO) belum dilaksanakan dengan optimal	Peningkatan Kapasitas Petugas Kes. Dalam Pelaksanaan SOP ESO	Pelatihan tata laksana ESO TBC bagi petugas kesehatan.	Dinkes	RS, Puskesmas, Pendamping, CSO	APBD Kab, Swadaya RS, RSUD
	Angka penemuan kasus TBC-RO dan pengobatan TBC-RO yang-		Kapasitas Petugas untuk Diagnosis TBC RO belum optimal	Peningkatan kapasitas petugas pengelola TBC-RO	Pelatihan dan Sosialisasi MTPTRO kepada Petugas Pengelola TBC di Fasyankes.	Dinkes	RSUD, Lembaga Mitra	APBD Kab, Lembaga Mitra
			Kontak investigasi pada "Kontak-	Pelaksanaan Kontak Investigasi pada "Kontak-	Pelatihan PMO untuk Kader di Puskesmas	Dinkes	Puskesmas	APBD Kab, Lembaga Mitra

Strategi 6 (lembar #3)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Rendah	Serumah" pasien TBC-RO belum optimal		Serumah" pasien TBC-RO				
Akses layanan Tes HIV di Puskesmas VCT belum optimal	6.3 Peningkatan Kapasitas SDM (lanjutan)						
	Dokter dan petugas sudah dilatih PITC tapi belum semua pasien TBC dilakukan tes	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Peningkatan kapasitas Dokter dan Petugas Lab.	Pelatihan Tim Puskesmas Non KTHIV menjadi Puskesmas KTHIV	Dinkes	Puskesmas	APBD Kab, APBD Prov
Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis / Uji Silang yang belum optimal	Belum semua petugas lab terlatih pemeriksaan mikroskopis		Pembinaan Rujukan Uji Silang Lab Mikroskopis	Pelatihan mikroskopis bagi petugas laboratorium Puskesmas Satelit, RS Swasta dan Lab Swasta	Labkesda	Dinkes	APBD Kab, Lembaga Mitra
	Infrastruktur, peralatan, dan SDM di RSUD Dr. Iskak belum memenuhi persyaratan		Pemenuhan Persyaratan Infrastruktur, Peralatan dan SDM di RS	Pelatihan SDM untuk pemeriksaan Biakan TBC	RSUD	BBLK Surabaya, Dinkes Prov, Dinkes Kab	APBD Kab, RS, Lembaga Mitra
Pengobatan pencegahan TBC pada ODHA dan kontak serumah masih rendah	Belum semua tersosialisasikan pencegahan dan pengobatan TBC pada ODHA dan kontak serumah		Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pemberian TPT	Pelatihan pemberian TPT pada petugas kesehatan	Dinkes	RS, Puskesmas VCT	APBD Kab, Lembaga Mitra
Jejaring pelayanan TBC belum berfungsi dengan baik	Keterlibatan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam penelitian dan jejaring pelayanan TBC (termasuk penapisan) belum tergal.		Kerjasama antara Dinkes dengan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam Penelitian- dan jejaring Pelayanan TBC	Pelatihan kader TBC bagi Sekolah dan Perguruan Tinggi	Puskesmas	Dinkes, PT, Sekolah	PT, Sekolah, Lembaga Mitra

Strategi 6 (lembar #4)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana	Sumber Pendanaan
Pemerintah Daerah belum memiliki Tim Pelatih TBC Kabupaten	Kebutuhan peningkatan kapasitas fasyankes belum terakomodasi sepenuhnya		Penyiapan Tim Pelatih TBC tingkat kabupaten	1. Pembentukan Tim Pelatih TBC kabupaten	Dinkes	APBD Kab
				2. Pembuatan dan penerbitan SK Kadinkes tentang Tim Pelatih TBC kabupaten	Dinkes	APBD Kab
				3. Penguatan Tim Pelatih TBC kabupaten	Dinkes	APBD Kab

BAB VI PEMBIAYAAN

Dalam konteks penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pembiayaan merupakan unsur yang multak harus tersedia. Pemerintah Kabupaten Tulungagung setiap tahun merencanakan dan menetapkan APBD sebagai pedoman dalam mengatur penerimaan dan belanja untuk pelaksanaan pembangunan daerah. Pelaksanaannya merupakan tindak-lanjut dari perencanaan pembangunan yang disahkan oleh eksekutif dan legislatif. Di dalamnya terkandung pokok pembiayaan untuk merealisasikan seluruh program dan kegiatan pembangunan, baik dalam bentuk belanja langsung, belanja tidak langsung dan pembiayaan lainnya.

Pembiayaan kegiatan dalam RAD Penanggulangan TBC pada dasarnya adalah besaran nilai investasi yang direncanakan untuk mendanai pelaksanaan program dan kegiatan penanggulangan TBC berdasarkan kebutuhan yang teridentifikasi.

6.1 Tujuan dan Arah Pembiayaan

Pembiayaan ini ditujukan untuk peningkatan pembangunan sektor kesehatan fokus pada penanggulangan penyakit TBC. Secara komprehensif pembiayaan pembangunan ini ditujukan untuk mewujudkan dan mencapai sasaran yang ditetapkan dalam visi daerah, dalam hal ini untuk kemakmuran dan kesejahteraan masyarakat. Pembiayaan dimaksud adalah untuk penyelenggaraan tata kelola pelayanan kesehatan, pengobatan masyarakat, peningkatan kapasitas sumber daya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat peduli TBC.

6.2 Mekanisme Pembiayaan

Mekanisme pembiayaan yang dilaksanakan mengikuti prinsip dan ketentuan yang ditetapkan baik oleh pemerintah daerah maupun penyedia sumber pendanaan lainnya. Pembiayaan dari APBD menggunakan mekanisme kalender anggaran tahunan.

6.3 Proses Perhitungan Pembiayaan

Setiap kegiatan yang teridentifikasi pada umumnya merupakan kegiatan yang akan dilaksanakan setiap tahun (multi tahun). Untuk kegiatan tahunan ini proses perhitungan pembiayaannya dilakukan satu kali pada awal penyusunan perencanaannya. Setiap kegiatan mengandung informasi tentang volume kegiatan yang terdiri dari variabel, frekuensi dan satuan atau unit sebagai dasar perhitungannya. Penetapan volume kegiatan merupakan satu proses tersendiri yang harus dilakukan secara cermat oleh Tim Perumus RAD. Sedangkan frekuensi adalah jumlah *event* dalam satu mata kegiatan, disebutkan pelaksanaannya berapa kali dalam setahun.

Untuk mendapatkan nominal biaya yang dibutuhkan oleh satu kegiatan, maka volumen kegiatan harus dikalikan dengan satuan biaya, yaitu suatu standar biaya yang ditetapkan oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung melalui Peraturan Daerah.

Untuk mempermudah proses perhitungan ini, Pemerintah Kabupaten Tulungagung menggunakan alat bantu Format Lembar Kerja (Format Leker). Dalam proses perhitungan pembiayaan kegiatan RAD Penanggulangan TBC, penggunaan Leker disesuaikan menurut kelompok Strategi 1 – 6, hal ini ditujukan untuk memudahkan dalam pembacaan dan penyusunan Rencana Kerja (Renja) dan Rencana Kerja Anggaran (RKA) perangkat daerah.

Jika proses perhitungan pembiayaan telah selesai dan dikelompokkan menurut Strategi 1 – 6, maka dapat disusu rekapitulasi pembiayaan dari seluruh kegiatan kegiatan dan proyeksi biaya selama 5 tahun ke depan. Secara keseluruhan dapat dilihat pada lampiran.

6.4 Proyeksi Biaya

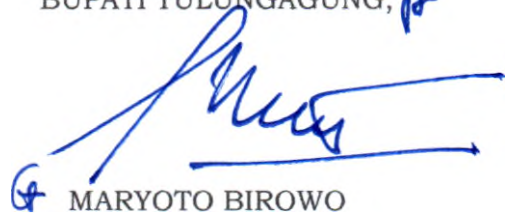
Jika suatu kegiatan akan dilaksanakan setiap tahun dalam kurun waktu perencanaan (5 tahunan) maka proyeksi biaya perlu ditetapkan besaran pengalinya berdasarkan ketentuan yang berlaku yang dipengaruhi oleh nilai inflasi rupiah atau indikator lainnya. Dalam RAD Penanggulangan TBC ini ini disepakati proyeksi biaya dihitung dengan asumsi penambahan sebesar 10% dari nominal biaya pada tahun berjalan.


BAB VII
PENUTUP

RAD penanggulangan TBC di Kabupaten Tulungagung merupakan referensi untuk proses perencanaan dan penganggaran yang resmi dan diberlakukan oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung. Sebagai sebuah rencana aksi yang berkelanjutan dalam rangka menuju Eliminasi TBC Tahun 2030, penyusunan RAD Penanggulangan TBC menjadi langkah strategis bagi penyelenggaraan pelayanan publik bidang kesehatan yang diamanatkan dalam Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang wajib dipenuhi oleh Pemerintah Daerah.

Dokumen ini adalah produk dari multi pemangku jabatan daerah yang berkompeten terhadap pengelolaan program penanggulangan dan pengendalian penyakit Tuberkulosis, proses penyusunannya dilaksanakan melalui prosedur dan mekanisme sosialisasi, asesmen data dasar, lokakarya, diskusi kelompok terfokus (FGD), konsultasi publik dan kegiatan rapat Tim Penyusun. Melalui pendekatan teknokratis, partisipatif, politis dan sinergis menjadikan proses penyusunannya mampu menghasilkan rumusan sistematis dan aplikatif serta dijadikan sebagai pedoman.

BUPATI TULUNGAGUNG, 



 MARYOTO BIROWO