



BUPATI GRESIK
PROVINSI JAWA TIMUR

PERATURAN BUPATI GRESIK
NOMOR 48 TAHUN 2023
TENTANG

RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN *TUBERKULOSIS*
KABUPATEN GRESIK TAHUN 2023-2027

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI GRESIK,

- Menimbang : a. bahwa untuk mengatasi permasalahan *tuberkulosis*, Pemerintah Daerah bertanggungjawab dalam pengendalian, pencegahan dan pengobatan dengan cara merumuskan kebijakan, target, strategi, dan Rencana Aksi Daerah guna penanggulangan tuberkulosis serta untuk melaksanakan ketentuan dalam Pasal 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis;
- b. bahwa berdasarkan ketentuan dalam Bab XIII huruf A Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan *Tuberkulosis*, Proses perencanaan Program Penanggulangan TB dilaksanakan dengan salah satu langkah yaitu Perencanaan yang dilakukan harus efektif, efisien, dan fokus pada pencapaian target indikator kegiatan, sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan, Rencana Program Jangka Menengah Nasional (RPJMN)/Rencana Program Jangka Menengah Daerah (RPJMD), Strategi Nasional Penanggulangan TB, dan rencana aksi di daerah, perlu ditindaklanjuti;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Rencana Aksi Daerah Penanggulangan *Tuberkulosis* Kabupaten Gresik Tahun 2023-2027;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat dan Dalam Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 45) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur dan Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar Dalam Lingkungan Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat dan Dalam Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);
2. Undang-Undang Nomor 27 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);
3. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah beberapakali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);

4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapakali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
5. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
6. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2013 tentang Pedoman Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resisten Obat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 285);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1755);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga Obat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1223);

11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis Obat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 122);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Mutu Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
13. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 2 Tahun 2016 tentang Upaya Kesehatan (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Timur Tahun 2016 Nomor 2, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 16);
14. Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kabupaten Gresik (Lembaran Daerah Kabupaten Gresik Tahun 2016 Nomor 18) sebagaimana telah diubah beberap kali terakhir dengan Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Daerah Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kabupaten Gresik (Lembaran Daerah Kabupaten Gresik Tahun 2021 Nomor 13);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN *TUBERKULOSIS* KABUPATEN GRESIK TAHUN 2023-2027.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Gresik.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Gresik.
3. Bupati adalah Bupati Gresik.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Kepala Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.

5. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik.
6. Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah yang selanjutnya disingkat Bappeda adalah Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik.
7. Inspektorat adalah Inspektorat Kabupaten Gresik.
8. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik.
9. *Tuberkulosis* yang selanjutnya disingkat *TBC* adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang paru dan organ lainnya.
10. 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*.
11. Rencana Aksi Daerah Penanggulangan *Tuberkulosis* yang selanjutnya disingkat 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 2028 dan pencapaian program pembangunan berkelanjutan/*sustainable development goals (SDG)*.
12. 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.
13. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Gresik.

BAB II PERAN DAN FUNGSI

Pasal 2

RAD Penanggulangan *TBC* Daerah Tahun 2023-2027 berperan sebagai rencana pengembangan kapasitas daerah untuk perluasan program penanggulangan *TBC* dan penyehatan lingkungan dalam rangka mendukung program percepatan eliminasi *TBC* Tahun 2028.

Pasal 3

RAD Penanggulangan *TBC* Daerah Tahun 2023-2027 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 anggaran APBD bagi program-program peningkatan kinerja penanggulangan *TBC*.

BAB III SISTEMATIKA

Pasal 4

- (1) RAD Penanggulangan *TBC* Daerah Tahun 2023-2027 disusun dengan sistematika sebagai berikut :
 - a. Bab I Pendahuluan
 - b. Bab II Analisa Situasi
 - c. Bab III Isu Strategis
 - d. Bab IV Indikator Kinerja
 - e. Bab V Strategi
 - f. Bab VI Pembiayaan
 - g. Bab VII Penutup
- (2) RAD Penanggulangan *TBC* Daerah Tahun 2023-2027 sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
PENDANAAN

Pasal 5

Pendanaan RAD penanggulangan *TBC* Daerah Tahun 2023-2027 dibebankan pada :

- a. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara;
- b. APBD Provinsi Jawa Timur;
- c. APBD; dan
- d. sumber lain yang sah dan tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V
PENUTUP

Pasal 6

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Gresik
pada tanggal 27 September 2023

BUPATI GRESIK,

Ttd.

FANDI AKHMAD YANI

Diundangkan di Gresik
pada tanggal 27 September 2023

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN GRESIK,

Ttd.

Ir. ACHMAD WASHIL M.R., MT.
Pembina Utama Muda
NIP. 19661027 199803 1 001

BERITA DAERAH KABUPATEN GRESIK TAHUN 2023 NOMOR 48

LAMPIRAN

PERATURAN BUPATI GRESIK

NOMOR 48 TAHUN 2023

TENTANG RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN *TUBERKULOSIS*
KABUPATEN GRESIK TAHUN 2023-2027

RENCANA AKSI DAERAH
PENANGGULANGAN *TUBERKULOSIS* KABUPATEN GRESIK
TAHUN 2023-2027

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indonesia masih menghadapi tantangan besar dalam penanggulangan *Tuberkulosis (TBC)*. Meningkatnya kasus *TBC* resistan obat, *TBC HIV*, *TBC DM*, *TBC* pada anak dan masyarakat rentan lainnya menjadi beban berat bagi program kesehatan masyarakat di Indonesia. Berdasarkan laporan *Global WHO* tahun 2021, insidensi *Tuberkulosis* di Indonesia Tahun 2020 sebesar 301 (tiga ratus satu) pasien dari 100.000 (seratus ribu) penduduk atau sejumlah 842.000 (delapan ratus empat puluh dua) kasus dengan estimasi jumlah kematian akibat *TBC* diperkirakan 98.000 (sembilan puluh delapan ribu) Estimasi kasus *TBC* resistan obat sejumlah 34.000 (tiga puluh empat ribu) pasien dan estimasi jumlah orang dengan *HIV* yang sakit *TBC* sejumlah 28.000 (dua puluh delapan ribu) pasien. Cakupan penemuan dan pengobatan *TBC* baru 47% (empat puluh tujuh persen) dengan angka keberhasilan pengobatan hanya 83% (delapan puluh tiga persen) pada pasien *TBC* tanpa *HIV*, dan 70% (tujuh puluh persen) pada *ODHIV* dengan *TBC*. Angka tersebut menekankan bahwa persoalan penanggulangan *TBC* di Indonesia masih memerlukan upaya serius dan berkelanjutan.

Amanat sebagaimana ketentuan dalam dan ketentuan dalam Pasal 5 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Setiap Orang berkewajiban mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dimana pelaksanaannya meliputi Upaya Kesehatan perseorangan; Upaya Kesehatan masyarakat; dan pembangunan berwawasan Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan *Tuberkulosis* menjadi landasan penting untuk melakukan penemuan dan pengobatan pasien *TBC* sampai sembuh. Secara khusus pasal tersebut telah dipertegas dalam Standar Pelayanan Minimum (SPM) Bidang Kesehatan Tahun 2020, dalam Pasal 2 ayat (2) huruf K dengan menyebutkan “Setiap orang dengan *TBC* mendapatkan pelayanan *TBC* sesuai standar”. Penanggulangan *TBC* dimaksudkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan memberikan jaminan akses untuk diagnosis, pengobatan sesuai standar dan bermutu, mencegah penularan *TBC* serta pendampingan dan pemberdayaan masyarakat paska pengobatan *TBC*.

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. 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 (tiga) sampai 4 (empat) bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20% – 30%. Jika meninggal akibat *TBC*, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 (lima belas) tahun. Selain merugikan secara ekonomis, *TBC* juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial, seperti stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat.

Penduduk Daerah saat ini berjumlah 1.311.215 (satu juta tiga ratus sebelas ribu dua ratus lima belas) jiwa, maka perkiraan jumlah kasus *TBC* di Daerah adalah sebesar 3.072 (tiga ribu tujuh puluh dua) kasus (Tahun 2021). Pada tahun 2021 ditemukan 1.772 (seribu tujuh ratus tujuh puluh dua) kasus atau sekitar 61% (enam puluh satu persen) dari perkiraan jumlah kasus *TBC* di daerah, artinya masih terdapat 1.300 kasus *TBC* yang belum ditemukan. Tantangan yang selama ini dihadapi dalam program Penanggulangan *TBC* di Daerah diantaranya terkait belum optimalnya penemuan terduga *TBC* di fasilitas pelayanan kesehatan termasuk fasyankes swasta, belum semua pasien *TBC* mendapatkan pengobatan sampai selesai dan sesuai standar serta masih lemahnya jejaring rujukan dan koordinasi. Disamping itu belum ada sinergi kegiatan penanggulangan *TBC* antara lintas program, lintas sektor dan lembaga atau organisasi masyarakat yang terkait. Hal tersebut berdampak pada masih rendahnya penemuan dan pengobatan *TBC* di Daerah. Oleh karena itu diperlukan komitmen semua pihak untuk membangun sinergitas dan jejaring dari semua komponen terkait sesuai amanah Peraturan Bupati Gresik Nomor 37 Tahun 2020 tentang Penanggulangan *Tuberkulosis* di Daerah yaitu Eliminasi *TBC* Daerah Tahun 2028 dan bebas *TBC* tahun 2045.

Untuk mencapai target penanggulangan *TBC* tersebut diperlukan sebuah rencana aksi daerah (RAD *TBC*) yang melibatkan semua sektor secara aktif.

1.2 Maksud, Tujuan dan Fungsi RAD Penanggulangan *TBC*

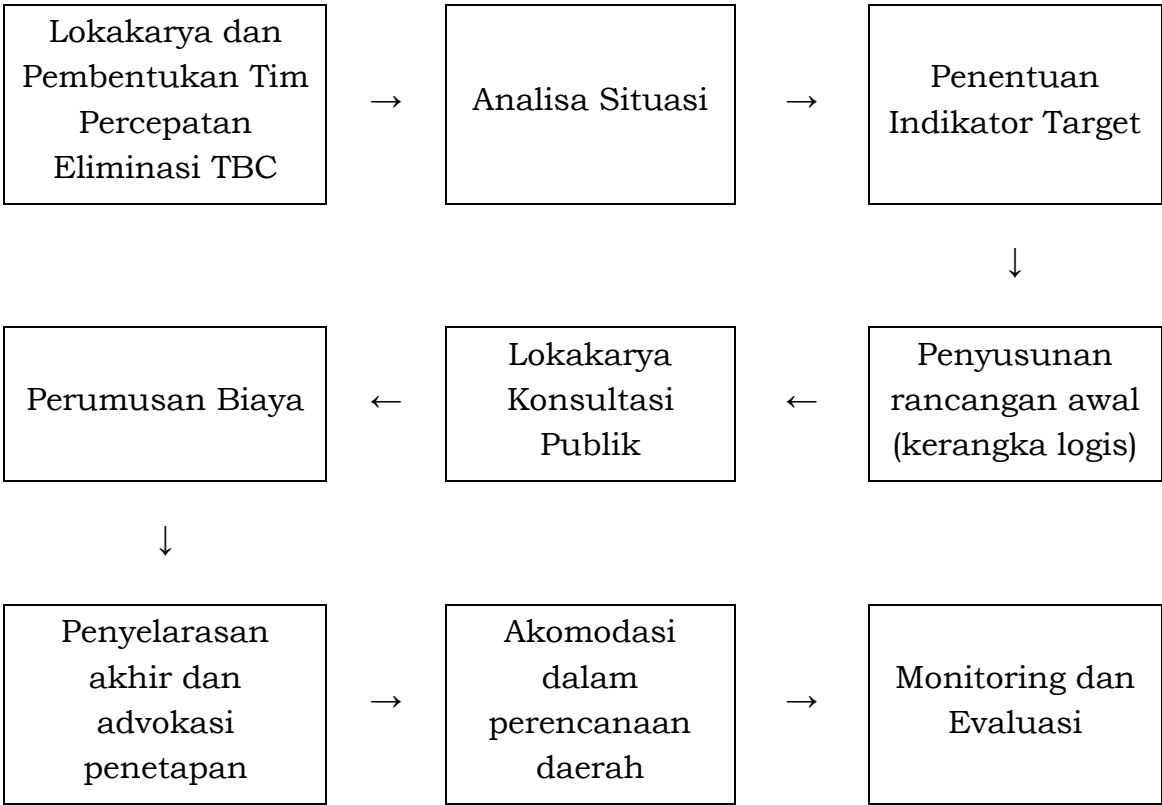
RAD Penanggulangan *TBC* adalah dokumen kebijakan daerah yang berisi komitmen untuk melakukan serangkaian tindakan, tugas atau langkah-langkah yang dirancang untuk eliminasi *TBC*, mengacu pada kebijakan nasional terkait (RPJMN, Renstra Kemkes, RAN *TBC*, dan lain-lain). RAD Penanggulangan *TBC* disusun dengan maksud sebagai dasar dan pedoman bagi perangkat daerah dan aparatur Pemerintah Daerah serta kelompok masyarakat di Daerah 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 Penanggulangan *TBC* berfungsi sebagai:
 - a. Pedoman bagi Perangkat Daerah terkait dalam upaya menuju eliminasi *TBC* 2028;
 - b. Pedoman untuk memfasilitasi koordinasi dan integrasi program-program pelayanan publik yang terkait dengan upaya menuju eliminasi *TBC* 2028;
 - 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 Proses Penyusunan RAD

Penyusunan RAD Penanggulangan *TBC* di Daerah telah dimulai pada 21-23 September 2021 melalui Lokakarya Penyusunan Strategi Advokasi Penanggulangan *TBC* yang diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah bekerjasama dengan *USAID TB Private Sector* (*USAID TBPS*). Tahapan-tahapan penyusunan RAD Penanggulangan *TBC* mengacu pada Petunjuk Teknis Penyusunan RAD.

Rangkaian proses penyusunan RAD Penanggulangan *TBC* di Daerah dapat diketahui pada Gambar 1.1.



Gambar 1.1 Rangkaian Penanggulangan *TBC* di Daerah

Adapun rincian agenda rangkaian proses penyusunan RAD Penanggulangan *TBC* di Daerah sebagai berikut:

- 1) Lokakarya Penyusunan Strategi Advokasi Penanggulangan *TBC* di Daerah telah dilaksanakan pada tanggal 21-23 September 2021;
- 2) Lokakarya Pembentukan Tim Percepatan Eliminasi *TBC* di Daerah telah dilaksanakan pada tanggal 13-14 Oktober 2021;
- 3) Pertemuan koordinasi lintas sektoral penyusunan RAD *TBC* oleh Tim Percepatan Eliminasi *TBC* di Daerah telah dilaksanakan 22 November 2021 dan menghasilkan kerangka logis;

- 4) Pertemuan untuk menentukan Indikator dan Target dilaksanakan oleh Tim inti penyusun RAD telah dilaksanakan tanggal 23 November 2021;
- 5) Perumusan pembiayaan dilaksanakan pada tanggal 21 Maret 2022; dan
- 6) Konsultasi Anggaran kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah dilaksanakan pada Bulan April 2022.

1.4 Daftar Istilah dan Singkatan

- a. *Bacille Calmette Guerin* yang selanjutnya disingkat *BCG* adalah vaksin untuk tuberkulosis yang dibuat dari baksil tuberkulosis (*Mycobacterium bovis*) yang dilemahkan dengan dikulturkan di medium buatan selama bertahun-tahun;
- b. *Case Notification Rate* yang selanjutnya disingkat *CNR* adalah angka yang menunjukkan jumlah pasien baru yang ditemukan dan tercatat diantara 100.000 (seratus ribu) penduduk dalam suatu wilayah;
- c. Dokter Praktik Mandiri yang selanjutnya disingkat *DPM* adalah dokter yang membuka praktik secara pribadi;
- d. 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;
- e. *Human Immunodeficiency Virus* yang selanjutnya disingkat *HIV* adalah virus ini menyerang sistem kekebalan tubuh dan melemahkan kemampuan tubuh untuk melawan infeksi dan penyakit;
- f. Indikator Kinerja Individu yang selanjutnya disingkat *IKI* adalah ukuran atau Indikator yang menginformasikan penilaian kerja seseorang;
- g. Indikator Kinerja Utama yang selanjutnya disingkat *IKU* adalah ukuran atau Indikator yang akan memberikan informasi sejauh mana kita telah berhasil mewujudkan sasaran strategis yang telah kita tetapkan;
- h. *Incidence Rate* yang selanjutnya disingkat *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;
- i. *International Standard Tuberculosis Care* yang selanjutnya disingkat *ISTC* adalah merupakan pedoman internasional perawatan *TBC* yang mencakup diagnosis, pengobatan dan upaya kesehatan masyarakat.
- j. Kejadian Luar Biasa yang selanjutnya disingkat *KLB* adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu.

- k. Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan yang selanjutnya disingkat LAKIP merupakan produk akhir SAKIP yang menggambarkan kinerja yang dicapai oleh suatu instansi pemerintah atas pelaksanaan program dan kegiatan yang dibiayai APBN/APBD;
- l. *Lot Quality Sampling Assessment* yang selanjutnya disingkat *LQAS* adalah metode random sampling yang dikembangkan pada tahun 1920 sebagai alat untuk meninjau kualitas produksi;
- m. Lanjut usia yang selanjutnya disebut Lansia adalah orang yang telah mencapai usia lebih dari 60 (enam puluh) tahun;
- n. *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;
- o. *Memorandum of Understanding*, selanjutnya disebut MoU adalah sebuah dokumen legal yang menjelaskan persetujuan antara dua belah pihak *MoU*;
- p. Masker N95 adalah masker yang memiliki kerapatan lebih tinggi daripada masker bedah dan mampu menghalangi 95 (sembilan puluh lima) persen partikel masuk;
- q. Pengawas Minum Obat yang selanjutnya disingkat PMO adalah seseorang yang bertugas untuk mengawasi, memberikan dorongan dan memastikan pasien TBC menelan Obat Anti TBC;
- r. Pengobatan Pencegahan dengan INH yang selanjutnya disebut PP INH adalah salah satu intervensi kesehatan masyarakat sebagai pencegahan *TBC* pada pasien *HIV*;
- s. 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;
- t. Rencana Aksi Daerah Penanggulangan *Tuberkulosis* yang selanjutnya disingkat 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 2028 dan pencapaian program pembangunan berkelanjutan/ *sustainable development goals (SDG)*;
- u. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional yang selanjutnya disingkat RPJMN adalah tahap ketiga dari pelaksanaan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005-2025 yang ditetapkan melalui Peraturan Presiden Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015 – 2019 yang telah ditandatangani tanggal 8 Januari 2015;

- v. Rencana Strategis yang selanjutnya disingkat 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;
- w. Sistem Informasi Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat SITB adalah aplikasi TBC elektronik yang bertujuan untuk mempermudah pengelolaan data dan penyelesaian laporan;
- x. Standar Prosedur Operasional yang selanjutnya disingkat SPO adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan administrasi pemerintah;
- y. 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;
- z. Sumber Daya Manusia yang selanjutnya disingkat SDM adalah salah satu faktor yang sangat penting bahkan tidak dapat dilepaskan dari sebuah organisasi, baik institusi maupun perusahaan;
- aa. Survei Sosial Ekonomi Nasional yang selanjutnya disingkat 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;
- bb. Temukan Obati *Tuberkulosis* Sampai Sembuh yang selanjutnya disingkat TOSS *TBC* adalah slogan sekaligus kegiatan nyata di masyarakat melalui penemuan secara aktif dan masif sekaligus mendorong Pasien *TBC* yang sedang berobat untuk berobat hingga sembuh;
- cc. Tes Cepat Molekuler yang selanjutnya disingkat TCM adalah Pemeriksaan laboratorium untuk uji kepekaan *Mycrobacterium tuberculosis* mengurai DNA bakteri dan menggunakan ultrasonik untuk menghancurkan sel bakteri secara cepat;
- dd. *Tuberkulosis* yang selanjutnya disingkat *TBC* adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang paru dan organ lainnya;
- ee. *Tuberkulosis* semua kasus adalah jumlah seluruh kasus *Tuberkulosis* baik yang memiliki hasil positif maupun negatif;
- ff. *Tuberkulosis Diabetes Mellitus* yang selanjutnya disingkat *TBC DM* adalah pasien *Tuberkulosis* yang disertai dengan koinfeksi penyakit *Diabetes Mellitus*;
- gg. *Tuberkulosis Human Immunodeficiency Virus* yang selanjutnya disingkat *TBC HIV* adalah pasien *Tuberkulosis* yang disertai dengan koinfeksi penyakit *HIV/AIDS*;

- hh. *Tuberkulosis Resistan Obat* yang selanjutnya disingkat *TBC RO* adalah penyakit TBC yang disebabkan *Mycobacterium tuberculosis* yang sudah mengalami kekebalan terhadap OAT;
- ii. *World Health Organization* yang selanjutnya disingkat *WHO* adalah salah satu badan PBB yang bertindak sebagai koordinator kesehatan umum internasional dan bermarkas di Jenewa, Swiss;
- jj. *Ziehl Neelsen* merupakan *reagen* yang digunakan dalam pemeriksaan mikroskopis Bakteri Tahan Asam (BTA) dari jenis *Mycobacterium*;
- kk. *Corporate Social Responsibility* yang selanjutnya disingkat *CSR* adalah suatu tindakan atau konsep yang dilakukan oleh perusahaan (sesuai kemampuan perusahaan tersebut) sebagai bentuk tanggung jawab mereka terhadap sosial/lingkungan sekitar dimana perusahaan itu berada;

BAB II

ANALISA SITUASI

2.1 Situasi Umum Daerah

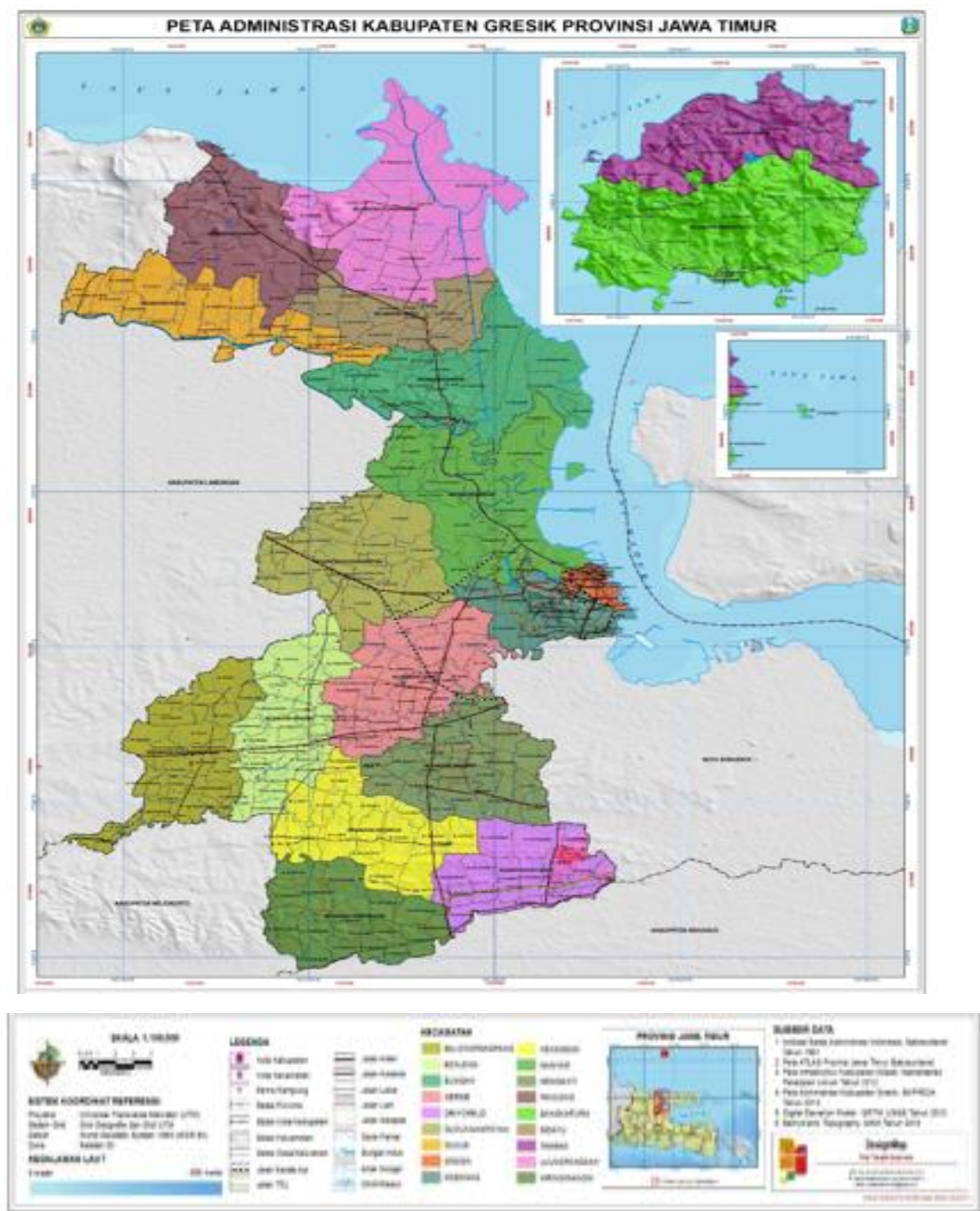
a. Geografi

Daerah terletak di sebelah Barat Laut Kota Surabaya yang merupakan Ibukota Provinsi Jawa Timur dengan luas wilayah 1.191,25 KM² (seribu seratus sembilan puluh satu koma dua lima kilometer persegi). Secara geografis, terletak antara 112° sampai 113° Bujur Timur dan 7° sampai 8° Lintang Selatan merupakan dataran rendah dengan ketinggian 2 - 12 meter di atas permukaan air laut, kecuali Kecamatan Panceng yang mempunyai ketinggian 25 mdpl (dua puluh lima meter di atas permukaan air laut). Adapun batas wilayah Daerah adalah sebagai berikut :

- 1) Sebelah Utara berbatasan dengan Laut Jawa;
- 2) Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Sidoarjo dan Kabupaten Mojokerto;
- 3) Sebelah Timur berbatasan dengan Selat Madura dan Kota Surabaya; dan
- 4) Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Lamongan.

Daerah secara administratif, daerah terbagi menjadi 18 (delapan belas) Kecamatan terdiri dari 330 (tiga ratus tiga puluh) Desa dan 26 (dua puluh enam) Kelurahan. Sebagian wilayah Daerah merupakan daerah pesisir pantai dengan panjang pantai 140 KM (seratus empat puluh kilometer) yang terdiri dari 69 KM (enam puluh sembilan kilometer) di daratan Pulau Jawa memanjang mulai dari Kecamatan Kebomas, Gresik, Manyar, Bungah, Sidoarjo, Ujungpangkah, dan Panceng serta 71 KM (tujuh puluh satu kilometer) di Kecamatan Sangkapura dan Tambak yang berada di Pulau Bawean.

Daerah merupakan kawasan yang berpotensi berkembang pesat dalam konstelansi Surabaya Metropolitan Area. Posisi Strategis Kabupaten Gresik terlihat dalam Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 2010 tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Nasional (RTRWN) dan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 5 Tahun 2012 tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Provinsi Jawa Timur 2011-2031 dimana Kawasan perkotaan yang diarahkan sebagai Pusat Kegiatan Nasional di Provinsi Jawa Timur adalah Kawasan Perkotaan Gerbangkertosusila (Gresik–Bangkalan–Mojokerto–Surabaya–Sidoarjo–Lamongan).



Gambar 2.1 Peta Geografis Daerah
(Sumber : Provinsi Jawa Timur)

Berdasarkan luas wilayah, Kecamatan Sangkapura merupakan daerah terluas di Daerah dengan luas daerah mencapai 118,27 KM² (seratus delapan belas koma dua tujuh kilometer persegi) atau sekitar 9,91% (sembilan koma sembilan satu persen) dari total luas wilayah Kabupaten Gresik. Sebaliknya, daerah terkecil di Daerah adalah Kecamatan Gresik dengan luas daerah 5,54 KM² (lima koma lima empat kilometer persegi) atau sekitar 0,46% (nol koma empat enam persen). Sebagian besar wilayah di Kabupaten Gresik memiliki tinggi kurang dari 200 mdpl (dua ratus meter di atas permukaan laut). Selanjutnya, berdasarkan jarak ke Ibukota Kabupaten Gresik, Kecamatan Gresik merupakan kecamatan yang memiliki jarak terdekat ke Ibukota di Kabupaten Gresik dengan jarak 1,3 KM (satu koma tiga kilometer).

b. Demografi

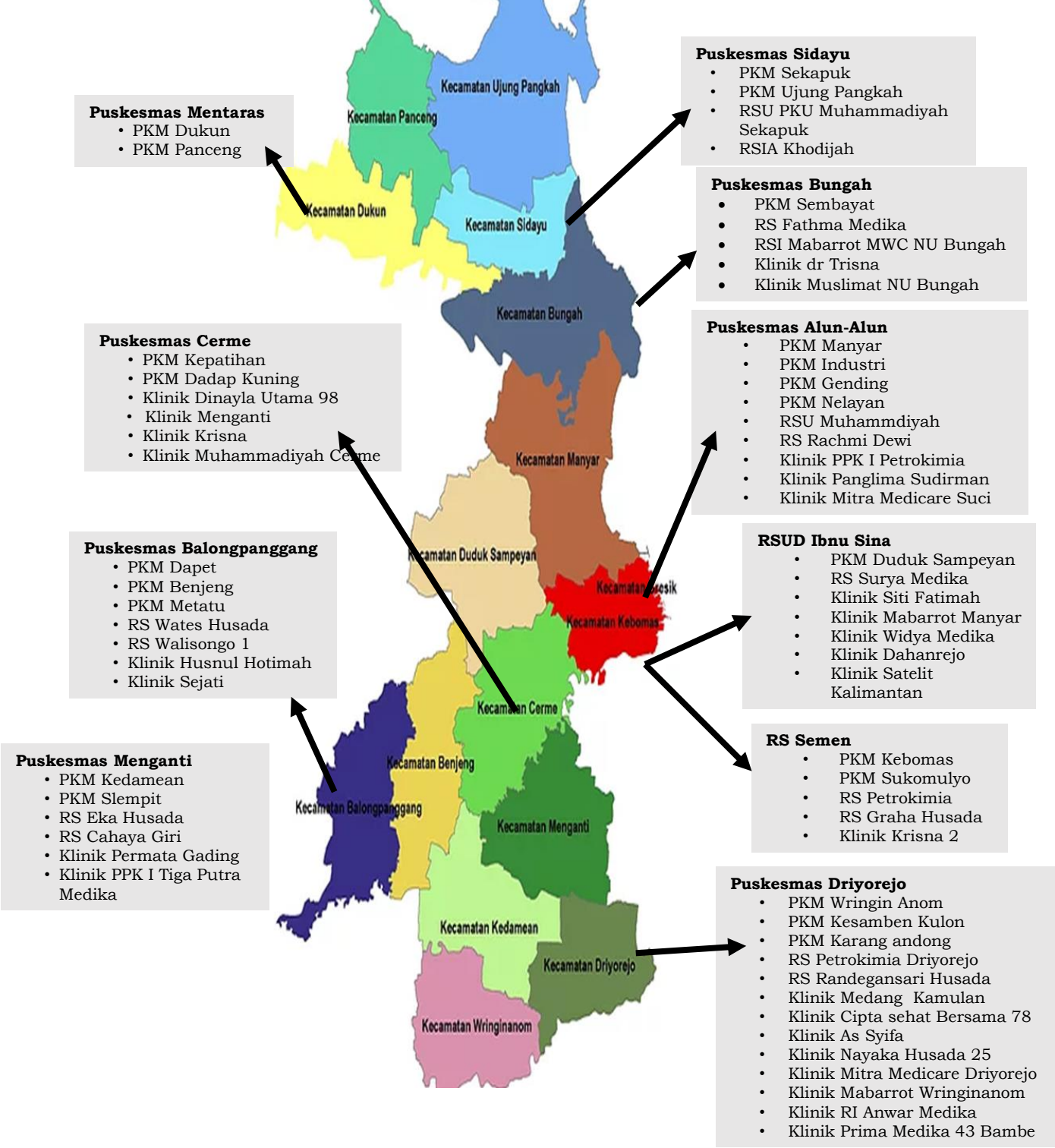
Jumlah penduduk Daerah dicatat dari data Biro Pusat Statistik Kabupaten Gresik dalam 10 (sepuluh) tahun terakhir (2010 – 2020) mengalami laju pertumbuhan sebesar 1,05% (satu koma nol lima persen). Angka laju pertumbuhan ini lebih tinggi dibandingkan dengan laju pertumbuhan penduduk di Provinsi Jawa Timur yang hanya mencapai 0,79% (nol koma tujuh sembilan persen). Hal tersebut menunjukkan jumlah penduduk di Daerah mengalami penambahan yang cukup tinggi.

Tabel 2.1 Jumlah dan Laju Pertumbuhan Penduduk Daerah
Tahun 2022 (Sumber : Proyeksi detail 2022 Dinas Kesehatan)

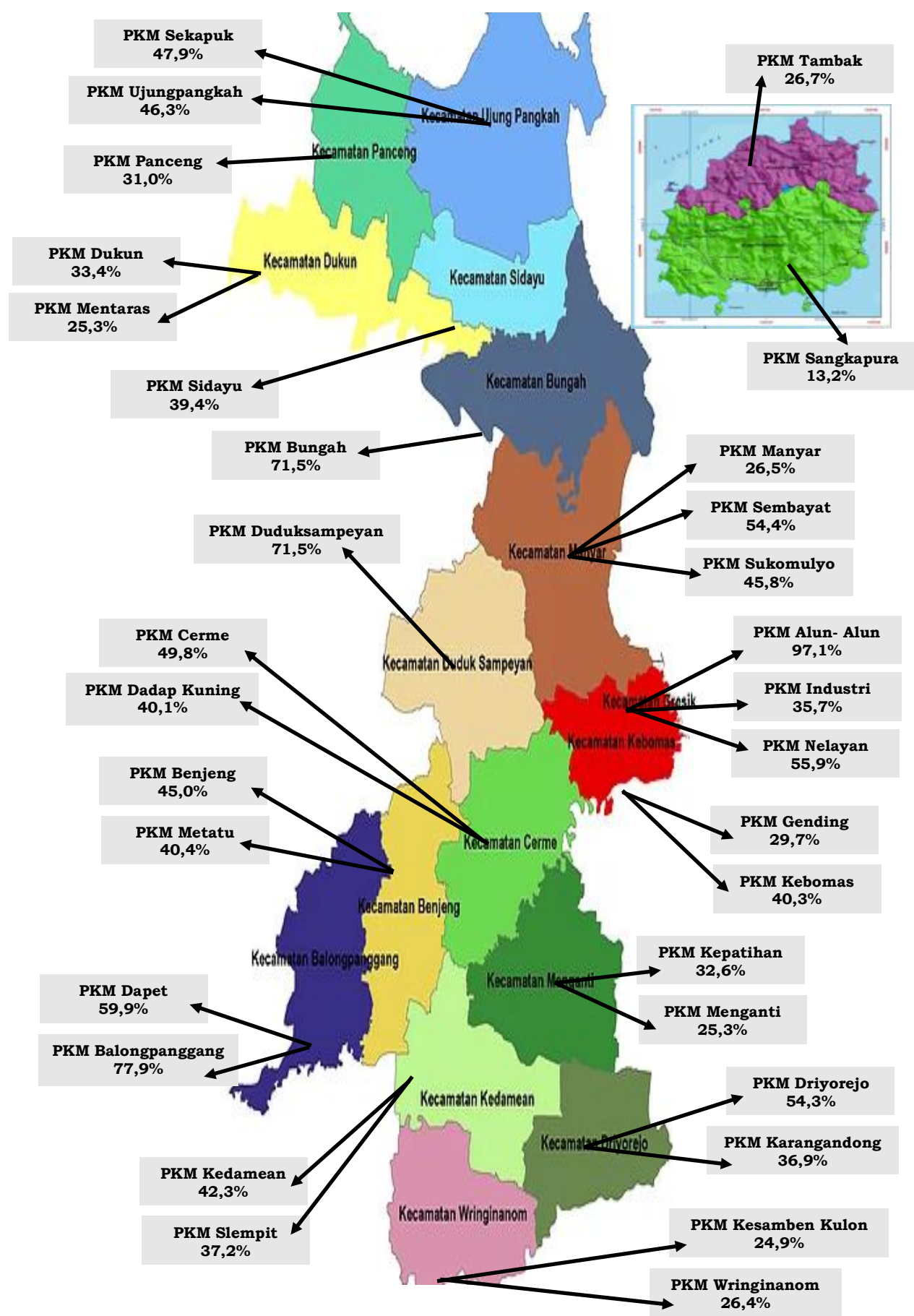
Kecamatan	Jumlah Penduduk	Laju Pertumbuhan (%)
Wringinanom	75.350	1,05
Driyorejo	126.968	0,21
Kedamean	63.333	0,92
Menganti	148.983	1,84
Cerme	84.015	1,56
Benjeng	65.017	0,89
Balongpanggang	55.552	0,88
Duduksampeyan	48.689	0,70
Kebomas	122.677	1,07
Gresik	78.998	-0,03
Manyar	123.444	0,8
Bungah	67.549	1,21
Sidayu	44.989	0,66
Dukun	64.902	1,39
Panceng	52.275	2,4
Ujungpangkah	50.645	1,53
Sangkapura	52.361	0,98
Tambak	30.706	1,88
Kabupaten Gresik	1.356.453	1,05

Jumlah kasus TBC yang ditemukan di Daerah pada Tahun 2021 sebanyak 1.870 (seribu delapan ratus tujuh puluh) kasus. Diketahui sebanyak 981 (sembilan ratus delapan puluh satu) pasien *TBC* di Daerah adalah usia produktif (25 - 54 tahun). Dari data tersebut dapat diketahui kelompok usia produktif dan mempunyai kesempatan kerja serta mobilitas yang tinggi rentan terkena dan menularkan *TBC*. Melalui proses sembuh dan tuntasnya pengobatan penyakit *TBC* maka produktifitas dapat meningkat dan hidup secara normal di masyarakat.

Dalam rangka percepatan eliminasi kasus *TBC* dapat dilakukan melalui peningkatan penemuan kasus dan memperkuat jejaring pemeriksaan laboratorium di fasyankes. Daerah memiliki fasilitas laboratorium TCM yang tersebar di 9 (sembilan) kecamatan, yaitu Kecamatan Gresik, Kecamatan Kebomas, Kecamatan Bungah, Kecamatan Sidayu, Kecamatan Dukun, Kecamatan Cerme, Kecamatan Balongpanggang, Kecamatan Menganti dan Kecamatan Driyorejo. Penguatan penemuan kasus dilakukan melalui peningkatan jejaring untuk fasilitas pelayanan pemeriksaan laboratorium pada tingkat fasyankes yang berada di wilayah tersebut. Sebanyak 10 (sepuluh) fasyankes yang memiliki layanan pemeriksaan laboratorium TCM di Daerah, yaitu Puskesmas Alun-Alun, RSUD Ibnu Sina, RS Semen Gresik, Puskesmas Bungah, Puskesmas Sidayu, Puskesmas Cerme, Puskesmas Menganti, Puskesmas Driyorejo, Puskesmas Mentaras, dan Puskesmas Balongpanggang.



Gambar 2.2 Peta Sebaran Jejaring Lab TCM Daerah
(Sumber : Dinas Kesehatan)



Gambar 2.3 Peta Persebaran Kasus TBC Per Puskesmas Tahun 2021

c. Kepadatan Penduduk.

Luas Daerah adalah 1.193,76 KM² (satu juta seratus sembilan puluh tiga koma tujuh enam kilometer persegi) dengan jumlah Penduduk Tahun 2021 sebanyak 1.311.215 (satu juta tiga ratus sebelas ribu dua ratus lima belas) jiwa. Sehingga didapatkan rata-rata kepadatan penduduk Daerah sebesar 1098,39 jiwa/KM² (seribu sembilan puluh delapan koma tiga sembilan jiwa/kilometer persegi).

Tabel 2.2 Jumlah Kasus *TBC All Case* yang ditemukan di Fasyankes Tiap Kecamatan Di Daerah.

NO.	KECAMATAN	JUMLAH PENDUDUK	KASUS <i>TBC</i> <i>ALL CASE</i>
1.	Balongpanggang	53.689	95
2.	Benjeng	62.845	76
3.	Bungah	65.298	99
4.	Cerme	81.215	109
5.	Driyorejo	122.743	160
6.	Duduk Sampeyan	47.058	54
7.	Dukun	62.738	94
8.	Gresik	76.347	385
9.	Kebomas	118.589	101
10.	Kedamean	61.221	59
11.	Manyar	119.338	176
12.	Menganti	144.028	130
13.	Panceng	50.525	41
14.	Sidayu	43.492	40
15.	Ujungpangkah	48.955	54
16.	Wringinanom	72.845	45
17.	Sangkapura	50.612	31
18.	Tambak	29.677	23
JUMLAH		1.311.215	1870

Dari data Tabel 2.2, kasus *tuberkulosis* di daerah terjadi pada daerah dengan jumlah penduduk yang padat, menunjukkan dimana kontak erat dalam penularan *TBC* dan intensitas serta cara penularan *TBC* melalui udara dapat dengan mudah terjadi pada kelompok populasi yang padat, didukung dengan lingkungan yang kurang bagus serta pola perilaku dan sosial yang tidak menerapkan 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 indikator angka ketergantungan, dimana angka rata-rata beban ketergantungannya di Daerah adalah 42,22 % (empat puluh dua koma dua dua persen) angka ini diperoleh dari perbandingan antara proyeksi jumlah penduduk usia non produktif sebanyak 95.804 (sembilan puluh lima ribu delapan ratus empat) jiwa terhadap jumlah penduduk usia produktif sebanyak 957.303 (sembilan ratus lima puluh tujuh ribu tiga ratus tiga) jiwa. Sedangkan anggaran per kapita untuk bidang kesehatan baru mencapai Rp334.480,00 (US\$ 30.41) dari standar WHO (US\$ 49)

2) Angka Melek Huruf

Kemampuan penduduk untuk menyerap informasi termasuk informasi kesehatan berhubungan erat dengan angka melek huruf. Jumlah Penduduk Daerah berumur 15 (lima belas) tahun keatas yang melek huruf pada tahun 2022 (ProfilKes tahun 2022) adalah 993.364 (sembilan ratus sembilan puluh tiga ribu tiga ratus enam puluh empat) orang terdiri dari 487.440 (empat ratus delapan puluh tujuh ribu empat ratus empat puluh) laki-laki dan 505.924 (lima ratus lima ribu sembilan ratus dua puluh empat) perempuan atau secara relatif dikatakan bahwa jumlah penduduk di Daerah yang melek huruf untuk usia 15 (lima belas) tahun keatas sebesar 100% (seratus persen).

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 Daerah walaupun upaya Penanggulangan dengan strategi DOTS telah diterapkan sejak tahun 2005 namun masih belum maksimal hasilnya. Pada tahun 2021 diperkirakan terdapat 3.072 kasus *TBC* (ditemukan sebanyak 1.870), dimana 19 (sembilan belas) diantaranya adalah pasien *TBC* dengan *HIV* positif. Kasus *TBC* RO tahun 2021 sebanyak 107 (seratus tujuh) orang dan 9 (sembilan) diantaranya meninggal dunia. Meskipun kasus *TBC* sebagian besar terjadi pada pria (sebanyak 1030 kasus atau 54%) tetapi angka kesakitan pada wanita akibat *TBC* juga cukup tinggi (sebanyak 837 kasus 46%). Pada tahun 2021 proporsi kasus *TBC* anak diantara seluruh kasus *TBC* secara keseluruhan mencapai 7% (118 kasus).

Sekitar 67% (enam puluh tujuh persen) pasien *TBC* adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15 - 54 tahun). Diperkirakan seorang pasien *TBC* dewasa, akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 (tiga) sampai 4 (empat) bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20 % - 30%. Jika ia meninggal akibat *TBC*, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 (lima belas) 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:

- a. Kemiskinan pada berbagai kelompok masyarakat;
- b. Pertumbuhan ekonomi yang tinggi tetapi dengan disparitas yang terlalu lebar, sehingga masyarakat masih mengalami masalah dengan kondisi sanitasi, papan, sandang dan pangan yang buruk;
- c. 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*;
- d. Kegagalan program *TBC* karena kurangnya dukungan untuk penemuan dan pengobatan *TBC*;
- e. Kolaborasi *TBC HIV* dan munculnya morbiditas *TBC DM*;
- f. 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);
- g. Tidak memadainya tatalaksana kasus (diagnosis dan paduan obat yang tidak standar, gagal menyembuhkan kasus yang telah didiagnosis);
- h. Salah persepsi terhadap manfaat dan efektifitas *BCG*;
- i. Komitmen fasilitas kesehatan yang belum maksimal untuk memberikan tatalaksana *TBC* sesuai standar;
- j. Belum adanya sistem jaminan kesehatan yang bisa mencakup masyarakat luas secara merata;
- k. Besarnya masalah kesehatan lain yang bisa mempengaruhi tetap tingginya beban *TBC* seperti gizi buruk, merokok, diabetes;
- l. Dampak pandemi *HIV*. Pandemi *HIV/AIDS* di dunia akan menambah permasalahan *TBC*. Koinfeksi dengan *HIV* akan meningkatkan risiko kejadian *TBC* secara signifikan;
- m. Kekebalan ganda kuman *TBC* terhadap obat anti *TBC* yang disebut sebagai *TBC-RO* semakin menjadi masalah akibat kasus yang tidak berhasil disembuhkan. Keadaan tersebut pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya epidemi *TBC* yang sulit ditangani; dan

- n. Pandemi *Covid-19* yang menyebabkan menurunnya angka kunjungan pasien ke fasyankes dan terbatasnya akses untuk pemeriksaan karena aturan PPKM (Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat).

TBC adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman dari kelompok *Mycobacterium* yaitu *Mycobacterium tuberculosis*. Untuk itu pemeriksaan bakteriologis yang mampu melakukan identifikasi terhadap *Mycobacterium tuberculosis* menjadi sarana diagnosis ideal untuk *TBC*. Secara umum sifat kuman *TBC* (*Mycobacterium tuberculosis*) antara lain adalah sebagai berikut:

- a. berbentuk batang dengan panjang 1 – 10 mikron, lebar 0,2 – 0,6 mikron;
- b. bersifat tahan asam dalam pewarnaan dengan metode *Ziehl Neelsen*;
- c. memerlukan media khusus untuk biakan, antara lain *Lowenstein Jensen*, *Ogawa*;
- d. kuman nampak berbentuk batang berwarna merah dalam pemeriksaan dibawah mikroskop;
- e. tahan terhadap suhu rendah sehingga dapat bertahan hidup dalam jangka waktu lama pada suhu antara 4°C sampai minus 70°C;
- f. kuman sangat peka terhadap panas, sinar matahari dan sinar ultraviolet;
- g. paparan langsung terhadap sinar ultraviolet, sebagian besar kuman akan mati dalam waktu beberapa menit;
- h. dalam dahak pada suhu antara 30 – 37°C akan mati dalam waktu lebih kurang 1 (satu) minggu; dan
- i. kuman dapat bersifat dorman (tidur) atau tidak berkembang.

Sumber penularan adalah pasien *TBC* paru dengan hasil pemeriksaan laboratorium dahak (TCM atau 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 pernafasan, 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.

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% (sepuluh persen) yang terinfeksi *TBC* akan menjadi sakit *TBC*. Namun bila seorang dengan *HIV* positif akan meningkatkan kejadian *TBC* melalui proses reaktifasi. *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* diantaranya :

- 1) Akibat dari keterlambatan diagnosis;
- 2) Pengobatan tidak adekuat; dan
- 3) Adanya kondisi kesehatan awal yang buruk atau penyakit penyerta.

Catatan: Pasien *TBC* tanpa pengobatan, 50% (lima puluh persen) akan meninggal dan risiko ini meningkat pada pasien dengan *HIV* positif.

f. Dampak Sosial Ekonomi pada Pasien *TBC* dan Keluarga

Daerah terdiri dari 18 (delapan belas) Kecamatan dan 356 (tiga ratus lima puluh enam) desa dan 26 (dua puluh enam) kelurahan dengan jumlah penduduk 1.311.215 (satu juta tiga ratus sebelas ribu dua ratus lima belas) jiwa. Berdasarkan estimasi prevalensi Provinsi Jawa Timur sebesar 316 (tiga ratus enam belas) per 100.000 (seratus ribu) penduduk, maka estimasi jumlah Pasien *TBC* di Daerah sebanyak 3.072 (tiga ribu tujuh puluh dua) kasus *TBC* (*TBC* semua kasus, semua golongan umur). Jika dari estimasi (prevalensi) jumlah pasien *TBC* tersebut diatas ditemukan semua 100% (seratus persen) dan kesemuanya diobati sesuai standar maka akan terselamatkan 2.765 (dua ribu tujuh ratus enam puluh lima) jiwa dari penyakit *TBC*. (Target kesembuhan 90% dari jumlah kasus).

Upaya menyembuhkan pasien *TBC* sebanyak $(3.072 - 980 = 2.092)$ jiwa tersebut membutuhkan investasi sebesar $2.092 \times \text{Rp}2.900.000,00 = \text{Rp}6.066.800.000,00$ (enam milyar enam puluh enam juta delapan ratus ribu rupiah) dimana $\text{Rp}3.501.600.000,00$ (tiga milyar lima ratus satu juta enam ratus ribu rupiah) sudah ditanggung APBN melalui Obat dan bahan habis pakai dan sisanya $\text{Rp}2.565.200.000,00$ (dua milyar lima ratus enam puluh lima juta dua ratus ribu rupiah) seharusnya ditanggung Pemerintah Daerah dan menjadi beban Pemerintah Daerah, namun selama ini dibiayai Lembaga Mitra Internasional. Setiap pasien *TBC* akan kehilangan potensi kerja penuh waktu selama 3 (tiga) bulan, maka potensi kehilangan pendapatan 3 (tiga) bulan sebesar 12.891.000 (dua belas juta delapan ratus sembilan puluh satu ribu) per pasien.

Catatan: biaya pengobatan 1 (satu) orang pasien *TBC* sensitive obat (6 bulan) membutuhkan biaya sebesar Rp2.900.000,00 (dua juta sembilan ratus ribu rupiah) sedangkan UMK Daerah Tahun 2020 sebesar Rp4.297.000,00 (empat juta dua ratus ribu sembilan puluh tujuh).

Jika penemuan kasus dapat tercapai 100% (seratus persen) dan kesembuhan pengobatan tercapai 90% (sembilan puluh persen) maka 2.765 (dua ribu tujuh ratus enam puluh lima) jiwa sembuh dari *TBC* dan potensi pendapatan penduduk yang terselamatkan sebesar $2.765 \times 240 \text{ bulan} \times \text{Rp}4.297.000,00 = \text{Rp}2.836.020.000.000,00$ (atau sekitar 2,8T). Keterangan: asumsi meninggal pada usia 40 (empat puluh) tahun dimana usia produktif sampai dengan usia 60 (enam puluh) tahun (hilang 20 tahun $\times$ 12 bulan = 240 bulan). Hal ini belum termasuk jika pasien *TBC* tergolong *TBC* RO, 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) (Rp)	TBC RO (24 bulan) (Rp)
1.	Biaya pengobatan	2.900.000,00	130.000.000,00
2.	Biaya Rumah Tangga	176.500,00	5.300.000,00
3.	Potensi kehilangan pendapatan krn sakit	25.782.000,00	103.128.000,00
4.	Potensi kehilangan pendapatan akibat kematian dini sakit ⁽⁵⁾	336.000.000,00	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 Daerah 2020 (Rp4.297.000); dan e. Angka 4 kolom 2 : asumsi meninggal di Usia 40 (empat puluh) Tahun dan usia produktif sampai 60 (enam puluh) tahun			

Dengan mencermati uraian dan tabel 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.

2.2 Penanggulangan TBC dan Kebijakan Pembangunan Daerah

a. Program Penanggulangan TBC dalam RPJMD

Berdasarkan kondisi saat ini dan isu-isu strategis pada 5 (lima) tahun mendatang, serta penggalan aspirasi dan persepsi masyarakat yang telah dilakukan, maka Visi Pemerintah Daerah pada Tahun 2021-2026 adalah: "Mewujudkan Gresik Baru Mandiri, Sejahtera, Berdaya saing dan berkemajuan berlandaskan Akhlakul karimah" didasarkan pada Visi RPJMN 2020-2024 yaitu "Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong-Royong".

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 Daerah untuk periode 2021 – 2026, sebagai berikut:

1. menciptakan tata kelola pemerintahan yang bersih, akuntable serta mewujudkan kepemimpinan yang inovatif dan kolaboratif;
2. membangun infrastruktur yang berdaya saing memakmurkan desa dan menata kota;
3. mewujudkan kemandirian ekonomi yang seimbang antar sektor dan antarwilayah;
4. membangun insan Gresik yang unggul yang cerdas, mandiri, sehat, dan berakhlakul karimah; dan
5. meningkatkan kesejahteraan sosial dengan menciptakan lapangan kerja, dan menjamin pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat Gresik.

Strategi pokok dalam peningkatan pelayanan di bidang kesehatan yang murah dan berkualitas ini ditujukan untuk mewujudkan peningkatan pelayanan kesehatan yang murah dan berkualitas sehingga terjangkau oleh seluruh masyarakat. Adapun strategi tersebut meliputi:

1. menginisiasikan *continuum of care* terhadap pelayanan ibu dan anak dengan peningkatan aksesibilitas dan mutu layanan;

2. pengarustamaan upaya kesehatan promotif dan preventif dalam peningkatan derajat ibu dan anak didukung seluruh *stakeholder* kesehatan;
3. *enabling* dan *empowering* dalam peningkatan peran masyarakat untuk meningkatkan upaya kesehatan promotif dan preventif dalam meningkatkan status dan gizi masyarakat. Penanggulangan penyakit menular dan tidak menular, serta meningkatnya penyehatan lingkungan melalui Upaya Kesehatan Sekolah (UKS), pelayanan imunisasi tepat waktu, dan Posyandu;
4. perbaikan gizi masyarakat melalui peningkatan promosi perilaku masyarakat tentang kesehatan, gizi, sanitasi, *hygiene* dan pengasuhan serta meningkatkan pemantauan pertumbuhan anak;
5. pemerataan pelayanan kesehatan melalui akselerasi pembangunan sumber daya kesehatan dan perbaikan pengelolaan pelayanan kesehatan di tingkat Daerah, Kecamatan (Puskesmas dan Puskesmas Pembantu), dan Desa (Ponkesdes);
6. pengembangan pelayanan kesehatan rumah sakit daerah yang profesional ditunjang kemudahan akses, mutu internal fasilitas kesehatan, dan efektivitas pengelolaan dana kesehatan;
7. pemenuhan ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, dan kualitas farmasi dan alat kesehatan pada puskesmas dan ponkesdes; dan
8. penguatan peran lintas sektor dalam rangka intervensi sensitif dan spesifik untuk menjamin pemenuhan kualitas pelayanan (*quality assurance*) kesehatan masyarakat secara terintegratif melalui pendekatan promotif dan *preventif* didukung perlindungan finansial dalam pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin.

Sedangkan arah kebijakan yang diambil meliputi:

1. peningkatan pembangunan kesehatan melalui penguatan upaya kesehatan dasar (*primary health care*) secara promotif maupun preventif, pemenuhan jaminan kesehatan, aksesibilitas dan mutu layanan kesehatan serta pembangunan sumber daya kesehatan;
2. penguatan pembangunan gizi masyarakat melalui penguatan upaya kesehatan dasar (*primary health care*) secara promotif maupun preventif ditunjang penguatan keberdayaan masyarakat dalam upaya kesehatan;
3. pemerataan Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan, Ketersediaan Obat, Mutu Obat, Makanan, dan Sumberdaya Manusia Kesehatan; dan

4. perlindungan terintegratif secara promotif, preventif, dan kuratif (*finansial*) terhadap masyarakat kategori miskin dan rentan miskin dalam mengakses layanan kesehatan.

Kebijakan pada urusan kesehatan secara umum diarahkan pada misi Meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui pemerataan layanan kesehatan, mewujudkan pendidikan yang berkelanjutan, dan pemenuhan kebutuhan dasar lainnya, yang dijabarkan dalam beberapa program prioritas yang bersifat strategis sebagai berikut:

1. Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak;
2. Program Upaya Kesehatan Masyarakat;
3. Program Perbaikan Gizi Masyarakat;
4. Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular dan Tidak Menular;
5. Program Pengembangan Lingkungan Sehat;
6. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia;
7. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan;
8. Program Pengawasan Obat dan Makanan;
9. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat;
10. Program Standarisasi pelayanan Kesehatan;
11. Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas/Puskesmas Pembantu dan Jaringannya;
12. Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan;
13. Program Peningkatan Mutu Pelayanan BLUD;
14. Program Keluarga Berencana; dan
15. Program Keluarga Sejahtera.

Dalam penjabaran butir ke-4 dari kebijakan yang diterapkan sangat jelas menyebutkan bahwa Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular (termasuk *TBC*) mendapatkan prioritas yang tinggi, sehingga upaya untuk penanggulangan *TBC* ini dilakukan dengan cara *Enabling* dan *empowering* dalam peningkatan peran masyarakat untuk meningkatkan upaya kesehatan promotif dan preventif dalam meningkatkan status dan gizi masyarakat, Penanggulangan penyakit menular dan tidak menular, serta meningkatnya penyehatan lingkungan melalui Upaya Kesehatan Sekolah (UKS), pelayanan imunisasi tepat waktu, dan Posyandu; (strategi ke-3).

Promosi kesehatan merupakan program utama untuk memberikan wawasan dan pengetahuan kepada masyarakat tentang bahaya penyakit *TBC*. Agar penyebaran penyakit *TBC* dapat dikendalikan, dilakukan upaya pencegahan oleh fasilitas pelayanan kesehatan mulai tingkat primer hingga fasyankes tingkat lanjut. Penanganan dan pengobatan pasien *TBC* secara intensif dilaksanakan sebagai upaya kuratif serta merehabilitasi pasien *TBC* yang hampir dinyatakan sembuh agar dapat beraktifitas normal dan diterima di masyarakat.

Adapun 8 (delapan) strategi pokok dalam RPJMD merupakan pendekatan untuk dapat mewujudkan Misi RPJMD yang berpihak pada masyarakat. Khususnya misi kedua yang berbunyi “Meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui pemerataan layanan kesehatan, mewujudkan Pendidikan yang berkelanjutan, dan pemenuhan kebutuhan dasar lainnya”, bertujuan untuk memberikan layanan kesehatan yang tidak memberatkan masyarakat sehingga biaya kesehatan di Daerah 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.

b. Program Penanggulangan *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 agar menjadi semakin operasional dan konkrit serta dapat dilaksanakan secara realistis dan rasional.

Sejalan dengan visi daerah serta tugas dan fungsi Dinas Kesehatan, maka ditetapkanlah visi Dinas Kesehatan sebagai berikut "Terwujudnya Masyarakat di Daerah yang Mandiri untuk Hidup Sehat". Makna dari terwujudnya masyarakat di Daerah yang mandiri adalah sikap dan kondisi masyarakat di Daerah untuk berperan aktif dalam menolong dirinya sendiri untuk memecahkan permasalahan kesehatan di wilayahnya serta mampu memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat beserta lingkungannya, guna mewujudkan hidup yang sehat dengan menciptakan suatu kondisi masyarakat di Daerah yang bebas dari gangguan kesehatan, baik yang disebabkan karena penyakit termasuk gangguan kesehatan akibat bencana, maupun lingkungan dan perilaku.

Visi Dinas Kesehatan juga mempunyai keterkaitan dalam mewujudkan Visi Pemerintah Daerah yang berbunyi “TERWUJUDNYA GRESIK YANG AGAMIS, ADIL, SEJAHTERA DAN BERKEHIDUPAN YANG BERKUALITAS” melalui Misi ke-4 yakni “Meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui pemerataan layanan kesehatan, mewujudkan pendidikan yang berkelanjutan, dan pemenuhan kebutuhan dasar lainnya”. Dalam rangka implementasi Misi ke-4, Pemerintah Daerah mewujudkan Tujuan ke-1 yaitu “Meningkatkan kualitas hidup manusia melalui penguatan atribusi layanan Pendidikan dan Kesehatan”. Sedangkan dalam rangka mewujudkan Tujuan ke-1 Pemerintah Daerah menetapkan sasaran RPJMD “Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat” yang mana pada sasaran RPJMD ini selaras dengan tujuan yang akan dicapai oleh SKP Dinas Kesehatan.

Relevansi dan konsistensi antar pernyataan visi, misi, tujuan, sasaran, strategi dan kebijakan dalam Renstra Dinas Kesehatan sebagai benang merah untuk program penanggulangan *TBC* ini adalah sebagai berikut:

Tabel 2.4 Relevansi Visi dan Misi Dinas Kesehatan

Visi : Terwujudnya Masyarakat Di Daerah yang Mandiri untuk Hidup Sehat			
Misi : Meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui pemerataan layanan kesehatan, mewujudkan pendidikan yang berkelanjutan, dan pemenuhan kebutuhan dasar lainnya			
Tujuan	Sasaran	Strategi	Kebijakan
Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, ibu dan anak, status gizi, dan Penanggulangan penyakit secara berkelanjutan didukung pemerataan akses dan mutu pelayanan.	Meningkatnya pencegahan dan Penanggulangan penyakit	1. Penguatan kepemilikan program di tingkat kabupaten kota melalui advokasi komunikasi dan mobilisasi sosial 2. Optimalisasi tata laksana penyakit menular, tidak menular di semua jenjang pelayanan kesehatan 3. Penguatan dukungan masyarakat sipil dalam Penanggulangan penyakit; 4. Penguatan Manajemen Bencana dan Surveilans Epidemiologi; 5. Peningkatan kapasitas tenaga teknis program melalui pelatihan yang bermutu	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014

		yang dikelola oleh lembaga pelatihan kesehatan yang terstandar; dan 6. Membuat upaya inovatif dalam Penanggulangan penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan dengan melibatkan kalangan akademisi dan lembaga riset kesehatan	
--	--	--	--

Dalam pelaksanaan Renstra Dinas Kesehatan 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 Indikator Kinerja Utama (IKU) sedangkan untuk Eselon III dan Eselon IV diukur dengan IKI. Untuk mencapai IKU dibantu dengan IKI Eselon III (Kepala Bidang Pencegahan Dan Penanggulangan Penyakit) dan IKI eselon IV (Kepala Seksi Pencegahan Dan Penanggulangan Penyakit Menular).

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

1. IKU Eselon II (Kepala Dinas Kesehatan): cakupan pencegahan dan Penanggulangan penyakit;
2. IKI Eselon III (Kepala Bidang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit pada Dinas Kesehatan): cakupan penanganan penyakit menular dan tidak menular; dan
3. IKI Eselon IV (Kepala Seksi Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular pada Dinas Kesehatan): Cakupan penemuan dan penanganan TBC.

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

Telah dijelaskan didalam LKj-IP Dinas Kesehatan tahun 2020 bahwa indikator ke-4 sasaran 2 (dua) mengenai persentase keberhasilan pengobatan pasien TBC semua kasus, diperoleh capaian

sebesar 101,83% (seratus satu koma delapan tiga persen). Jumlah semua kasus *TBC* yang sembuh dan pengobatan lengkap yaitu sebanyak 2.305 (dua ribu tiga ratus lima) orang. Sedangkan untuk Jumlah semua kasus *TBC* yang diobati dan dilaporkan sebesar 2.515 (dua ribu lima ratus lima belas) orang sehingga bisa diperoleh realisasi pada tahun 2020 sebesar 91,65% (sembilan puluh satu koma enam lima persen) dengan tingkat capaian kinerja 101,8% (seratus satu koma delapan persen) sehingga mendapatkan nilai peringkat kerja Sangat Tinggi. Capaian kinerja keberhasilan pengobatan pasien *TBC* semua kasus ini disebabkan karena adanya kelangsungan pengobatan pasien yang sangat baik, adanya pendampingan dari keluarga untuk keteraturan minum obat, serta pasien *TBC* paham akan pentingnya pengobatan. Selain itu, motivasi petugas puskesmas juga sangat mendukung akan keberhasilan ini.

Pemenuhan kebutuhan Bahan Medis Habis Pakai berupa *Catridge* TCM juga sangat berguna untuk mendiagnosis kasus *TBC*. Alat TCM ini juga tersebar di 8 (delapan) Puskesmas dan 2 (dua) Rumah Sakit yang sudah berjejaring dengan seluruh fasyankes baik primer maupun tingkat lanjut dan dokter praktek mandiri.

Koalisi Organisasi Profesi (KOPI) *TBC* Daerah sejak Tahun 2019 berperan sebagai advokator, motivator dan narasumber serta pelaksana ditingkat fasyankes, merupakan komitmen dan dukungan organisasi profesi dalam penanggulangan *TBC*.

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 berikut.

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

NO.	Sasaran Jangka Menengah Renstra Kemenkes	Permasalahan Pelayanan	Sebagai Faktor	
			Penghambat	Pendorong
1	2	3	4	5
1.	Persentase Kasus baru TBC yang ditemukan sebesar 90%	Rendahnya cakupan penemuan dan pengobatan pasien TBC karena kurangnya sosialisasi, rendahnya kesadaran dan partisipasi masyarakat untuk pemeriksaan TCM	1. Proporsi anggaran Kuratif dan preventif belum seimbang; 2. Sistem perencanaan yang belum optimal; 3. Kemampuan teknologi kesehatan masih kurang; 4. Anggapan <i>TBC</i> merupakan penyakit yang "tabu"; dan 5. Belum semua fasyankes swasta ikut <i>TBC DOTS</i>.	1. Adanya komitmen dan dukungan Pemda dan DPRD; 2. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan yang cukup solid; 3. Sarana dan Prasarana cukup memadai (UPPF, Labkesda, Puskesmas, Pustu); 4. Ketersediaan fasyankes yang dapat memeriksa <i>TBC</i> cukup dan merata (puskesmas rujukan <i>TBC</i>); 5. Kemauan petugas tinggi; dan 6. Logistik untuk program <i>TBC</i> cukup.
2.	Persentase Keberhasilan Pengobatan <i>TBC</i> sebesar 90%	Rendahnya angka keberhasilan pengobatan <i>TBC</i> karena belum optimalnya jejaring dan pelacakan pasien mangkir. Pemeriksaan follow up pasien <i>TBC</i> belum	1. <i>TBC</i> merupakan penyakit kronis yang membutuhkan pengobatan lama; 2. Adanya <i>TBC RO</i>; 3. Stigma pada pasien <i>TBC</i>; 4. Co-infeksi <i>TBC HIV</i>; dan	1. Tersedianya jejaring penanganan <i>TBC</i>; 2. Adanya bantuan SSR, CSR dan CSO; dan 3. Logistik cukup (obat dan reagen pemeriksaan).

NO.	Sasaran Jangka Menengah Renstra Kemenkes	Permasalahan Pelayanan	Sebagai Faktor	
			Penghambat	Pendorong
		dilakukan secara optimal.	5. Jangka waktu pengobatan yang lama.	

c. Program Penanggulangan TBC dalam Rencana Kerja Tahun Berjalan

Dinas Kesehatan merupakan unsur pelaksana otonomi daerah yang mempunyai tugas melaksanakan urusan Pemerintahan Daerah di bidang kesehatan berdasarkan Asas Otonomi dan Tugas Pembantuan sesuai dengan Peraturan Bupati Gresik Nomor 47 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik. Dalam melaksanakan tugas tersebut, Dinas Kesehatan menyelenggarakan fungsi :

1. pelaksanaan, penyusunan kebijakan dan program urusan kesehatan;
2. pelaksanaan kebijakan urusan kesehatan; pelaksanaan pelayanan administrasi urusan kesehatan;
3. penanggulangan pelaksanaan kebijakan urusan kesehatan;
4. pelaksanaan pembinaan dan fasilitasi urusan kesehatan;
5. pelaksanaan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan urusan kesehatan; dan
6. pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan bidang tugasnya.

Tujuan dan sasaran Rencana Kerja Dinas Kesehatan di Tahun 2022 adalah Meningkatnya pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat beserta Sumber Daya Kesehatan dalam pemberdayaan dan pelayanan kesehatan masyarakat.

Upaya kegiatan penanggulangan *TBC* melalui upaya promotif melalui :

1. penyuluhan dengan melibatkan lembaga mitra lokal daerah seperti CSR PT. Smelting dan jajarannya, SSR YABHYSA, Organisasi Profesi dan Organisasi Masyarakat yang berkomitmen terhadap Penanggulangan *TBC*; dan
2. media cetak (*leaflet*, lembar balik, poster) dan lain lain menjadi bahan yang diberikan untuk layanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta.

Upaya preventif dengan memberdayakan masyarakat melalui :

1. pelatihan kader kesehatan;

- 2. Pembenahan ventilasi rumah oleh CSR; dan
- 3. pendampingan pasien oleh kader dan petugas terlatih yang dilakukan puskesmas dan jaringannya sehingga dapat dapat mencegah penularan maupun mengendalikan rantai penularan yang ada di masyarakat.

Kegiatan kuratif meliputi :

- 1. layanan TBC di Daerah tersedia di 32 (tiga puluh dua) Puskesmas dan 2 (dua) RSUD, layanan swasta yang dilaksanakan di 18 (delapan belas) RS Swasta dan 63 (enam puluh tiga) klinik;
- 2. Puskesmas sebagai koordinator jejaring PPM untuk fasyankes primer (klinik dan DPM); dan
- 3. Dinas Kesehatan sebagai koordinator jejaring PPM untuk fasyankes tingkat lanjut (RS).

d. Kebijakan Anggaran Program Penanggulangan TBC

Kegiatan Penanggulangan TBC di Daerah jika dilihat dari anggaran yang dialokasikan pada Seksi P2PM terlihat relatif kecil dibandingkan dengan anggaran Penanggulangan TBC secara menyeluruh. Anggaran seksi yang relatif kecil ini merupakan anggaran manajemen program TBC dan bukan anggaran operasional penanggulangan TBC. Sedangkan kegiatan teknis operasional penanggulangan TBC di tingkat pelayanan kesehatan dialokasikan dalam BOK di setiap puskesmas.

Hal ini merupakan masalah yang perlu segera diintegrasikan dengan program lintas program dan lintas sektor, sehingga pemangku jabatan yang terkait dapat mendukung upaya Penanggulangan TBC melalui sumber daya dan sumber dana yang terkoordinasi dalam perencanaan dan penggunaanya.

Berikut ini gambaran pembiayaan daerah untuk program penganggulangan TBC di Daerah. Realisasi anggaran diambil pada dua tahun terakhir agar dapat dilihat trend peningkatannya.

Tabel 2.6 APBD Tahun 2020-2022

Tahun	2017 (Rp)	2018 (Rp)	2019 (Rp)	2020 (Rp)	2021 (Rp)
Pendapatan Daerah	2.846.216.578.670,27	2.870.853.525.257,00	3.011.393.008.903,70	2.854.576.383.457,35	3.291.997.122.262,00
Pembiayaan Daerah	67.862.494.625,56	165.485.596.773,74	323.497.261.365,72	462.004.151.544,22	305.940.468.203,00
Pendapatan + Pembiayaan	2.914.079.073.295,83	3.036.339.122.030,74	3.334.890.270.269,42	3.316.580.535.001,57	3.597.937.590.465,00
Belanja Daerah	2.361.259.908.511,83	2.472.796.687.739,74	2.732.193.803.569,42	2.688.731.525.001,57	3.597.937.590.465,00

Transfer	552.819.164.784,00	563.542.434.291,00	602.696.466.700	627.849.010.000,00	766.126.903.400
Belanja + Transfer	2.914.079.073.295,83	3.036.339.122.030,74	3.334.890.270.269,42	3.316.580.535.001,57	4.364.064.493.865,00
Silpa	0	0	0	0	0

Alokasi anggaran pada Dinas Kesehatan 2 (dua) tahun terakhir untuk program Penanggulangan *TBC* sebagai berikut:

Tabel 2.7 Realisasi Belanja Daerah Tahun 2017-2021

Tahun	2017 (Rp)	2018 (Rp)	2019 (Rp)	2020 (Rp)	2021 (Rp)
APBD	2.361.259.908.511,83	2.472.796.687.739,74	2.732.193.803.569,42	2.688.731.525.001,57	3.597.937.590.465,00
Urusan Kesehatan	195.759.055.217,62	227.364.248.417,89	230.448.491.445,39	233.354.500.870,52	319.471.026.836,61
Dinas Kesehatan	195.759.055.217,62	227.364.248.417,89	230.448.491.445,39	233.354.500.870,52	319.471.026.836,61
Belanja Tak Langsung	65.913.136.898,00	67.258.536.064	70.753.969.465,00	70.221.658.765,00	91.733.013.327,00
Belanja Langsung	129.845.918.319,62	160.105.712.353,89	159.694.521.980,39	163.132.842.105,52	227.738.013.509,61
Bidang P2P	1.260.185.725,00	1.075.121.000,00	7.757.721.188,00	7.918.955.795,00	3.142.457.392,00
Sie P2PM	871.989.800,00	725.719.900,00	808.989.300,00	6.495.134.325,00	472.265.925,00
Program TBC	63.615.000	27.295.000	66.480.000	5.419.662.500	80.458.225,00

Jika dilihat rincian pada tabel diatas ternyata prosentase pembiayaan P2 TBC sangat kecil.

Tabel 2.8 Perbandingan Belanja Daerah pada Dinas Kesehatan terhadap APBD Tahun 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021
Belanja/Pendapatan	82,96	86,13	90,72	94,19	109,29
Urusan Kesehatan/APBD	8,30	9,20	8,43	8,68	8,88
Dinkes/APBD	8,30	9,20	8,43	8,68	8,88
P2PM/APBD	0,04	0,03	0,03	0,24	0,01
P2PM/Dinkes	0,44	0,32	0,35	2,78	0,15

TBC/APBD	0,002	0,001	0,002	0,2	0,002
TBC/Dinkes	0,03	0,01	0,03	2,32	0,03
TBC/P2PM	7,29	3,76	8,22	83,44	17,04

Gambaran perbandingan di atas memperlihatkan bahwa program penanggulangan *TBC* tidak cukup hanya dikelola dan dibiayai bersumber dari APBD untuk Dinas Kesehatan saja. Tentu dalam perencanaan dan penganggaran untuk tahun-tahun yang akan datang diharapkan dapat ditingkatkan.

NO.	INDIKATOR	CAPAIAN TAHUN			BASE LINE	TARGET 2021	GAP
		2019	2020	2021			
5	Persentase pasien <i>tuberkulosis</i> resistan obat yang memulai pengobatan		100%	100%	48%	86%	14%
6	Cakupan penemuan kasus <i>tuberkulosis</i> pada anak		25,9%	20%	53%	85%	79%
7	Pasien <i>tuberkulosis</i> mengetahui status <i>HIV</i>		77%	71%	37%	65%	6%
8	Persentase <i>ODHIV</i> yang mengetahui status <i>tuberkulosis</i>		76%	82%	82%	100%	18%
9	Cakupan Pemberian Terapi Pencegahan <i>Tuberkulosis</i> (TPT) pada kontak serumah		0,9%	0,2%	NA	29%	28,8%

3.2 Isu Strategis

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. Isu strategis penanggulangan *TBC* di Daerah diklasifikasikan mengacu pada Strategi Nasional Penanggulangan *TBC* dan Rencana Aksi Nasional (RAN) Penanggulangan *TBC* di Indonesia. Isu strategis dijabarkan dalam Tabel 3.2

Tabel 3.2 Isu Strategis

NO	INDIKATOR	ANALISA MASALAH	ISU STRATEGIS
A. Perencanaan dan Penganggaran Program <i>TBC</i>			
1	Kepemimpinan Program <i>TBC</i> .	a. alokasi anggaran <i>TBC</i> masih sangat minim; dan b. belum ada dukungan lintas sektor untuk Penanggulangan <i>TBC</i> .	Program penanggulangan <i>TBC</i> belum dilaksanakan lintas sektor dan memiliki RAD <i>TBC</i> .
B. Penemuan kasus			
1	Cakupan penemuan dan pengobatan <i>TBC</i>	a. cakupan penemuan dan pengobatan <i>TBC</i> di Daerah belum mencapai target minimal 80% (delapan puluh persen); b. utilisasi TCM Tahun 2021 belum mencapai target minimal 80% (delapan puluh persen); dan c. jejaring rujukan untuk penegakan diagnosis dengan TCM belum optimal (belum semua fasyankes di Daerah menegakkan diagnosis <i>TBC</i> sesuai standar).	Angka penemuan kasus <i>TBC</i> masih rendah.
2	Jumlah Pasien <i>TBC</i> yang ditemukan dan diobati	a. Tahun 2021 baru 61% (enam puluh satu persen) pasien <i>TBC</i> yang ditemukan dan diobati, hal ini karena pandemi <i>Covid-19</i> sehingga kegiatan penemuan <i>TBC</i> secara aktif melalui pelacakan atau investigasi kontak tidak bisa dilakukan secara maksimal; b. jejaring internal di Fasyankes belum optimal sehingga belum semua kasus <i>TBC</i> di fasyankes dicatat dan dilaporkan sesuai SITB; c. Peran Klinik dan DPM dalam menemukan atau merujuk terduga <i>TBC</i> ke layanan TCM masih sangat sedikit, hal ini karena kapasitas SDM masih perlu ditingkatkan dan ketersediaan logistik untuk pengemasan dan pengiriman <i>specimen</i> belum tersedia dalam jumlah cukup;	Angka penemuan kasus <i>TBC</i> masih rendah.

		d. Penemuan <i>TBC</i> di LAPAS juga masih terbatas pada WBP yang bergejala, belum dilakukan skrining <i>TBC</i> secara rutin oleh puskesmas. Lapas belum memiliki SDM dokter; e. Skrining <i>TBC</i> di pondok pesantren, sekolah dan perusahaan belum dilakukan; dan f. Skrining <i>TBC</i> pada kelompok rentan lain seperti <i>HIV</i>, <i>DM</i>, stunting belum dilakukan secara optimal (termasuk untuk surveilansnya).	
3	Jumlah semua kasus <i>TBC</i> yang ditemukan dan diobati.	a. Peran serta organisasi profesi, tokoh masyarakat dan lembaga terkait dalam penyuluhan <i>TBC</i> ke masyarakat masih belum optimal; b. Peran kader desa untuk upaya promotif, preventif dan pendampingan pasien <i>TBC</i> belum optimal atau masih kurang; c. Promosi, informasi dan edukasi terkait <i>TBC</i> masih terbatas; dan d. Belum tersedianya dukungan psiko-ekonomi dan social bagi pasien <i>TBC</i> yang miskin.	Angka penemuan kasus <i>TBC</i> masih rendah.
4	Cakupan penemuan dan pengobatan kasus resistan obat.	a. cakupan pengobatan <i>TBC RO</i> sejumlah 69% (enam puluh Sembilan persen) dengan target target minimal 60% (enam puluh persen); b. dukungan PMT bagi pasien <i>TBC RO</i> selama pengobatan belum tersedia; c. pemberian KIE pada pasien <i>TBC RO</i> belum optimal, baik di RSUD maupun di fasyankes satelit;	Angka penemuan dan pengobatan <i>TBC-RO</i> rendah.

		d. mekanisme pelacakan dan pelaporan pasien mangkir belum tercatat dengan baik dan mekanisme monitoring pasien <i>TB RO</i> masih banyak kendala; e. Kapasitas SDM di fasyankes satelit untuk tatalaksana ESO dan komunikasi motivasi masih kurang; dan f. Dukungan terhadap kelompok pasien PETIR, belum ada.	
5	Cakupan penemuan kasus <i>TBC</i> anak.	Cakupan penemuan kasus <i>TBC</i> anak masih rendah, hal ini karena terbatasnya ketersediaan <i>tuberculin test</i> dan akses untuk rujukan ke RS, masih kurangnya kapasitas SDM di FKTP untuk penegakan diagnosis <i>TBC</i> anak dan <i>ILTB</i> .	Angka penemuan kasus <i>TBC</i> Anak masih rendah.
6	Persentase anak < 5 (lima) tahun yang mendapat pengobatan pencegahan dibandingkan estimasi anak < 5 (lima) tahun yang memenuhi syarat diberikan pengobatan pencegahan.	Cakupan PP INH pada anak masih sangat sedikit dan belum sesuai dengan protap PP INH pada Anak, Hal ini dikarenakan belum tersosialisasinya PP INH secara menyeluruh pada Klinisi (Spesialis Anak/Dokter Umum).	Pengobatan pencegahan <i>TBC</i> Anak dengan INH belum berjalan.
7	Persentase kasus <i>TBC</i> yang ditemukan dan dirujuk oleh masyarakat atau organisasi kemasyarakatan (<i>active case finding</i>).	Persentase kasus <i>TBC</i> yang dirujuk oleh Masyarakat/LSM masih sangat rendah 1% (satu persen) karena masih 8 (delapan) Kecamatan yang dibentuk kader <i>TBC</i> yang bertugas dalam upaya penemuan terduga <i>TBC</i> , rujuk kasus serta pendampingan dan jumlahnya masih sangat sedikit. Dukungan nutrisi tambahan dilaksanakan oleh CSR PT Smelting dan LazisNU melalui Yabhysa. Hal ini perlu dukungan bersama karena kesembuhan pasien tidak hanya obat akan tetapi dukungan Nutrisi bergizi berperan penuh dalam percepatan kesembuhan.	Peran CSO dan masyarakat dalam program penanggulangan <i>TBC</i> masih rendah.

C. Keberhasilan Pengobatan Sensitif dan Resistan Obat			
1	Angka keberhasilan pengobatan pasien <i>TBC</i> semua kasus.	a. Angka keberhasilan pengobatan <i>TBC</i> pada tahun 2020 : 94%, hal ini menunjukkan target 90% (sembilan puluh persen) sudah tercapai; b. Keberhasilan ini di dukung oleh komitmen Fasyankes dalam rujukan kasus baik kasus rujuk pindah, dan mekanisme pelacakan dan pelaporan oleh fasyankes ketika ada kasus <i>TBC</i> Mangkir maupun <i>loss to followup</i>; dan c. Peran serta kader <i>TBC</i> masih kurang maksimal dikarenakan jumlah kader <i>TBC</i> yang terlatih <i>TBC</i> DOTS masih sedikit dan belum semua desa memiliki minimal 1 (satu) kader <i>TBC</i> di tingkatan desa sehingga jangkauan pelacakan penemuan dan pendampingan kurang maksimal.	Angka keberhasilan pengobatan <i>TBC</i> masih rendah.
2	Angka keberhasilan pengobatan pasien <i>TBC</i> resistan obat.	a. Cakupan penemuan pasien <i>TBC RO</i> Tahun 2021 : 69% (enam puluh sembilan persen); dan b. Angka keberhasilan pengobatan <i>TBC RO</i> Tahun 2019: 67% (enam puluh tujuh persen).	Angka penemuan kasus <i>TBC-RO</i> dan pengobatan <i>TBC-RO</i> masih rendah.
D. <i>TBC</i> Resistan Obat			
1	Persentase kasus <i>TBC</i> Resistan Obat yang memulai pengobatan lini kedua.	Target penemuan <i>TBC RO</i> sebesar 80% (delapan puluh persen), pada tahun 2021, baru tercapai 66% (enam puluh enam persen).	Penemuan kasus <i>TBC RO</i> masih rendah karena belum semua hasil <i>TCM Rifampisin resistan</i> mendapatkan pengobatan di RS.

E. TBC-HIV			
1	Persentase pasien <i>TBC</i> yang mengetahui status <i>HIV</i> .	a. persentase pasien <i>TBC</i> yang mengetahui status <i>HIV</i> nya masih sangat sedikit hal ini dikarenakan belum semua fasyankes terutama fasyankes yang memiliki sarana tes <i>HIV</i> atau berjejaring dengan fasyankes yang memiliki layanan tes <i>HIV</i> ; dan b. masih banyak petugas <i>TBC</i> yang belum melaksanakan PITC terutama di RS.	Akses layanan Tes <i>HIV</i> di RS belum optimal.
2	Persentase Pasien TBC-HIV yang mendapatkan ARV selama pengobatan TBC.	a. Fasyankes PDP masih terbatas di Daerah; b. Jejaring ke layanan PDP belum optimal; dan c. Pengetahuan petugas terkait <i>TB-HIV</i> masih terbatas.	
F. Laboratorium			
1	Persentase laboratorium mikroskopik yang mengikuti uji silang.	a. belum semua fasyankes mengikuti uji silang untuk pemeriksaan mikroskopis; dan b. belum tersedia laboratorium rujukan uji silang di Daerah.	Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis/Uji Silang yang belum optimal.
2	Persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti uji silang dengan hasil baik.		

3.2.1 Komitmen Program *TBC* di Daerah

Sejauh ini perencanaan dan implementasi program penanggulangan *TBC* di Daerah masih dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan saja. Berdasarkan IKU dan IKI 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, CSR, CSO, SSR, 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 pasien *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 Daerah adalah program penanggungan *TBC* belum dilaksanakan secara menyeluruh lintas program dan lintas sektor.

Lebih dari pada itu Daerah belum memiliki regulasi sebagai pedoman untuk penyelenggaraan tata kelola dan tata laksana penanggulangan dan penanggungan *TBC* yang standar dan terpadu termasuk perencanaan dan penganggaran programnya.

3.2.2 Penemuan Kasus *TBC*

Penatalaksanaan pasien *TBC* meliputi upaya penemuan dan pengobatan. Penemuan pasien merupakan kegiatan awal dan utama dalam program penanggulangan *TBC*, dengan menemukan semua pasien *TBC* terkonfirmasi bakteriologis, 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 lapangan 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) Penjarangan terduga *TBC* yang dilakukan provider masih ketat sehingga jumlah terduga diperiksa rendah, hal ini berpengaruh pada penemuan kasus *TBC*.
 - 2) Terduga *TBC* dengan hasil pemeriksaan TCM negatif memerlukan pemeriksaan penunjang penegakan diagnosa dengan foto toraks paru atau rontgen yang akan dibaca dan dipakai sebagai penunjang diagnosa *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*;
 - b. Pemanfaatan fungsi mesin TCM belum optimal, sementara ini utilitasnya masih < 80% (delapan puluh persen); dan
 - c. Belum semua fasyankes swasta melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai standar baku sehingga kasus *under reporting* atau *missing cases* masih tinggi.
2. Aspek masyarakat yang terdiri dari pasien, keluarga pasien maupun warga masyarakat umum masih memiliki kendala sebagai berikut :
- a. masih adanya stigma bahwa penyakit *TBC* merupakan penyakit keturunan/kutukan sehingga masyarakat enggan dan malu bila dinyatakan sebagai pasien *TBC*;
 - b. 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 memberikan pelayanan *TBC* sesuai standar; dan

- c. Akses OAT secara bebas tanpa standar di Apotek memudahkan masyarakat dalam terapi yang tidak terstandart sehingga pencatatan dan penemuan tidak dapat terekam dengan benar dan baik di layanan kesehatan, bahkan dapat menimbulkan resistansi obat.
3. Aspek Organisasi masyarakat pendukung antara lain :
- a. Aisyiyah;
 - b. LKNU;
 - c. Yabhysa; dan
 - d. PETIR.

dalam penemuan kasus *TBC* belum memiliki peran maksimal 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/komorbiditas yang terdiri dari:
- a. Pasien *TBC*-DM;
 - b. Kontak serumah dan kontak erat;
 - c. Ibu hamil;
 - d. Usia lanjut; dan
 - e. Pasien *TBC* anak.

masih memiliki kendala antara lain :

- a. terdapat kendala pada alur skrining dengan rontgen, terkait dengan pembiayaan BPJS;
- b. 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) masih kurang ditekankan;
- c. belum semua ibu hamil dilakukan skrining *TBC*, belum semua bidan melaksanakan skrining *TBC* untuk bumil;
- d. skrining *TBC* di Posyandu Lansia masih belum dilakukan;
- e. belum semua Puskesmas menerapkan MTBS dengan baik, sehingga kecurigaan *TBC* pada Anak dengan BB rendah masih belum optimal; dan
- f. 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 sebagai berikut :
 - a. Fasilitas ruang khusus/isolasi tahanan dengan pasien *TBC* masih sedikit, sehingga diperlukan pengaturan sistem pengendalian penularan melalui upaya pencegahan berbasis lingkungan;
 - b. Jumlah petugas kesehatan masih sedikit sehingga skrining *TBC* sangat rendah; dan
 - c. Belum semua petugas lapas memahami penyakit *TBC*, terutama terkait tanda dan gejala serta penularan, pengendalian dan pengobatannya di dalam rutan.

3.2.3 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, Daerah menduduki urutan ke-18 dari 38 (tiga puluh delapan) kabupaten atau kota. Angka keberhasilan pengobatan mencapai 92% (sembilan puluh dua persen), angka ini melebihi Target Nasional Pengendalian *TBC* sebesar 90% (sembilan puluh persen).

Meskipun capaian keberhasilan pengobatan *TBC* di Daerah 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. Jejaring *Public Private Mix* (PPM) antara dokter, apoteker belum berjalan maksimal dan belum adanya regulasi tentang peredaran OAT yang tidak standar;
 4. Orientasi dalam pengobatan berdasarkan profit; dan
 5. 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, sehingga ketika mereka berobat ke fasyankes 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).

3.2.4 *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 satelit perlu mengetahui, memahami dan melaksanakan tatacara penemuan pasien *TBC RO* dan melakukan penegakan diagnosa *TBC RO* dengan baik dan benar. Isu strategis yang dihadapi saat ini adalah masih rendahnya angka penemuan dan pengobatan *TBC RO*.

Fakta masalah yang ditemukan di lapangan adalah:

- a. RSUD Ibnu Sina sebagai rumah sakit rujukan *TBC RO* sudah cukup maksimal dalam upaya pengendalian *TBC RO*, dimana RS sudah terpenuhi SDM terkait Tim Ahli Klinis (TAK) *TBC RO*, namun tetap butuh upaya dalam meningkatkan penemuan dan pengobatan *TBC RO*;
- b. Banyak pasien *TBC RO* yang ekonominya kurang akibat penyakitnya dan tidak bisa beraktifitas, sehingga perlu dukungan transportasi, nutrisi, moral sehingga pengobatan dilayanan Puskesmas satelit menjadi lancar; dan
- c. Dukungan lintas sektor dalam penyehatan lingkungan dan perumahan kurang sehingga hal ini diperlukan koordinasi lintas sektor yg lebih intensif.

3.2.5 *TBC-HIV* dan *TBC* Dengan Komorbiditas

Penegakan diagnosis *TBC* paru pada Orang dengan *HIV* (*ODHIV*) tidak berbeda dengan non *ODHIV*. Penegakan diagnosis *TBC* pada *ODHIV* lebih sulit karena *ODHIV* susah berdahak dan sering terjadi kasus *TBC* ekstra paru. Untuk saat ini penegakan diagnosa *TBC-HIV* dilaksanakan rumah sakit pemerintah dan 32 (tiga puluh dua) Puskesmas. layanan ARV baru ada di 1 (satu) RS dan 8 (delapan) Puskesmas.

Persentase pasien *TBC* yang mengetahui status *HIV*nya masih sangat sedikit, hal ini disebabkan masih banyak petugas *TBC* yang belum melaksanakan PITC khususnya di fasyankes swasta.

TBC laten akan muncul pada pasien *HIV* dan DM atau penyakit lainnya yang menurunkan kekebalan tubuh. Dalam rangka penemuan kasus *TBC* dengan berbagai koinfeksi dan komorbiditas dengan penyakit lainnya perlu upaya peningkatan baik dari segi kompetensi petugas maupun dari akses layanan serta kesiapan layanan itu sendiri. Dalam hal ini yang menjadi isu strategis untuk *TBC-HIV* dan komordibitas lainnya adalah akses layanan *HIV* bagi pasien *TBC* yang ditemukan belum bisa dilayani di semua fasyankes.

3.2.6 Pelayanan Laboratorium

Penegakan utama diagnosa *TBC* di Daerah sudah menggunakan pemeriksaan Tes Cepat *Molekuler* (TCM) kecuali untuk di wilayah kepulauan Bawean. Pemeriksaan dahak melalui pewarnaan BTA yang menjadi pemeriksaan *follow up* harus dilaksanakan semua laboratorium baik pemerintah dan swasta. Saat ini, belum adanya laboratorium untuk pemeriksaan uji silang di Daerah. Terkait dengan hal ini isu yang ada adalah pelaksanaan pemeriksaan pemantauan untuk pasien melalui Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis/Uji Silang masih belum optimal.

Analisa masalah dalam pelayanan laboratorium sebagai berikut:

partisipasi laboratorium pemeriksa *TBC* dalam upaya menjaga mutu pemeriksaan melalui cross cek menggunakan metode LQAS belum sampai 100% (seratus persen).

3.2.7 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 (dua) isu strategis tentang pengendalian faktor resiko, yaitu:

- a. resiko penularan *TBC* yang masih tinggi
 - 1) pengobatan pencegahan *TBC* pada *ODHIV* dan Anak dengan INH belum berjalan;
 - 2) pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) *TBC* di Faskes belum optimal;
 - 3) pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) *TBC* di tempat khusus (lapas/rutan dan sebagainya) yang belum optimal; dan
 - 4) cakupan pemberian vaksinasi BCG masih rendah.
- b. Pengobatan pencegahan *TBC* pada *ODHIV* dan Anak dengan INH belum berjalan

Sosialisasi pencegahan dan pengobatan *TBC* pada *ODHIV* dan Anak belum terlaksana secara optimal. Kapasitas kesehatan dalam pemberian PP INH masih perlu ditingkatkan serta perbaikan proses pencatatan untuk validasi data PP INH.

3.2.8 Peningkatan Kemitraan *TBC* Melalui Forum Koordinasi *TBC*

Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik Nomor : 443.24/201/437.52/2022 tentang Tim *Public Private Mix*, 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 lapangan:

- 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. dukungan organisasi profesi dalam sosialisasi *TBC* bagi anggotanya belum maksimal;

- e. keterlibatan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam penelitian dan jejaring pelayanan TBC (termasuk skrining) belum tergal; dan
- f. monitoring terhadap pasien putus berobat dan pasien pindah belum optimal.

3.2.9 Peningkatan Kemandirian Masyarakat Dalam penanggulangan *TBC*

Dalam dukungan dan pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian tuberkulosis telah dilaksanakan kerjasama dengan, LKNU, AISYIYAH, Yabhysa dan PETIR dalam upaya melakukan pencegahan penularan TBC.

Isu strategis: Peran CSO dalam program penanggulangan TBC belum optimal.

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*.

3.2.10 Penguatan Manajemen Program Melalui Penguatan Sistem Kesehatan

Manajemen sangat diperlukan untuk keberhasilan program, dimana manajemen dapat meliputi : perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Isu strategis:

- 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 dan evaluasi terhadap logistik tersebut.

Pada bagian distribusi juga perlu disiapkan kebutuhan transportasi baik dari provinsi ke kabupaten maupun dari kabupaten ke fasyankes.

BAB IV

INDIKATOR DAN TARGET KINERJA

4.1 Indikator Kinerja

Indikator kinerja penanggulangan *TBC* di Daerah diinventarisasi untuk kurun waktu mulai dari Tahun 2017 hingga Tahun 2020.

Terjadi peningkatan penemuan kasus semua tipe di tahun 2020 setelah dilakukan kerjasama antara Klinik/DPM dengan Puskesmas wilayah setempat dan keterlibatan RS swasta di Daerah, serta pelaksanaan investigasi kontak dengan dukungan kader kesehatan. Dari indikator diatas dapat menggambarkan besaran kasus *TBC* terkonfirmasi bakteriologis yang menjadi sumber utama penularan pada kontak erat serta menggambarkan masih adanya kasus *TBC RO* akibat pengobatan tidak standar.

4.2 Target Kinerja

Kinerja penanggulangan *TBC* di Daerah untuk mencapai Eliminasi *TBC* pada tahun 2028 di lakukan secara bertahap secara terus menerus dan berkesinambungan. Jika mengikuti target nasional, Eliminasi *TBC* di Daerah diharapkan dapat menyesuaikan dengan rencana pencapaian dengan tahapan sebagai berikut :

- a. Tahun 2022 tercapai penurunan angka kesakitan karena *TBC* sebesar 30% dan angka kematian sebesar 40% (empat puluh persen) dibandingkan tahun 2021;
- b. Tahun 2023 tercapai penurunan angka kesakitan karena *TBC* sebesar 50% dan angka kematian sebesar 70% (tujuh puluh persen) dibandingkan tahun 2022;
- c. Tahun 2025 tercapai penurunan angka kesakitan karena *TBC* sebesar 80% dan angka kematian sebesar 90% (sembilan puluh persen) dibandingkan tahun 2023; dan
- d. Tahun 2028 tercapai penurunan angka kesakitan karena *TBC* sebesar 90% dan angka kematian sebesar 95% (sembilan puluh lima persen) dibandingkan tahun 2025.

Gambaran target kinerja utama di Daerah adalah sebagai berikut:

Tabel 4.2 Target Kinerja Utama Daerah

Indikator	TARGET (TAHUN)				
	Realisasi 2020	Realisasi 2021	2022	2023	2024
Insiden TB*	234	232	231	302	302
Treatment Coverage	52%	61%	80%	85%	90%
Success Rate	94%	92%	90%	90%	90%
% Pasien TBC tahu status HIV	76%	74%	70%	70%	70%

*) Per 100.000 Penduduk

Terjadi pencapaian penemuan dan pengobatan *TBC* sebesar 9% pada Tahun 2021, hal ini disebabkan peran PPM *TBC* dan partisipasi masyarakat melalui jejaring serta peran Kader Kesehatan yang telah dilatih untuk melaksanakan Investigasi Kontak sudah mulai berjalan meskipun belum optimal.

BAB V

STRATEGI

Berdasarkan semua tantangan yang dihadapi di Daerah, dirumuskan strategi untuk mengeliminasi *TBC* dalam kurun waktu 7 (tujuh) 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 2016 sampai Tahun 2020.

Terdapat 6 (enam) strategi kegiatan utama yang merupakan 6 (enam) 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 Daerah

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.

Tujuan :

Meningkatkan kepemimpinan daerah sehingga terbentuk kepemilikan, komitmen politis dan kepedulian terhadap Program Penanggulangan *TBC* dalam bentuk peraturan dan peningkatan alokasi anggaran daerah yang berkesinambungan.

Uraian Program:

- a. penguatan program penanggulangan *TBC*;
- b. penyusunan Kebijakan Pemerintah Daerah untuk penanggulangan *TBC*; dan
- c. Monitoring dan evaluasi perencanaan program *TBC*.

5.2. Peningkatan Akses Layanan *TBC* yang Bermutu dan berpihak pada pasien

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 10 – 15 kontak untuk 1 (satu) 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.

Tujuan :

Meningkatkan akses layanan sehingga segera dapat menemukan dan mengobati pasien *TBC* sampai sembuh melalui layanan *TBC* yang bermutu.

Uraian Program:

- a. Intensifikasi penemuan kasus di Puskesmas;
- b. Intensifikasi penemuan kasus di RS Pemerintah;
- c. Extensifikasi penemuan kasus di RS swasta;
- d. Penguatan DPM dalam penanggulangan TB;
- e. Pemetaan DPM potensial untuk penanggulangan *TBC*;
- f. Program Sertifikasi *TBC* bagi DPM;
- g. Peningkatan peran serta klinik swasta dalam program *TBC*;
- h. Intensifikasi penemuan kasus *TBC* di Lapas;
- i. Peningkatan Kapasitas CSO terkait TB;
- j. Peningkatan Peran Pondok Pesantren dalam Penemuan Kasus *TBC*;
- k. Kerjasama pembiayaan TB oleh BPJS;
- l. Peningkatan Investigasi Kontak dan pemberian TPT;
- m. Pelaksanaan Screening *TBC* pada Ibu Hamil;

- n. Pelaksanaan Screening *TBC* Usila;
- o. Pelaksanaan Screening *TB* Anak melalui MTBS;
- p. Pelaksanaan jejaring internal dan eksternal di RS dan fasyankes swasta;
- q. Penguatan koordinasi dan monitoring;
- r. Dukungan pendampingan pengobatan;
- s. Peningkatan kapasitas SDM dalam Penatalaksanaan Penyakit komorbid pada Pasien *TBC*;
- t. Pendampingan pasien *TBC RO*;
- u. Monitoring pasien mangkir dan pasien pindah;
- v. Peningkatan kapasitas petugas pengelola *TBC-RO*;
- w. Peningkatan kapasitas penggunaan TCM;
- x. Peningkatan kepatuhan pengobatan *TBC-RO*;
- y. *Monev TBC-RO*;
- z. Perluasan dan Penambahan Fasilitas Layanan Tes *HIV* di fasyankes swasta;
- aa. Peningkatan kapasitas Dokter dan Petugas Laboratorium;
- bb. Pemberian dukungan Psikologis bagi pasien *TB-HIV*;
- cc. Peningkatan Kolaborasi Program dan *Monev TB-HIV*;
- dd. Pembinaan Rujukan Uji Silang Lab Mikroskopis;
- ee. Penguatan jejaring TCM ke semua fasyankes; dan
- ff. Peningkatan kapasitas petugas di fasyankes swasta dalam diagnosis dengan TCM.

5.3 Peningkatan Upaya Promosi dan Pencegahan, Pemberian pengobatan pencegahan dan Pengendalian Infeksi *TBC*

Faktor risiko terjadinya *TBC* meliputi kuman penyebab *TBC*, individu yang bersangkutan, dan lingkungan. Sekitar 10% (sepuluh persen) orang yang terinfeksi *TBC* akan jatuh sakit. Tingkat penularan pasien *TBC* BTA positif adalah 65% (enam puluh lima persen), pasien *TBC* BTA negatif dengan hasil kultur positif adalah 26% (dua puluh enam persen), sedangkan pasien *TBC* dengan hasil kultur negatif dan foto toraks mendukung *TBC* adalah 17% (tujuh belas persen).

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

Tujuan :

Mengurangi penularan dan kejadian sakit *TBC* dengan melakukan upaya pencegahan penularan *TBC* di masyarakat dan di fasyankes.

Uraian program:

- a. promosi PHBS dan *TBC*; dan
- b. pencegahan dan pengendalian infeksi *TBC* di fasilitas layanan kesehatan dan tempat khusus.

5.4 Pemanfaatan hasil riset dan teknologi skrining, diagnosis dan tatalaksana Tuberkulosis

Pemanfaatan hasil riset dan teknologi skrining, diagnosis dan tatalaksana *tuberkulosis* perlu untuk disosialisasikan ke masyarakat dan lingkungan yang berpotensi terjadinya kasus *TBC* karena berkumpulnya orang banyak, tempat tinggal yang kumuh, miskin atau padat seperti sekolah, pondok pesantren, Lapas atau tempat kerja (pabrik, daerah industri dll). Tersedianya tes diagnosis *TBC* dengan TCM perlu diperkuat dengan terbentuknya jejaring dan koordinasi yang baik antara fasyankes TCM dan non TCM.

Tujuan :

Diseminasi tanda dan gejala *TBC* pada masyarakat awam untuk meningkatkan awareness di masyarakat dan mengurangi terjadinya stigma.

Uraian program:

- a. Promosi PHBS dan *TBC*; dan
- b. Peningkatan kapasitas petugas ATLM dalam penegakan diagnosis dengan TCM dan penguatan koordinasi antara petugas ATLM dan Petugas *TBC* di fasyankes.

5.5 Peningkatan Peran serta komunitas, mitra dan multisektor lainnya dalam eliminasi *TBC*

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.

Tujuan :

Meningkatkan kemitraan melalui Forum Koordinasi *TBC* di tingkat kabupaten sebagai wadah koordinasi pelaksanaan kebijakan strategis dan penanggulangan *TBC*.

Uraian program:

- a. pembentukan dan Peningkatan Kapasitas Tim PPM;
- b. peningkatan kapasitas anggota organisasi profesi dalam P2 TB;
- c. penggunaan dana desa untuk penanggulangan *TBC*;
- d. monitoring "pasien DO" dan "pasien pindah";
- e. advokasi dan penguatan kapasitas perusahaan yang memberikan dana CSR untuk program *TBC*; dan
- f. membentuk wadah dukungan sebaya dan memastikan dukungan pendanaan untuk organisasi pasien.

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.

Tujuan:

Menguatkan manajemen program ditujukan untuk berkontribusi pada penguatan sistem kesehatan daerah.

Uraian program:

- a. penguatan surveilans *TB* di fasyankes melalui SITB/Wifi *TB*;
- b. evaluasi capaian program *TBC*;
- c. peningkatan kapasitas SDM;
- d. intensifikasi penemuan kasus di Puskesmas;
- e. peningkatan Penatalaksanaan Penyakit komorbid pada Pasien *TB*;
- f. penguatan jejaring PPM *TBC*;
- g. distribusi Logistik *TB*;
- h. peningkatan kapasitas Fasyankes dan Laboratorium;
- i. intensifikasi penemuan kasus di Puskesmas;
- j. ekstensifikasi penemuan kasus di RS swasta;
- k. program Sertifikasi *TB* bagi DPM;
- l. program Sertifikasi *TB* bagi Perawat;
- m. program Sertifikasi *TB* bagi apoteker;
- n. peningkatan peran serta klinik swasta dalam program *TB*;
- o. peningkatan Kapasitas CSO terkait *TB*;
- p. Peningkatan Peran Kader dalam Penemuan Kasus *TB*;
- q. peningkatan kapasitas petugas pengelola *TB-RO*;
- r. pelaksanaan Kontak Investigasi pada "Kontak Serumah" pasien *TB-RO*;
- s. peningkatan kepatuhan pengobatan *TB-RO*;
- t. peningkatan kapasitas Dokter dan Petugas Lab.;
- u. peningkatan Kolaborasi Program dan *Monev TB-HIV*;
- v. peningkatan status PKM Satelit menjadi PPM;
- w. peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam uji mutu eksternal; dan
- x. peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam PPI *TBC*.

Strategi RAD dijabarkan dalam matrik sebagai berikut:

STRATEGI 1
Penguatan Kepemimpinan Program *TBC* di Kabupaten/Kota

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan	
					Utama	Pendukung		
Program Penanggung-langan <i>TBC</i> belum dilaksanakan secara menyeluruh lintas program dan lintas sektor	Alokasi anggaran program <i>TBC</i> masih minim dan bersifat parsial/ Sektoral	Penguatan Kepemimpin-an Program <i>TB</i> di Kabupaten/ Kota	Penguatan program penanggulangan <i>TBC</i>	1. Lokakarya penyusunan rencana kerja dan anggaran kerja tahunan (RAD <i>TBC</i>);	Tim Percepatan eliminasi <i>TBC</i>	Dinkes	Donor/APBD	
				2. pertemuan penguatan organisasi profesi dan organisasi kemasyarakatan; dan	Dinkes	KOPI TB, CSO	Donor/APBD	
				3. Pertemuan linta sektor untuk penyusunan Rancangan Program Kerja Tahunan (Renja dan RKA).	Bappeda	Tim Percepata n	APBD	
	Belum ada Komisi atau Tim penanggulangan <i>TBC</i> yang terpadu		Penyusunan Kebijakan Pemerintah Daerah untuk penanggulangan <i>TB</i>	1. Penyusunan SK Bupati tentang RAD <i>TBC</i> Tahun 2022-2028;	Bag Hukum	Dinkes	APBD	
				2. lokakarya peran <i>csr</i> dalam penanggulangan <i>tbc</i> di daerah; dan	Bappeda	Dinkes	APBD, Donor	
				3. Pengesahan <i>MoU CSR</i> antara pemerintah dan perusahaan.	Bappeda	Dinkes	APBD, Donor	
			Kinerja perencanaan program kesehatan belum terukur	Monitoring dan evaluasi perencanaan program <i>TBC</i>	Pertemuan tahunan evaluasi pelaksanaan RAD <i>TBC</i> .	Tim Percepatan	Dinkes	Donor/APBD
					Pertemuan rutin untuk monitoring capaian program, evaluasi kegiatan dan perumusan tantangan RAD <i>TBC</i> (diseminasi informasi).	Dinkes	KOPI TB	APBD

STRATEGI 2

Peningkatan Akses Layanan *TBC* yang Bermutu dan berpihak pada pasien

2.1 PENEMUAN KASUS

2.1.1 Penemuan kasus di PUSKESMAS dan jejaringnya

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus <i>TBC</i> masih rendah	Pelaksanaan tata kelola penemuan kasus <i>TBC</i> di Puskesmas masih belum efektif	Peningkatan Akses Layanan <i>TBC</i> yang Bermutu dengan “TOSS-TB”	Intensifikasi penemuan kasus di Puskesmas	1. Bimbingan Teknis penemuan <i>TBC</i> dan Investigasi kontak bagi petugas kesehatan dan kader di masing masing puskesmas (minilokakarya memasukkan <i>TBC</i> sebagai materi evaluasi).	Puskesmas	Dinkes	BOK
	Implementasi SOP penemuan kasus belum disertai dgn supervisi dan manajemen pelaksanaan yang baik			2. Supervisi <i>TBC</i> ke Puskesmas dan jejaring (Klinik, DPM)	Dinkes/ Puskesmas	PPM	APBD, Donor
	Komitmen lintas sektor di tingkat desa masih rendah			Pencanangan desa siaga TB	KOPI TB	Dinkes	APBD, Donor
	Penemuan Kasus masih fokus pada <i>TBC</i> paru dewasa, <i>TBC</i>			1. Sosialisasi screening <i>TBC</i> -DM, <i>TBC</i> Anak, <i>TBC</i> pada ibu hamil dan <i>TBC-HIV</i> pada petugas di Fasyankes;	Dinkes_P2	KOPI TB	APBD, Donor

	anak masih rendah, kolaborasi <i>TBC-HIV</i> dan Integrasi <i>TBC - DM</i> belum optimal			2. Sosialisasi Skrining <i>TBC</i> pada anak stunting untuk petugas di fasyankes (bidan/poli anak);	Dinkes-Kesmas	Puskesmas	APBD, BOK
				3. Skrining <i>TB</i> pada calon pengantin yang memiliki resiko KEK, anemia, IMT rendah; dan	IBI	Puskesmas	Tanpa Biaya
				4. Skrining <i>TBC</i> pada perusahaan.	Puskesmas	Klinik perusahaan	BOK
	Jejaring PPM di FKTP Swasta belum optimal			Assesment dan MoU PPM <i>TBC</i> dengan Klinik atau DPM	Puskesmas	KOPI TB Dinkes	BOK

2.1.2 Penemuan kasus di Rumah Sakit Pemerintah

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus <i>TBC</i> masih rendah	Tim <i>TBC</i> RS belum melakukan monitoring rutin termasuk untuk pencatatan dan pelaporan <i>TBC</i>	Peningkatan Akses Layanan <i>TBC</i> yang Bermutu dengan “TOSS-TB”	Intensifikasi penemuan kasus di RS Pemerintah	1. Penguatan jejaring internal <i>TBC</i> di RS;	RSUD	Dinkes, PPM	APBD RS, Donor
				2. Bimbingan Teknis bagi Tim TB RS;	RSUD	KOPI TB	APBD RS, Donor
	Belum optimalnya jejaring internal dan eksternal rumah sakit			3. Supervisi <i>TBC</i> ke RSUD; dan	Dinkes_P2	KOPI TB	APBD
				4. Monev internal <i>TBC</i> di RS setiap 3 (tiga) bulan.	Tim Mutu RSUD	Dinkes	APBD RS

2.1.3 Penemuan kasus di Rumah Sakit Swasta

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus TB masih rendah	Keterlibatan RS Swasta dalam program TB belum optimal	Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan “TOSS-TB”	Extensifikasi penemuan kasus di RS swasta	1. Penguatan jejaring internal TBC di RS Swasta;	RS Swasta	Dinkes, KOPI TB	RS Swasta
	2. Pembentukan Tim TBC di RS Swasta;			RS Swasta	Dinkes, KOPI TB	RS Swasta	
	3. Bimbingan teknis bagi Tim TBC RS swasta; dan			RS Swasta	Dinkes, KOPI TB	RS Swasta	
	4. Supervisi TBC ke rumah sakit swasta.			PPM	Dinkes	APBD, Donor	
	Jejaring internal dan eksternal di RS swasta belum optimal						

2.1.4 Pelibatan DPM

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus TBC masih rendah	Laporan kasus TBC dari DPM masih rendah	Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan “TOSS-TBC”	Penguatan DPM dalam penanggulangan TB	1. Workshop TBC bagi DPM;	IDI	Dinkes	OP, Donor
	2. Bimtek/Supervisi pada DPM;			KOPI TBC	Dinkes/ Puskesmas	APBD, Donor	
	Belum adanya pemetaan lokasi dan estimasi beban kasus TB di DPM		Pemetaan DPM potensial untuk penanggulangan TBC	Pembuatan data base DPM potensial (mapping)/tahun.	Puskesmas	Dinkes	Tanpa biaya
	Belum berjalannya program sertifikasi TBC bagi DPM		Program Sertifikasi TBC bagi DPM	1. Sosialisasi program sertifikasi TB bagi DPM; dan	IDI	Dinkes	OP, Donor
				2. Verifikasi dan pemberian SKP bagi DPM yang melaporkan dan menangani kasus TB.	IDI	Dinkes	Tanpa biaya

2.1.5 Penemuan kasus di klinik swasta

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus <i>TBC</i> masih rendah	Klinik swasta belum terlibat atau belum optimal dalam Penemuan dan pengobatan <i>TBC</i>	Peningkatan Akses Layanan <i>TB</i> yg bermutu dengan “TOSS- <i>TBC</i> ”	Peningkatan peran serta klinik swasta dalam program <i>TBC</i>	1. Penguatan kapasitas klinik swasta dalam jejaring PPM <i>TBC</i> (dokter dan nakes lainnya);	Dinkes-Yankes&P2	Puskesmas	Donor
				2. Bimtek/Supervisi pada Klinik;	KOPI TB	Dinkes/PKM	APBD/Donor
				3. Sosialisasi program sertifikasi <i>TB</i> bagi Dokter di Klinik; dan	IDI	Dinkes	OP, Donor
				4. Verifikasi dan pemberian SKP bagi Dokter yang melaporkan dan menangani kasus <i>TB</i> .	IDI	Dinkes	Tanpa biaya

2.1.6 Penemuan kasus di Lapas

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus <i>TBC</i> masih rendah	Belum optimalnya program <i>TBC</i> di Lapas	Peningkatan akses Layanan <i>TB</i> yg bermutu dengan “TOSS- <i>TBC</i> ”	Intensifikasi penemuan kasus <i>TBC</i> di Lapas	1. layanan poliklinik untuk pemeriksaan <i>tbc</i> dan <i>hiv</i> di lapas; dan	Lapas	Puskesmas	Tanpa Biaya
				2. <i>Screening</i> massal <i>TB-HIV</i> setiap 1 tahun sekali (<i>screening</i> gejala)	Lapas	Dinkes/RSUD, Puskesmas	Tanpa Biaya

2.1.7 Penemuan kasus secara aktif dan di kelompok rentan/ko-morbiditas

2.1.7a Peran Masyarakat/CSO

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan	Penemuan kasus secara aktif	Peningkatan akses Layanan	Peningkatan Kapasitas CSO terkait <i>TB</i>	1. <i>Workshop</i> Investigasi Kontak bagi kader di Tingkat Kabupaten;	Yabhysa Fatayat Aisyiyah	Dinkes,	OSM, Donor

kasus TBC masih rendah	melalui peran masyarakat/CSO	TBC yang Bermutu dengan “TOSS-TB”		2. Sosialisasi TBC kepada Kader Desa;	Puskesmas Yabhysa Fatayat	Puskesmas	BOK, Dana Desa CSR
				3. Pelatihan kader TB desa;	Puskesmas	CSO,	Dana Desa dan BOK
				4. Sosialisasi TBC kepada guru TK; dan	Aisyiyah Fatayat	Puskesmas	Dana Desa CSR
				5. Sosialisasi TBC kepada masyarakat oleh mahasiwa.	Universitas Akademi	Puskesmas	Perguruan Tinggi

2.1.7b TBC di Pondok Pesantren

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus TBC masih rendah	Belum optimalnya peran Poskestren dalam penemuan kasus TBC dan tidak semua pondok pesantren me-miliki Poskestren	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan “TOSS-TB”	Peningkatan Peran Pondok Pesantren dalam Penemuan Kasus TBC	1. Sosialisasi TBC pada pertemuan internal Kemenag: Pokja Pesantren, Pokja Madrasah (KKM), Majelis Taklim dan poskestren;	Kemenag	Dinkes, PKM	APBD
				2. Sosialisasi TBC bagi warga pesantren; dan	Puskesmas	Kemenag LazisNU	LazisNU
				3. Screening TBC di Pesantren dengan TCM.	Puskesmas	Kemenag	BOK

2.1.7c TBC – DM

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan	Ada kendala di alur skrining	Peningkatan akses		1. Sosialisasi/refreshing TB - DM bagi petugas fasyankes;	Dinkes_PTM	RS, PKM	Donor

kasus <i>TBC</i> masih rendah	dengan rontgen, terkait dengan pembiayaan BPJS	Layanan <i>TBC</i> yang Bermutu dengan “TOSS-TB”	Kerjasama pembiayaan TB oleh BPJS	2. Evaluasi skrining TB DM di 3 (tiga) RS; dan	Dinkes_P2	RS	Donor
				3. Skrining <i>TBC</i> pada kegiatan prolanis.	FKTP	Dinkes_PTM&P2	Tanpa biaya

2.1.7d Kontak serumah dan kontak erat

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan	
					Utama	Pendukung		
Angka penemuan kasus <i>TBC</i> masih rendah	Investigasi kontak belum dilakukan optimal di puskesmas	Peningkatan akses Layanan <i>TBC</i> yang Bermutu dengan “TOSS-TB”	Peningkatan Investigasi Kontak dan pemberian TPT	1. Sosialisasi IK pada petugas kesehatan di tingkat desa (ponkesdes);	Puskesmas	OSM	BOK	
				2. Pelaksanaan IK oleh kader puskesmas/petugas kesehatan; dan	Puskesmas	OSM	Dana Desa, Donor, BOK	
				3. Optimalisasi pemberian TPT.	Puskesmas	OSM	Tanpa Biaya	
	Kontak erat untuk pasien TBC di Fasyankes swasta belum dilakukan Investigasi kontak			1. penyuluhan tbc pada kontak erat dan kontak serumah; dan	OSM/CSR	Puskesmas	Donor, CSR	
				2. Skrining aktif TBC pada kontak erat dengan TCM.	FKTP	OSM/CSR	Donor,CSR	

2.1.7e Ibu Hamil

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus <i>TBC</i> masih rendah	Skrining <i>TBC</i> pada bumil yang dilakukan bidan desa belum optimal	Peningkatan akses Layanan <i>TBC</i> yang Bermutu dengan “TOSS-TB”	Pelaksanaan <i>Screening TBC</i> pada Ibu Hamil.	1. refreshing <i>tbc</i> pada bidan secara rutin, pemberian target skrining <i>tbc</i> pada bumil dan posyandu; dan	IBI	Dinkes, PPM	Tanpa biaya
				2. Pertemuan penguatan jejaring <i>TBC</i> antara bidan/petugas ponkesdes dan petugas <i>TBC</i> setiap 3 (tiga) bulan sekali.	Puskesmas	Dinkes-Kesmas&P2	BOK

2.1.7f Usia Lanjut

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus <i>TBC</i> masih rendah	Screening <i>TBC</i> di Posyandu Lansia masih belum dilakukan	Peningkatan akses Layanan TB yang Bermutu dengan “TOSS-TB”	Pelaksanaan Screening <i>TBC</i> Usila.	1. Sosialisasi <i>TBC</i> pada kader posyandu Lansia; dan	Puskesmas	Dinkes	BOK
				2. Skrining <i>TBC</i> pada posyandu Lansia.	Puskesmas	Dinkes	Tanpa biaya

2.1.7g *TBC* – Anak

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan	Penemuan <i>TBC</i> anak di PKM dan	Peningkatan akses Layanan	Pelaksanaan Screening TB	1. Refreshing <i>TBC</i> anak dan ILTB pada petugas <i>TBC</i> dan KIA di Puskesmas;	Puskesmas IBI	Dinkes	BOK

kasus <i>TBC</i> masih rendah	FKTP swasta masih rendah	TBC yang Bermutu dengan “TOSS-TB”	Anak melalui MTBS.	2. skrining <i>TBC</i> pada anak dengan gizi kurang atau buruk; dan	fasyankes	Puskesmas	Tanpa biaya
			3. Skrining <i>TBC</i> pada kegiatan Posyandu.	Puskesmas IBI	Dinkes,	Tanpa biaya	
	Penemuan TB anak di RS dan fasyankes swasta belum sesuai standar. Kasus TB Anak di RS dan fasyankes swasta belum dilakukan investigasi kontak.		Pelaksanaan jejaring internal dan eksternal di RS dan fasyankes swasta	1. Refreshing <i>TBC</i> anak dan ILTB bagi petugas RS; dan	Dinkes-P2	Rumah Sakit	Donor
				2. Skrining TB pada anak stunting di RS (penyediaan tuberkulin tes di RS)	RS	Dinkes	APBD

2.2 KEBERHASILAN PENGOBATAN

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka keberhasilan pengobatan <i>TBC</i> masih rendah	Pasien <i>TBC</i> putus berobat di RS masih tinggi	Peningkatan akses Layanan <i>TBC</i> yang Bermutu dengan “TOSS-TB”	Penguatan koordinasi dan monitoring	1. Koordinasi dan komunikasi rujukan pengobatan pasien dari RS ke PKM terdekat;	RS	Puskesmas	Tanpa Biaya
				2. tinjau tb rs setiap 1 (satu) bulan sekali; dan	Dinkes	RS, PKM, KOPI TB	APBD, Donor
			Dukungan pendampingan pengobatan	3. Apoteker tanggap TB (penemuan, pendampingan pengobatan dan telefarmasi)	IAI		Tanpa biaya
	Penyakit komorbid yang tidak		Peningkatan kapasitas SDM	1. <i>workshop</i> meso bagi petugas tbc; dan	Dinkes	Dinkes, RS, PKM	APBD, Donor

	tertangani memperberat kondisi pasien TBC sehingga menyebabkan keberha-silan pengobatan rendah		dalam Penatalaksanaan Penyakit komorbid pada Pasien <i>TBC</i>	2. <i>Monev TB-DM dan TB-HIV.</i>	Dinkes	Fasyankes	APBD, Donor
	Dukungan Psikososial pasien <i>TBC RO</i>		Pendampingan pasien <i>TBC RO</i>	1. pemberian pmt bagi pasien <i>TBC</i> yang tidak mampu dan bantuan sosial lain; dan	Baznas CSR	Puskesmas	Baznas, CSR
				2. Pemberdayaan pasien <i>TBC RO</i> /Penyintas.	CSO/Petir	Diskoperindag LazisMU, LazisNU	CSR
	Monitoring terhadap "pasien mangkir" dan "pasien pindah" belum optimal		Monitoring pasien mangkir dan pasien pindah	Pelacakan pasien mangkir dan pasien pindah	Puskesmas	CSO	BOK
				Insentif bagi kader kesehatan di desa	Kader	puskesmas	Dana desa, Donor

2.3 TB – RESISTAN OBAT

2.3.1 Penemuan kasus TB Resistan Obat

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus TBC-RO rendah	Kapasitas Petugas untuk Diagnosis TBC-RO belum optimal terutama di fasyakes swasta	Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu	Peningkatan kapasitas petugas pengelola TBC-RO	1. Sosialisasi alur penegakan diagnosis dan pengobatan TBC RO pada petugas di RS rujukan dan Fasyankes satelit.	RSUD	Dinkes	APBD, Donor

	Utilisasi TCM masih < 80%	dengan "TOSS-TB"	Peningkatan kapasitas penggunaan TCM	1. Sosialisasi Diagnosis <i>TBC</i> dengan TCM bagi semua fasyankes	Dinkes PATELKI	Lab TCM	APBD, Donor
				2. Pengiriman contoh uji dari faskes ke lab TCM	Fasyankes	Lab TCM	BOK, Donor

2.3.2 Pengobatan TB Resistan Obat

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka pengobatan <i>TBC-RO</i> rendah	Pasien <i>TBC-RO</i> menolak atau putus pengobatan	Peningkatan Akses Layanan <i>TBC</i> yang Bermutu dengan “TOSS-TB”	Peningkatan kepatuhan pengobatan <i>TBC-RO</i>	1. Penguatan/Bimtek tatalaksana ESO obat di Puskesmas satelit <i>TBC RO</i>	RSUD	Dinkes	APBD
				2. Pemberian PMT bagi pasien <i>TBC</i> dan <i>TBC RO</i> yang tidak mampu	Dinsos Baznas	CSR	Dinsos,Baznas, CSR
				3. Dukungan biaya transportasi atau bedah rumah pasien <i>TBC RO</i> yang tidak mampu	Dinsos, Dinas perumahan dan permukiman	CSR	APBD, Dinsos, CSR
				4. Pendampingan pasien <i>TB RO</i> selama pengobatan	Petir Yabhysa IAI	Aisyiyah	LazisNU, Lazismu, Donor
	Pengobatan pasien <i>TBC-RO</i> belum dimonitor dengan baik		<i>Monev TBC-RO</i>	1. <i>Kohort</i> review <i>TBC-RO</i> di fasyankes rujukan <i>TBC-RO</i> setiap 6 bulan sekali	Dinkes	RSUD	Donor
				2. MICA setiap 1 bulan sekali	RSUD	Dinkes	APBD,Donor
				3. Bimtek <i>TBC RO</i> ke RS	Dinkes	Dinkes Prov Jatim	Donor

2.4 TB – HIV

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Akses layanan Tes <i>HIV</i> di fasyankes swasta belum optimal	Skrining <i>HIV</i> pada pasien TB di fasyankes swasta belum optimal	Peningkatan akses Layanan <i>TB</i> yang Bermutu dengan “TOSS-TB”	1. Perluasan dan Penambahan Fasilitas Layanan Tes <i>HIV</i> di fasyankes swasta	Assesment layanan Test <i>HIV</i> di fasyankes swasta atau membuat jejaring <i>TB HIV</i> fasyankes swasta ke puskesmas terdekat	Dinkes	Puskesmas,	APBD,Donor
			2. Peningkatan kapasitas Dokter dan Petugas Lab.	1. Update tata laksana manajemen <i>TB-HIV</i> dan mekanisme sistem rujukan tes HIV ke fasyankes <i>TB-HIV</i>	Dinkes	Puskesmas, RS	APBD
				2. Bimtek tentang KTIP dan penguatan kolaborasi <i>TB-HIV</i> pada petugas <i>TB</i> dan petugas lab	Dinkes	Puskesmas, RS, KPA	Donor (GF)
Akses Pengobatan dan Perawatan <i>HIV</i> belum optimal	Terbatasnya dukungan psikososial bagi pasien <i>TB-HIV</i> , karena dukungan CSO/LSM belum optimal	Peningkatan akses Layanan <i>TB</i> yang Bermutu dengan “TOSS-TB”	Pemberian dukungan Psikologis bagi pasien <i>TB-HIV</i> .	1. Workshop peningkatan kapasitas CSO	Dinkes	CSO	Donor
	2. <i>Workshop</i> KIE pada petugas <i>TBC</i> di fasyankes swasta agar mampu melakukan KTIP pada pasien <i>TB</i> dan melakukan rujukan PDP			Dinkes	CSO	Donor	
	Belum optimalnya kolaborasi program dan monev mengenai <i>TB-HIV</i> di tingkat fasyankes dan Dinkes		Peningkatan Kolaborasi Program dan <i>Monev TB-HIV</i>	1. Pertemuan koordinasi kolaborasi <i>TB-HIV</i> kabupaten	Dinkes	Fasyankes,	APBD
		2. Monev kolaborasi <i>TB-HIV</i> dan validasi data		Dinkes	Fasyankes, KPA, CSO	APBD	
		3. Bimtek <i>TB-HIV</i> ke fasyankes		Dinkes	Fasyankes, KPA, CSO, Pokja TB-HIV	APBD	

2e LABORATORIUM

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Utilisasi TCM masih rendahn dan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) <i>Mikroskopis</i> / Uji Silang yang belum optimal	Belum semua fasyankes mengikuti PME TBC	Peningkatan akses Layanan <i>TBC</i> yang Bermutu dengan “TOSS-TB”	Pembinaan Rujukan Uji Silang Lab Mikroskopis	1. Supervisi dan bimbingan teknis ke Lab mikroskopis dengan performa rendah;	Dinkes	RUS 1	APBD
				2. Pengiriman uji silang dari Dinkes ke RUS 1;	Dinkes	RSU 1	Donor (GF)
				3. Pengiriman discordance dari Dinkes ke RUS 2; dan	Dinkes	RUS 1	Donor (GF)
				4. Penyampaian umpan balik LQAS ke Pimpinan Fasyankes dilakukan rutin.	Dinkes	RUS-1	Tanpa Biaya
	Utilisasi TCM masih belum optimal karena pemeriksaan rendah	Peningkatan akses Layanan <i>TB</i> yang Bermutu dengan “TOSS-TB”	Penguatan jejaring TCM ke semua fasyankes	1. Bimtek transportasi contoh uji bagi petugas fasyankes baru;	Dinkes	Mitra	Donor
				2. Bimtek bagi Lab TCM yang pemakaiannya belum optimal; dan	Dinkes	Mitra	APBD, Donor
				3. Monev lab <i>TBC</i> secara rutin.	Dinkes	Mitra	APBD, Donor
	Rujukan contoh uji untuk pemeriksaan TCM dari fasyankes swasta/FKTP masih rendah		Peningkatan kapasitas petugas di fasyankes swasta dalam diagnosis dengan TCM	1. Sosialisasi alur diagnosis dan pengobatan, pengemasan dan sistem transportasi contoh uji <i>TBC</i> bagi fasyankes baru;	Dinkes	Mitra	Donor
				2. Pemutakhiran Daftar Jejaring TCM Bagi Semua Fasyakes Di Daerah.	Dinkes		Tanpa biaya
				3. Sosialisasi diagnosis <i>TBC</i> dengan TCM bagi anggota Patelki	Patelki	Dinkes	OP

STRATEGI 3

Peningkatan Upaya Promosi dan Pencegahan, Pemberian pengobatan pencegahan dan Pengendalian Infeksi *TBC*

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Resiko penularan <i>TBC</i> yang masih tinggi	Promosi kesehatan lingkungan dan PHBS terkait <i>TBC</i> belum banyak dilakukan.	Pengendalian Faktor Resiko	Promosi PHBS dan <i>TBC</i>	1. publikasi media KIE <i>TBC</i> di fasyankes dan media sosial Dinas kesehatan;	Dinkes (Promkes)	OSM, Dinas lain terkait	APBD
				2. sosialisasi <i>TB</i> melalui media massa (leaflet, banner, lembar balik, baliho, radio, tv);	Dinkes (Promkes)	PPM	CSR
				3. perayaan hari <i>TBC</i> sedunia; dan	Bappeda	Dinkes	APBD, CSR
				4. pemberian bantuan sarana rumah sehat kepada pasien <i>TBC</i> yang miskin.	Dinas permukiman dan perumahan	Dinkes, HAKLI	Dinas permukiman dan perumahan
Pengobatan pencegahan <i>TBC</i> pada <i>ODHIV</i> dan Anak dengan INH belum berjalan optimal	Belum tersosialisasikannya pencegahan dan pengobatan <i>TB</i> pada <i>ODHIV</i> dan Anak pada pasien, keluarga dan petugas kesehatan	Pengendalian Faktor Resiko	Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dan pasien atau keluarga dalam pemberian PPINH	1. Refreshing ILTB dan PPINH pada petugas kesehatan dilayanan PDP dan Poli <i>TBC</i>	Dinkes-P2	fasyankes	APBD, Donor
				2. KIE pengobatan pencegahan pada kontak serumah dan <i>ODHIV</i>	Fasyankes	Dinkes	Tanpa biaya

STRATEGI 4

Pemanfaatan hasil riset dan teknologi skrining, diagnosis dan tatalaksana *Tuberkulosis*

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Pemahaman masyarakat di lingkungan sekolah, pesantren dan perguruan tinggi masih rendah	Sosialisasi dan Promosi kesehatan dan PHBS terkait <i>TBC</i> belum banyak dilakukan di lingkungan sekolah dan perguruan tinggi.	Pengendalian Faktor Resiko	Promosi PHBS dan <i>TBC</i>	1. Sosialisasi <i>TBC</i> di lingkungan sekolah, pesantren dan perguruan tinggi;	Diknas, Kemenag, PT	Puskesmas	Tanpa Biaya
				2. Skrining <i>TBC</i> di lingkungan sekolah, pesantren dan perguruan tinggi secara berkala (UKS);	Dinkes/PKM	Diknas, Kemenag, PT	APBD, Donor, Tanpa Biaya
				3. Publikasi dalam bentuk lomba KIE <i>TBC</i> di lingkungan sekolah, pesantren dan perguruan tinggi;	Diknas, Kemenag, PT	PPM	Tanpa Biaya
				4. Sosialisasi <i>TBC</i> bagi tenaga pendidik di lingkungan sekolah, pesantren dan perguruan tinggi;	Dinkes/PKM	Diknas, Kemenag, PT	Diknas, PT
				5. bakti sosial di masyarakat untuk penyuluhan <i>TBC</i> di wilayah dengan beban <i>TBC</i> tinggi (kkn/pkl); dan	PT	Puskesmas	PT

				6. Karya Ilmiah atau penelitian remaja, mahasiswa dan dosen dengan tema <i>Tuberkulosis</i> ; dan	PT	Dinkes	Diknas, PT
				7. Program desa binaan <i>TBC</i> .	UMG	Dinkes	PT
Belum semua pasien <i>TBC</i> terdiagnosis menjalani pengobatan	Hasil pemeriksaan TCM atau mikroskopis BTA positif belum semua kembali ke Poli untuk pengobatan	Monitoring pasien Positif di Laboratorium <i>TB</i> Fasyankes	Peningkatan kapasitas petugas ATLM dalam penegakan diagnosis dengan TCM dan penguatan koordinasi antara petugas ATLM dan Petugas <i>TBC</i> di fasyankes	1. Refreshing alur diagnosis <i>TBC</i> , pemeriksaan bakteriologis <i>TBC</i> dan pengemasan contoh uji bagi petugas ATLM	PATELKI	Dinkes	OP, Donor
				2. Pemberian reward bagi petugas ATLM yang berperan aktif dalam skrining <i>TBC</i> dan memastikan pasien <i>TBC</i> berobat di fasyankes	PATELKI		Tanpa biaya

STRATEGI 5

Peningkatan Peran serta komunitas, mitra dan multisektor lainnya dalam eliminasi *TBC*

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber
					Utama	Pendukung	Pendanaan
Jejaring pelayanan <i>TBC</i> belum berfungsi dengan baik	Belum terbentuk Tim PPM di Daerah	Peningkatan Kemitraan <i>TBC</i> melalui Forum Koordinasi TB	Pembentukan dan Peningkatan Kapasitas Tim PPM.	1. Pembentukan Tim PPM Kabupaten;	Dinkes	KOPI TB	APBD
				2. monev tim ppm setiap 6 (enam) bulan; dan	PPM	Dinkes	APBD
				3. Supervisi Tim PPM ke fasyankes.	PPM	Dinkes	APBD, Donor
	Dukungan organisasi profesi dalam sosialisasi <i>TBC</i> bagi anggotanya belum maksimal		Peningkatan kapasitas anggota organisasi profesi dalam P2 <i>TB</i>	Seminar <i>TBC</i> bagi anggota organisasi profesi.	KOPI <i>TBC</i>	Dinkes, PPM	OP, Donor
	Keterlibatan pemerintah di tingkat kecamatan/desa dalam penanggulangan <i>TBC</i>	Peningkatan Kemitraan <i>TBC</i> melalui Forum Koordinasi <i>TB</i> di tk kecamatan	Penggunaan dana desa untuk penanggulangan <i>TBC</i>	1. Mengusulkan dana desa untuk kegiatan <i>TBC</i> di musrenbangdes;	puskesmas	PMD	Tanpa Biaya
				2. Pembentukan dan pelatihan kader <i>TB</i> di tingkat desa;	Puskesmas	pemdes	Dana Desa
				3. Pemberian insentif bagi kader kesehatan <i>TBC</i> di desa;	Pemdes	Puskesmas	Dana Desa
				4. Sosialisasi <i>TBC</i> pada kader masyarakat dan tokoh keagamaan (Fatayat, Aisyiyah, PKK); dan	OSM	Dinkes, Puskesmas	OSM, APBD

				5. Pasien <i>TBC</i> tidak mampu mendapatkan Kartu Gresik Sehat atau rekomendasi Bansos.	Dinsos	Puskesmas, RS	Tanpa Biaya
	Monitoring terhadap "pasien DO" dan "pasien pindah" belum optimal	Peningkatan Kemitraan <i>TBC</i> melalui Forum Koordinasi <i>TBC</i>	Monitoring "pasien DO" dan "pasien pindah"	Pelacakan pasien mangkir dan investigasi kontak oleh kader	Puskesmas	OSM	Dana Desa, BOK Donor

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Peran Pendidik Sebaya dalam program penanggulangan <i>TB</i> masih rendah	CSO dan organisasi masyarakat masih bergerak segmented, belum ada kolaborasi dan koordinasi spesifik untuk <i>TB</i>	Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Pengendalian <i>TB</i>	Meningkatkan Kualitas Kesehatan dan Ekonomi Pasien <i>TBC</i>	1. Pemberian makanan tambahan dan vitamin guna menunjang perbaikan kesehatan Pasien <i>TBC</i> ;	PPM	OSM	Donor/CSR
				2. Pelatihan dan pemberdayaan ekonomi Pasien <i>TBC</i> ;	PPM	OSM	Donor/CSR
			Advokasi dan penguatan kapasitas perusahaan yang memberikan dana CSR untuk program <i>TBC</i>	3. Dukungan material dan perbaikan sanitasi hunian yang lebih layak pada pasien <i>TBC</i> ; dan	Bappeda	Dinkes, PPM, OSM	APBD n
				4. Pelatihan/peningkatan kapasitas SDM untuk pemanfaatan dana CSR untuk <i>TBC</i> .	Bappeda	Dinkes, PPM, OSM	CSR

	Belum optimalnya dukungan psikososial bagi pasien <i>TBC</i> terutama <i>TBC RO</i>		Membentuk wadah dukungan sebaya dan memastikan dukungan pendanaan untuk organisasi pasien	1. Penguatan kapasitas pendidik sebaya;	RSUD	Dinkes, OSM	APBD, BAZNAS
				2. Gathering pasien <i>TBC RO</i> ; dan	RSUD	Dinkes, OSM	Baznas, CSR
				3. Home Visit ke pasien <i>TB RO</i> oleh kader atau organisasi pasien	CSO,	OSM, Fasyankes	Dana Desa, Baznas

STRATEGI 6

Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan

6.1 PENGUATAN SISTEM KESEHATAN

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Sistem surveilans <i>TBC</i> di Kabupaten masih belum optimal	Belum semua petugas fasyankes menguasai penggunaan SITB/ <i>Wifi TB</i>	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Penguatan surveilans <i>TB</i> di fasyankes melalui SITB/ <i>Wifi TB</i>	1. Pelatihan SITB bagi petugas baru di Fasyankes;	Dinkes-SDK	Dinkes	Donor
				2. <i>On Job Training Wifi TBC</i> bagi petugas di Klinik/DPM;	Dinkes-P2	Puskesmas	Donor
	Belum semua data <i>TBC</i> di fasyankes masuk dalam SITB			3. Validasi data <i>TB</i> setiap 3 (tiga) bulan;	Dinkes_P2	Fasyankes	APBD, Donor
				4. analisa data dan umpan balik <i>TB</i> ke fasyankes;	Dinkes_P2	Fasyankes	Tanpa biaya
				5. Penyisiran kasus <i>TBC</i> di RS;	Dinkes-P2	RS	Donor
	Evaluasi <i>TBC</i> belum dilakukan rutin		Evaluasi capaian program <i>TBC</i>	6. <i>monev tbc</i> setiap 6 (enam) bulan; dan	Dinkes_P2	Fasyankes	APBD
	Kapasitas SDM di fasyankes belum optimal		Peningkatan kapasitas SDM	7. <i>Supervisi</i> ke Fasyankes.	Dinkes-P2	Puskesmas	APBD,Donor

6.2 PENGADAAN DAN DISTRIBUSI LOGISTIK TB

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus TB masih rendah	Pengetahuan masyarakat terkait TBC masih rendah	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Intensifikasi penemuan kasus di Puskesmas	Pengadaan <i>Leaflet</i> , Buku Saku TB dan media promosi melalui TV, Radio, Baliho, Koran, dll	Dinkes (Promkes)	CSO	APBD, CSR
	Diagnosis TB anak masih rendah			Pengadaan tuberkulin di Puskesmas dan RS	Dinkes	Puskesmas	APBD
	Sistem pencatatan dan pelaporan TB di PKM belum berjalan dengan optimal.			Penyiapan sarana pencatatan dan pelaporan (laptop) di Puskesmas	Puskesmas	Dinkes	JKN, APBD
				Pengadaan Formulir TBC dan Media KIE TB untuk semua fasyankes	Dinkes_P2		APBD
Angka keberhasilan pengobatan TB masih rendah	Penyakit komorbid yang tidak tertangani memperberat kondisi pasien TB sehingga menyebabkan keberha-silan pengobatan rendah		Peningkatan Penatalaksanaan Penyakit komorbid pada Pasien TB	Pengadaan tes gula darah gratis untuk pasien TB di puskesmas dan obat untuk komorbid TB	Dinkes	Puskesmas	APBD

Belum semua fasyankes memiliki akses untuk mendapatkan OAT dan non OAT	Belum semua fasyankes memiliki akses untuk mendapatkan OAT dan non OAT		Penguatan jejaring PPM TBC	1. Validasi logistik TB di tingkat Kabupaten; dan	Dinkes	IFK	Tanpa biaya
				2. Monev logistik TB setiap 3 (tiga) bulan.	Dinkes	IFK	APBD
	Waktu ED yang pendek		Distribusi Logistik TB.	Penyediaan dana transportasi pengiriman logistik TBC dari IFK ke fasyankes.	Dinkes	IFK	APBD
Akses layanan Tes HIV di fasyankes belum optimal	Belum semua fasyankes dapat melakukan tes HIV		Peningkatan kapasitas Fasyankes dan Laboratorium	Pengadaan sarana dan prasarana yang lengkap dan standart di semua layanan Konseling dan Tes HIV (KTIP) di semua fasyankes.	Dinkes	Puskesmas	APBD

6.3 PENINGKATAN KAPASITAS SDM

6.3.1 Penemuan Kasus

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Kapasitas SDM untuk penemuan kasus TB belum standart	Penjaringan terduga TB di puskesmas masih terlalu ketat	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Intensifikasi penemuan kasus di Puskesmas	Pelatihan <i>TBC</i> bagi Petugas baru di Puskesmas.	BKD/Dinkes-SDK	Dinkes	APBD
	Keterlibatan RS Swasta dalam program TB rendah karena belum berjejaring dengan Dinas Kesehatan		Extensifikasi penemuan kasus di RS swasta	Pelatihan SDM di RS swasta dalam penanggulangan TB dan PPM	RS swasta	Dinkes	Donor

	Belum berjalannya program sertifikasi TB bagi DPS		Program Sertifikasi TB bagi DPM	Pelatihan TB bagi DPM (LJJ/ OJT) dan pemberian reward non <i>monetary</i> .	OP/IDI	KOPI TB	OP, Donor,
			Program Sertifikasi TB bagi Perawat	sosialisasi TBC dan IK bagi perawat dan pemberian reward non <i>monetary</i>	OP/PPNI	KOPI TB	OP, Donor,
			Program Sertifikasi TB bagi apoteker	sosialisasi TBC dan pendampingan menelan obat bagi apoteker serta pemberian reward non <i>monetary</i> .	OP/IAI	KOPI TB	OP, Donor,
	Klinik swasta belum terlibat dalam Penemuan dan pengobatan TB		Peningkatan peran serta klinik swasta dalam program TB	Pelatihan TB bagi petugas klinik (dokter, petugas TB, petugas Laborat).	KOPI TB	Dinkes, IDI, IAI, Patelki	Donor, CSR
	Penemuan kasus secara aktif melalui peran masyarakat/CSO		Peningkatan Kapasitas CSO terkait TB	1. Pelatihan TB bagi pendamping pengobatan pasien; dan	OSM	Dinkes, CSR	Donor, CSR
				2. Pelatihan investigasi kontak dan komunikasi motivasi bagi anggota "PETIR"	RSUD Ibnu Sina	Dinkes, Yabhisa	Donor, CSR
	Banyak kader yang akhirnya berhenti (kurang komitmen) melakukan penemuan kasus		Peningkatan Peran Kader dalam Penemuan Kasus TB	Pembentukan dan pelatihan kader di Puskesmas dan kader masyarakat lainnya (termasuk PKK) untuk penemuan TB secara aktif di masyarakat.	Puskesmas	TP-PKK, Aisyiyah, fatayat	CSR, Dana Desa

6.3.2 TBC-RO

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus <i>TB-RO</i> dan pengobatan <i>TB-RO</i> yang rendah	Kapasitas Petugas untuk Diagnosis <i>TBC-RO</i> belum optimal	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Peningkatan kapasitas petugas pengelola <i>TB-RO</i>	Serah terima dan OJT <i>TBC RO</i> ke fasyankes satelit.	RSUD	Dinkes_P2	Donor
	Kontak investigasi pada "Kontak Serumah" pasien <i>TB-RO</i> belum efektif		Pelaksanaan Kontak Investigasi pada "Kontak Serumah" pasien <i>TB-RO</i>	Pelatihan Investigasi Kontak dan PMO bagi pendamping/kader <i>TBC RO</i> .	CSO	Puskesmas	Donor
	Pasien <i>TB-RO</i> dan pasien putus berobat menolak pengobatan karena efek samping obat (ESO) dan faktor psikososial (stigma masyarakat)		Peningkatan kepatuhan pengobatan <i>TB-RO</i>	Pelatihan komunikasi motivasi bagi petugas <i>TB</i> di fasyankes satelit.	Dinkes-SDK	RSD Dinkes_P2	Donor

6.3.3 TB-HIV

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Akses layanan Tes <i>HIV</i> di Puskesmas VCT belum optimal	Akses layanan tes <i>HIV</i> masih terbatas di PKM VCT, sehingga belum semua pasien TB dilakukan tes <i>HIV</i>	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Peningkatan kapasitas Dokter dan Petugas Lab.	Pelatihan kolaborasi <i>TB-HIV</i> bagi petugas fasyankes.	Dinkes-P2	Puskesmas RS	APBD
	Belum adanya dukungan psikososial bagi pasien TB-HIV, karena dukungan CSO/LSM belum optimal.		Peningkatan Kolaborasi Program dan <i>Monev TB-HIV</i>	Pelatihan TB untuk pendamping/ penjangkau <i>ODHIV</i> .	Dinkes	Dinkes, CSO	Donor

6.3.5 Laboratorium

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis/ Uji Silang yang belum optimal	Sebagian PKM masih berstatus PKM Satelit sehingga menyulitkan dalam penegakan diagnosis <i>TB</i>	Penguatan Manajemen Program melalui	Peningkatan status PKM Satelit menjadi PPM	1. Pemenuhan sarana prasarana laboratorium dan SDM PKM; dan	Dinkes-P2	Dinkes_SDK	APBD
				2. Pelatihan mikroskopis bagi petugas lab fasyankes	Dinkes	labkesda	Donor
	Beban kerja wasor untuk pengumpulan slide yang akan diuji silang terlalu tinggi	Penguatan Sistem Kesehatan	Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam uji mutu eksternal	Refreshing petugas Lab untuk eTB-12	Dinkes	RUS-1	APBD

6.3.6 Pencegahan Infeksi

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
PPI <i>TBC</i> di fasyankes belum optimal	Belum semua fasyankes memenuhi standar PPI- <i>TBC</i>	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam PPI <i>TBC</i>	Workshop PPI <i>TBC</i> bagi petugas PPI fasyankes	Dinkes-P2	Tim PPI	APBD. Donor

BAB VI

PEMBIAYAAN

Dalam konteks penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pembiayaan merupakan unsur yang mutlak harus tersedia. Pemerintah Daerah 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 volumen 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 1 (satu) mata kegiatan, disebutkan pelaksanaannya berapa kali dalam setahun.

Untuk mendapatkan nominal biaya yang dibutuhkan oleh 1 (satu) kegiatan, maka volumen kegiatan harus dikalikan dengan satuan biaya , yaitu suatu standar biaya yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah melalui Peraturan Daerah. Standar biaya dimaksud lazim disebut Harga Satuan Pokok Kegiatan.

Untuk mempermudah proses perhitungan ini, Pemerintah Daerah 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 disusun rekapitulasi pembiayaan dari seluruh kegiatan kegiatan dan proyeksi biaya selama 5 (lima) 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 (lima) 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% (sepuluh persen) dari nominal biaya pada tahun berjalan.

BAB VII PENUTUP

RAD penanggulangan *TBC* di Daerah merupakan referensi untuk proses perencanaan dan penganggaran yang resmi dan diberlakukan oleh Pemerintah Daerah. Sebagai sebuah rencana aksi yang berkelanjutan dalam rangka menuju Eliminasi *TBC* Tahun 2028, 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, 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 GRESIK,

Ttd.

FANDI AKHMAD YANI