



GUBERNUR JAWA TENGAH

PERATURAN GUBERNUR JAWA TENGAH

NOMOR 93 TAHUN 2018

TENTANG

**RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS
PROVINSI JAWA TENGAH TAHUN 2018-2023**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR JAWA TENGAH,

- Menimbang** : a. bahwa tuberkulosis merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menimbulkan angka kesakitan dan kematian yang tinggi dan untuk melaksanakan ketentuan Pasal 4 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberculosis, perlu mensinergikan kegiatan dan tindakan secara konkrit dari semua pihak sebagai upaya penanggulangan yang terpadu;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberculosis Provinsi Jawa Tengah Tahun 2018-2023 ;
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1950 tentang Pembentukan Provinsi Jawa Tengah (Himpunan Peraturan-Peraturan Negara Tahun 1950, Halaman 86-92);
2. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3273);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

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 beberapa kali 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. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 3437, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3447);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 184, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 6178);
9. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193);
10. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 11 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 11 Tahun 2013 dan Tambahan Lembaran Daerah Tahun 2013 Nomor 57);

11. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan Dan Susunan Perangkat Daerah Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016 Nomor 9, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 85);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/ Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1755);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberculosis (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 122);
16. Peraturan Gubernur Nomor 36 Tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Nomor 11 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit (Berita Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014 Nomor 36);
17. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 35 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat di Provinsi Jawa Tengah (Berita Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017 Nomor 35);
18. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/305/2014 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Tuberkolusis;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS DI PROVINSI JAWA TENGAH TAHUN 2018 – 2023.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Daerah ini yang dimaksud dengan :

1. Pemerintah Daerah adalah Gubernur dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
2. Daerah adalah Provinsi Jawa Tengah.
3. Gubernur adalah Gubernur Jawa Tengah.
4. Perangkat Daerah adalah Perangkat Daerah Provinsi Jawa Tengah
5. Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat TBC adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*) yang dapat menyerang paru dan organ lainnya.
6. Rencana Aksi Daerah Penggulangan Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat RAD Penanggulangan TBC adalah program aksi daerah berupa langkah-langkah konkrit dan terukur yang telah disepakati oleh para pemangku kepentingan dalam penanggulangan Tuberkulosis.
7. 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
8. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, swasta dan/atau masyarakat.
9. Organisasi Profesi Kesehatan adalah sebuah tempat/wadah berhimpunnya para tenaga profesi kesehatan sesuai dengan keahliannya.
10. Lembaga Swadaya Masyarakat yang selanjutnya disingkat LSM adalah sebuah organisasi yang didirikan oleh perorangan atau sekelompok orang yang secara sukarela memberikan pelayanan kepada masyarakat umum tanpa bertujuan untuk memperoleh keuntungan dari kegiatannya.

11. Organisasi Kemasyarakatan yang selanjutnya disingkat Ormas adalah organisasi yang didirikan dan dibentuk oleh masyarakat secara sukarela berdasarkan kesamaan aspirasi, kehendak, kebutuhan, kepentingan, kegiatan, dan tujuan untuk berpartisipasi dalam pembangunan demi tercapainya tujuan Negara Kesatuan Republik Indonesia yang berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
12. *Directly Observed Treatment Short-course* yang selanjutnya disingkat DOTS adalah pengobatan jangka pendek dengan pengawasan langsung merupakan suatu strategi rekomendasi WHO yang dilaksanakan di pelayanan kesehatan dasar di dunia untuk mendeteksi dan menyembuhkan TB.
13. *Case Detection Rate* yang selanjutnya disingkat CDR adalah jumlah semua kasus TBC yang diobati dan dilaporkan di antara perkiraan jumlah semua kasus TBC (insiden).
14. *Case Notification Rate* yang selanjutnya disingkat CNR adalah jumlah semua kasus TBC yang diobati dan dilaporkan di antara jumlah penduduk yang ada di suatu wilayah tertentu.
15. *Treatment Success Rate* yang selanjutnya disingkat TSR adalah jumlah semua kasus TBC yang sembuh dan pengobatan lengkap di antara semua kasus TBC yang diobati dan dilaporkan.
16. Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat yang selanjutnya disingkat MPTRO adalah merupakan pengendalian TB Resistan Obat yang dilaksanakan dengan menggunakan kerangka kerja strategi DOTS, di mana setiap komponen yang ada didalamnya lebih ditekankan kepada penatalaksanaan kasus TBC resistan obat dengan pendekatan programatik.
17. Obat Anti Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat OAT adalah beberapa paduan rejimen obat untuk menanggulangi penyakit TBC.
18. Tuberkulosis Resistan Obat yang selanjutnya disingkat TBC RO adalah penyakit TBC yang disebabkan *Mycobacterium tuberculosis* yang sudah mengalami kekebalan terhadap OAT.
19. Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat yang selanjutnya disingkat MPTRO adalah pengendalian TBC RO yang dilaksanakan dengan menggunakan kerangka kerja strategi DOTS, di mana setiap komponen yang ada didalamnya lebih ditekankan kepada penatalaksanaan kasus TBC RO dengan pendekatan programatik.

20. Tuberkulosis Multi-Drug Resistant yang selanjutnya disingkat TBC-MDR adalah TBC resistan terhadap INH dan Rifampisin, dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT lini pertama lain.
21. Tuberkulosis Diabetes Melitus yang selanjutnya disingkat TBC DM adalah Penyakit TBC dengan ikutan/penyerta Diabetes Melitus.
22. Tuberkulosis Human Immunodeficiency Virus yang selanjutnya disebut TBC HIV adalah Penyakit TBC dengan ikutan/penyerta HIV.
23. Anti Retro Viral yang selanjutnya disingkat ARV adalah sebuah terapi untuk mengobati infeksi HIV dengan beberapa obat. Tidak bertujuan untuk membunuh virus, namun untuk memperlambat pertumbuhan virus tersebut.
24. Global Fund to fight AIDS, TBC and Malaria yang selanjutnya disebut disingkat GFATM adalah organisasi internasional non pemerintah yang bergerak dalam bidang kesehatan yang bertujuan untuk menarik, menyalurkan, dan mengelola sumber daya untuk memerangi HIV/AIDS, Tuberkulosis, dan Malaria.
25. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat yang selanjutnya disingkat PHBS adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan kesehatan di masyarakat.
26. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah program untuk melindungi pasien, petugas juga pengunjung dan keluarga dari resiko tertularnya infeksi karena dirawat, bertugas juga berkunjung ke suatu rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
27. *Lot Quality Assurance Sampling* yang selanjutnya disingkat LQAS adalah suatu metode uji silang yang dilakukan secara Lot/undi, dengan perhitungan statistik. Dilaksanakan pada daerah beban kerja pemeriksaan uji silang dengan jumlah besar.
28. Basil Tahan Asam positif yang selanjutnya disebut disingkat BTA (+) adalah Basil Tahan Asam merupakan bakteri yang memiliki ciri-ciri yaitu berantai karbon (C) yang panjangnya 8 - 95 mu dan memiliki dinding sel yang tebal yang terdiri dari lapisan lilin dan asam lemak mikolat, lipid yang ada bisa mencapai 60% dari berat dinding sel.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

Maksud ditetapkannya Peraturan Gubernur ini:

- a. memberikan acuan dalam menyusun regulasi terkait dengan Penanggulangan TBC di Daerah;
- b. memberikan acuan kepada Perangkat Daerah dan pihak-pihak terkait lainnya dalam menyusun perencanaan dan penganggaran terkait dengan penanggulangan TBC di daerah.

Pasal 3

Tujuan ditetapkannya Peraturan Gubernur ini untuk mempercepat eliminasi TBC melalui upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat TBC di Daerah pada tahun 2028.

BAB III RUANG LINGKUP

Pasal 4

Ruang lingkup Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TBC Daerah Tahun 2018-2023 meliputi :

- a. RAD Penanggulangan TBC;
- b. Organisasi;
- c. Peran Serta Masyarakat;
- d. Monitoring dan Evaluasi; dan
- e. Pembiayaan.

Pasal 5

RAD Penanggulangan TBC Daerah Tahun 2018-2023 sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf a, tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

BAB IV ORGANISASI

Pasal 6

- (1) Dalam rangka pelaksanaan RAD Penanggulangan TBC, agar dapat berjalan sinergi, terpadu dan terkoordinasi serta terukur dibentuk Forum Koordinasi Penanggulangan TB.

(2) Forum Koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Gubernur, beranggotakan unsur Perangkat Daerah, Akademisi, Organisasi Profesi Kesehatan, LSM, Ormas dan anggota lainnya sesuai kebutuhan.

(3) Forum Koordinasi mempunyai tugas :

- a. mengkoordinasikan seluruh kegiatan penanggulangan TBC;
- b. melakukan advokasi kepada berbagai pihak dalam rangka penanggulangan TBC;
- c. melakukan upaya penguatan kapasitas baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif dalam penanggulangan TBC.

Pasal 7

SUSUNAN KEANGGOTAAN FORUM KOORDINASI

Susunan Keanggotaan Forum Koordinasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2), sebagai berikut:

No.	Jabatan	Kedudukan Dalam Forum
1.	Gubernur Jawa Tengah	Pembina
2.	Wakil Gubernur Jawa Tengah	Pembina
3.	Sekretaris Daerah Provinsi Jawa Tengah	Pengarah

- a. Pembina
 1. Gubernur;
 2. Wakil Gubernur.
- b. Pengarah
 1. Sekretaris Daerah;
 2. Asisten Pemerintahan Dan Kesejahteraan Rakyat SEKDA Provinsi Jawa Tengah.
- c. Ketua
Kepala Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian Dan Pengembangan Daerah Provinsi Jawa Tengah.
- d. Sekretaris
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- e. Anggota
 1. Perangkat Daerah terkait;
 2. Perguruan Tinggi;
 3. Organisasi Profesi;
 4. LSM/Organisasi Masyarakat.

BAB V PERAN SERTA MASYARAKAT

Pasal 8

Masyarakat dapat berperan serta dalam upaya penanggulangan TBC sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 9

Peran serta masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, sebagai berikut:

- a. memandirikan masyarakat melalui promosi dan pemberdayaan mereka yang terdampak dalam pencegahan dan pengobatan TBC serta melibatkannya dalam upaya penanggulangan TBC;
- b. melaporkan bila menemukan kasus TBC di lingkungan kepada petugas kesehatan di Puskesmas atau fasilitas layanan kesehatan terdekat;
- c. memberikan pengetahuan dan pemahaman tentang penanggulangan penyakit TBC.

BAB VI MONITORING DAN EVALUASI

Pasal 10

- (1) Dalam rangka menilai capaian target indikator utama dan target indikator operasional pelaksanaan RAD Penanggulangan TBC dilaksanakan kegiatan monitoring dan evaluasi setiap 1 (satu) tahun sekali.
- (2) Monitoring dan evaluasi dilaksanakan oleh Gubernur.
- (3) Guna kelancaran pelaksanaan monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Gubernur dapat menugaskan Kepala Dinas Kesehatan.
- (4) Monitoring dan Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan secara berkala setiap 3 (tiga) bulan sekali atau sewaktu-waktu apabila diperlukan.

BAB VII
PEMBIAYAAN

Pasal 11

Semua biaya yang timbul sebagai akibat ditetapkannya Peraturan Gubernur ini bersumber pada:

- a. Anggaran Pendapatan Dan Belanja Negara;
- b. Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah Provinsi;
- c. Sumber dana lain yang sah dan tidak mengikat.

BAB VIII
PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan menempatkan dalam Berita Daerah Provinsi Jawa Tengah.

Ditetapkan di Semarang
pada tanggal 27 Desember 2018

GUBERNUR JAWA TENGAH,

ttd

GANJAR PRANOWO

Diundangkan di Semarang
pada tanggal 27 Desember 2018

SEKRETARIS DAERAH PROVINSI
JAWA TENGAH,

ttd

SRI PURYONO KARTO SOEDARMO

BERITA DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH TAHUN 2018 NOMOR 93

LAMPIRAN
PERATURAN GUBERNUR JAWA TENGAH
NOMOR 93 TAHUN 2018
TENTANG RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN
TUBERKULOSIS PROVINSI JAWA TENGAH TAHUN 2018-
2023

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis atau juga dikenal dengan singkatan TBC adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TBC (*Mycobacterium Tuberculosis*). Kuman TBC ini bersifat tahan asam sehingga disebut juga dengan Basil Tahan Asam (BTA). Sebagian besar kuman menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Sumber penularan adalah pasien dengan hasil pemeriksaan positif terdapat kuman TBC atau disebut dengan penderita TBC BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak.

TBC termasuk dalam 10 besar penyakit yang menyebabkan kematian di dunia. Indonesia merupakan salah satu negara yang mempunyai beban TBC yang terbesar diantara 5 negara yaitu India, China, Nigeria, dan Pakistan. TBC menduduki peringkat 3 dalam daftar 10 penyakit pembunuh tertinggi di Indonesia (SKRT 2004). Selain itu pada usia 5 tahun ke atas, TBC merupakan penyebab kematian nomor 4 di perkotaan setelah stroke, diabetes dan hipertensi. Di pedesaan, TBC menjadi penyebab kematian nomor 2 setelah stroke (Riskesdas 2007). Selanjutnya hasil survei prevalensi TBC (Kemkes, 2014), menunjukkan bahwa di Indonesia, kasus TBC untuk semua umur berjumlah 1.600.000 orang (660 per 100.000 penduduk), dengan 1.000.000 kasus baru terjadi tiap tahun.

Jumlah kasus TBC yang dilaporkan di Jawa Tengah tahun 2017 sebanyak 45.527 kasus dari estimasi kasus baru sebanyak 103.840 kasus, atau baru 44% kasus TBC yang ditemukan. Masih ada 56 % atau 58.150 penderita TBC yang belum ditemukan. Angka keberhasilan pengobatan atau *sucess rate (SR)* pasien yang diobati pada tahun 2016 sebesar 82,89%, meskipun jika dibanding angka keberhasilan pengobatan pada tahun 2015 mengalami peningkatan, namun angka capaian ini masih dibawah angka/target nasional (>90%).

Tantangan lain yang perlu menjadi perhatian adalah meningkatnya kasus TBC Resisten Obat, TBC-HIV, TBC dengan DM, TBC pada anak dan masyarakat rentan lainnya. Menurut survei yang dilakukan oleh WHO penderita TBC Resisten Obat dunia cukup besar dan cenderung meningkat. Indonesia sendiri menempati peringkat ke 9 dari 27 negara dengan TBC Resisten Obat terbanyak di dunia. Diperkirakan penderitanya sekitar 6.900, di mana sebanyak 1,9% adalah TBC Resisten Obat dari pasien baru dan 12% dari pasien yang sudah mengalami pengobatan.

Jumlah penderita TBC Resisten Obat di Jawa Tengah menunjukkan kecenderungan peningkatan. Bila tahun 2016 jumlah penderita TBC Resisten Obat sebanyak 229 kasus maka pada tahun 2017 meningkat menjadi 540 kasus. Meskipun demikian jumlah pasien TB Resisten Obat yang ditemukan pada tahun 2017 masih dibawah estimasi yakni 1.541 kasus, sehingga masih ada sekitar 999 kasus TBC resisten obat yang belum ditemukan.

Rerata biaya pengobatan kasus TBC sensitif obat adalah Rp.400.000 sd 1,2 juta rupiah/pasien, sedangkan untuk biaya pengobatan kasus TBC Resisten Obat, pemerintah memperkirakan akan menghabiskan hingga >100 juta rupiah /pasien. Dengan pengobatan mencapai dua tahun, biaya Pengobatan TBC resisten obat jauh lebih besar, mengingat obat TBC resisten obat itu jauh lebih mahal daripada obat anti TB biasa. Biaya yang diperlukan untuk pengobatan 1 penderita TBC Resisten obat setara dengan pembiayaan untuk 100 – 200 pasien TBC sensitif obat .

WHO memperkirakan bahwa pasien TBC kehilangan rata-rata tiga sampai empat bulan pekerjaan dan sampai 30 persen dari pendapatan rumah tangga tahunan.. Penelitian menunjukkan bahwa 3-4 bulan masa kerja akan hilang karena seseorang menderita TBC. Hal itu berpotensi menyebabkan hilangnya 20-30% pendapatan rumah tangga dalam setahun. Sebanyak 50% pasien TBC mengalami penurunan pendapatan per tahunnya.

TBC dan kemiskinan terkait erat. Orang yang tinggal di kondisi padat penduduknya dengan perekonomian yang rendah, dengan kondisi sanitasi dan lingkungan fisik rumah yang buruk, serta nutrisi yang tidak tercukupi lebih berpotensi untuk terkena TBC.

Strategi Temukan Obati Sampai Sembuh TBC atau TOSS TBC adalah merupakan strategi kunci dari penanggulangan TBC untuk memutuskan rantai penularan TBC dan menurunkan insiden TBC di masyarakat. TOSS TBC merupakan komitmen moral, etis dan professional.

Untuk melaksanakan strategi ini diperlukan komitmen yang kuat dari pemerintah dan keterlibatan penuh sektor swasta serta stakeholder lainnya..



TBC adalah masalah kita bersama, bukan masalah sektor kesehatan saja, sehingga komitmen politis merupakan komponen penting yang menunjang terlaksananya komponen lain dalam Strategi TOSS TBC.

Sebagai upaya untuk mewujudkan hal tersebut, perlu disusun Rencana Aksi Daerah (RAD) Penanggulangan TBC di tingkat provinsi. Penyusunan RAD Penanggulangan TBC merujuk kepada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Propinsi Jawa Tengah tahun 2013-2018 dan Rencana Strategis Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah tahun 2013 – 2018. dimana pengendalian TBC menjadi bagian dari strategi pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan.

RAD Penanggulangan TBC ini akan menjadi acuan dalam pelaksanaan penanggulangannya di semua sektor pemerintahan, swasta dan masyarakat dan dapat digunakan untuk menjadi acuan dalam penyusunan RAPBD serta pengembangan rencana aksi masing-masing kabupaten/kota sebagai pemenuhan UU Pemerintahan Daerah.

B. Maksud dan Tujuan :

1. Maksud :

- a. Memberikan acuan kepada Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) dan pihak-pihak terkait lainnya (LSM, CSR, dan lembaga mitra dll) dalam membuat perencanaan dan penganggaran terkait dengan penanggulangan TBC di daerah.
- a. Memberikan acuan dalam menyusun regulasi terkait dengan Penanggulangan TBC di daerah
- b. Memberikan acuan untuk melakukan koordinasi dalam perencanaan, pelaksanaan kegiatan, pemantauan, dan evaluasi agar dicapai sinergi dalam upaya bersama dalam penanggulangan TBC.

2. Tujuan :

Menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat TBC di Jawa Tengah

C. Dasar Hukum

1. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1950 tentang Pembentukan Provinsi Jawa Tengah (Himpunan Peraturan-Peraturan Negara Tahun 1950, Halaman 86-92);
2. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3273);

3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
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 beberapa kali 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. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 3437, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3447);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 184, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 6178);
9. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 11 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit (Lembaran Peraturan Daerah Nomor 11 Tahun 2013 dan Tambahan Lembaran Daerah Tahun 2013 Nomor 57)
10. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 9 Tahun 2016 Tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016 Nomor 9, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 85);
11. Peraturan Gubernur Nomor 36 Tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Nomor 11 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016 Nomor 9, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 85);

12. Peraturan Presiden RI Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
13. Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1755);
17. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/305/2014 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Tuberkulosis
18. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/305/2014 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Tuberkulosis;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberculosis (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 122);
20. Peraturan Gubernur Nomor 35 tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat di Provinsi Jawa Tengah (Berita Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017 Nomor 35)

D. Kebijakan Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TBC Provinsi Jawa Tengah

Kebijakan dalam RAD Penanggulangan TBC Provinsi Jawa Tengah tahun 2018- 2023, disusun berdasarkan pada sinergitas dan komprehensifitas seluruh pemangku kepentingan dan pihak terkait lainnya, meliputi upaya : promotif, preventif, kuratif sampai dengan rehabilitatif, baik dari aspek kesehatan, aspek sosial maupun aspek ekonomi. Arah kebijakan penanggulangan TBC Provinsi Jawa Tengah perlu dirumuskan guna mendapatkan strategi dan program penanggulangan TBC yang terfokus serta dapat ditentukan indikator kinerja programnya.

Seiring dengan Strategi Nasional dan Milestone Penanggulangan TBC, arah kebijakan penanggulangan TBC bergerak dari layanan kuratif dan rehabilitasi menuju fokus lebih pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit; serta fokus pada isu-isu aksesibilitas dan kualitas layanan untuk:

1. Menurunkan kasus
2. Menurunkan angka kematian kasus TBC
3. Meningkatkan temuan kasus TBC
4. Meningkatkan tingkat keberhasilan pengobatan kasus TBC
5. Meningkatkan keterlibatan stake holder
6. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat

Strategi yang digunakan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah dalam Pencegahan dan Penanggulangan TBC adalah mengacu kepada Strategi yang sudah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI cq Sub Dit TB. Strategi dimaksud adalah sebagai berikut :

1. Penguatan kepemimpinan program penanggulangan TBC
2. Peningkatan Akses Layanan TOSS-TBC yang bermutu dan berpihak pada pasien
3. Pengendalian Faktor Risiko
4. Peningkatan Kemitraan TBC melalui Forum Koordinasi TBC
5. Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Penanggulangan TBC
6. Penguatan Manajemen Program Melalui Penguatan Sistem Kesehatan

E. Proses Penyusunan RAD Penanggulangan TBC

RAD Penanggulangan TBC disusun berdasarkan pada pendekatan :

1. Teknokratis, bahwa RAD Penanggulangan TBC disusun dan ditulis berdasarkan kaidah-kaidah ilmiah yang berlaku dalam program pencegahan dan penanggulangan penyakit Menular khususnya TBC
2. Partisipatif dengan melibatkan sebanyak mungkin para stakeholder baik pemerintah dan non pemerintah untuk berperan serta dalam penyusunan.
3. Politik, bahwa RAD Penanggulangan TBC ini perlu mendapatkan dukungan dari para pihak Bupati, Sekda untuk mendapatkan legitimasi hukum melalui penyusunan Peraturan Kepala daerah (Perkada) dalam bentuk Peraturan Gubernur
4. Sinergi, RAD Penanggulangan TBC disusun dengan menerapkan asas sinergitas antar para pihak dan pelaku pencegahan dan penanggulangan penyakit TBC sehingga semuanya dapat saling melengkapi

Selama penyusunan RAD Penanggulangan TBC, Tim RAD Penanggulangan TBC telah melakukan serangkaian pertemuan baik secara internal maupun eksternal dalam bentuk workshop, focus grup diskusi, konsultasi publik, dan bentuk-bentuk pertemuan lainnya.

b. Letak dan Kondisi Geografis

Provinsi Jawa Tengah terletak di 5°40' - 8°30' Lintang Selatan dan 108°30' - 111°30' Bujur Timur (termasuk Pulau Karimunjawa). Jarak terjauh dari barat ke timur adalah 263 km dan dari utara ke selatan 226 km (tidak termasuk Pulau Karimunjawa). Jawa Tengah juga merupakan bagian yang sempit di antara bagian yang lain dari Pulau Jawa, dengan lebar pada arah utara-selatan sekitar 100 – 120 km. Provinsi Jawa Tengah memiliki garis pantai sepanjang 791,76 Km yang terdiri dari pantai utara sepanjang 502,69 Km dan pantai selatan sepanjang 289,07 Km.

Posisi geostrategik dari Provinsi Jawa Tengah memiliki kedudukan cukup strategis antara lain:

- 1) Terletak di tengah Pulau Jawa, berada di dua titik pertumbuhan penting (Jakarta-Surabaya), dan pusat pariwisata DIY;
- 2) Termasuk dalam simpul transportasi utama nasional yang menghubungkan antar pusat-pusat pertumbuhan dan sebagai jalur distribusi barang dan jasa yang strategis di Pulau Jawa, serta sebagai pintu gerbang menuju kawasan internasional;
- 3) Memiliki potensi pertanian yang tersebar di hampir seluruh wilayah Jawa Tengah, menjadikan Jawa Tengah memiliki kekuatan geo strategis sebagai basis utama politik pertanian nasional;
- 4) Menjadi pusat industri ramah lingkungan, pusat perdagangan jasa skala internasional, serta pusat pariwisata internasional berbasis cagar budaya dan ilmu pengetahuan;
- 5) Memiliki peran penting dalam keseimbangan lingkungan di wilayah provinsi sekitar sebagai satu kesatuan *bio region* Pulau Jawa.

Letak geografis Provinsi Jawa Tengah yang cukup strategis mempermudah aksesibilitas dan mobilitas penduduk baik dari dan ke Jawa Tengah. Faktor ini akan mempermudah penularan penyakit TBC di Jawa Tengah.

c. Topografi

53% wilayah di Jawa Tengah berada pada ketinggian 0-99 m dpl, dataran rendah yang tersebar di hampir seluruh wilayah, serta dataran tinggi dan pegunungan membujur di wilayah tengah. Kemiringan lereng di wilayah Jawa Tengah beragam, meliputi lahan dengan kemiringan 0-2% sebesar 38%; lahan dengan kemiringan 2-15% sebesar 31%; lahan dengan kemiringan 15-40% sebesar 19%; dan lahan dengan kemiringan lebih dari 40% sebesar 12% dari total wilayah.

Kondisi Topografi berhubungan dengan kelembaban udara. Wilayah yang lebih tinggi cenderung memiliki kelembaban yang tinggi. Hal ini akan mempengaruhi pertumbuhan kuman TB. Sifat Kuman TBC adalah tahan terhadap suhu rendah sehingga dapat bertahan hidup dalam jangka waktu lama pada suhu antara 4°C sampai -70°C serta Sangat peka terhadap panas, sinar matahari dan sinar ultraviolet akan mati dalam beberapa menit.

d. Kondisi Demografi Daerah

Perkiraan jumlah penduduk tahun 2017 (Susenas 2017) adalah sebesar 34,20 juta jiwa, meningkat 0,71 juta jiwa jika dibandingkan dengan jumlah penduduk tahun 2016 yang mencapai 33,96 juta jiwa. Secara nasional, Jawa Tengah dengan penduduk sebesar 34,20 juta jiwa termasuk provinsi dengan jumlah penduduk relatif tinggi setelah Jawa Barat sebesar 48,04 juta jiwa dan Jawa Timur sebesar 39,29 juta jiwa.

Persentase penduduk perempuan sebesar 50,41 persen sedikit lebih banyak dibanding persentase penduduk laki-laki sekitar 49,59 persen. Jika dilihat berdasarkan daerah tempat tinggal, penduduk di perkotaan dan di perdesaan memiliki pola yang cenderung sama. Di perkotaan, penduduk perempuan sebesar 50,50 persen, sedangkan penduduk laki-laki mencapai 49,50 persen. Penduduk perempuan di perdesaan sekitar 50,32 persen dan penduduk laki-laki sebanyak 49,68 persen. Kondisi tersebut juga terjadi di tahun 2016 yang menunjukkan persentase penduduk perempuan lebih tinggi jika dibandingkan persentase penduduk laki-laki.

Tabel 1
Persentase Penduduk menurut Daerah tempat Tinggal dan Jenis Kelamin Jawa Tengah (2016-2017)

URAIAN	Persentase Penduduk	
	laki-laki	Perempuan
Tahun 2016		
Perkotaan	49,47	50,53
Perdesaan	49,71	50,29
Perkotaan + Perdesaan	49,60	50,40
Tahun 2017		
Perkotaan	49,50	50,50
Perdesaan	49,68	50,32
Perkotaan + Perdesaan	49,59	50,41

Sumber: BPS 2017

Dilihat dari persebarannya, sesuai dengan tabel 2 Kabupaten Brebes merupakan daerah dengan jumlah penduduk terbanyak diantara 35 daerah kabupaten/kota di Jawa Tengah, yakni 1.794.228



jiwa atau 5,25 persen dari total penduduk Jawa Tengah. Sedangkan Kota Magelang merupakan daerah dengan jumlah penduduk paling sedikit sebanyak 121.383 jiwa. Bila dilihat berdasarkan kabupaten/kota, kepadatan penduduk di seluruh kabupaten/kota mengalami peningkatan seiring dengan meningkatnya jumlah penduduk pada masing-masing kabupaten/kota. Kepadatan penduduk tercatat sebesar 1.051 jiwa setiap kilometer persegi di tahun 2017. Kota Surakarta menempati kepadatan penduduk tertinggi sekitar 11.719 jiwa setiap kilomernya. Selanjutnya diikuti oleh Kota Tegal dan Kota Pekalongan dengan masing-masing kepadatan penduduk sekitar 7.290 jiwa setiap kilomernya dan 6.693 jiwa setiap kilomernya. Kabupaten Rembang, Kabupaten Wonogiri, dan Kabupaten Blora merupakan tiga kabupaten yang memiliki kepadatan penduduk terendah. Sementara itu jika dilihat dari jenis kelamin, penduduk perempuan (17,24 juta jiwa) lebih banyak dibanding penduduk laki-laki yang sebesar 16,95 juta jiwa.

Tabel 2
Penduduk, Luas Wilayah dan Kepadatan Penduduk
menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota se Jawa Tengah Tahun 2017

No	Kabupaten/ Kota	Luas Wilayah (km ²)	Jumlah Penduduk			Kepadatan Penduduk
			Laki-laki	Perempuan	Laki-laki + Perempuan	
1	Cilacap	2.139	856.463	853.108	1.709.571	799
2	Banyumas	1.328	830.385	831.034	1.661.419	1.251
3	Purbalingga	778	451.647	462.546	914.193	1.175
4	Banjarnegara	1.070	456.697	454.843	911.540	852
5	Kebumen	1.283	593.063	598.097	1.191.160	928
6	Purworejo	1.035	352.078	362.027	714.105	690
7	Wonosobo	985	397.108	386.247	783.355	795
8	Magelang	1.086	635.052	630.521	1.265.573	1.165
9	Boyolali	1.015	479.174	494.093	973.267	959
10	Klaten	656	572.433	593.925	1.166.358	1.778
11	Sukoharjo	467	434.391	442.237	876.628	1.877
12	Wonogiri	1.822	463.590	490.437	954.027	524
13	Karanganyar	772	430.092	439.607	869.699	1.127
14	Sragen	946	433.174	451.192	884.366	935
15	Grobogan	1.976	674.407	689.101	1.363.508	690
16	Blora	1.794	422.557	435.487	858.044	478
17	Rembang	1.014	312.868	314.846	627.714	619
18	Pati	1.491	603.041	641.976	1.245.017	835
19	Kudus	425	417.939	431.036	848.975	1.998
20	Jepara	1.004	607.835	610.995	1.218.830	1.214
21	Demak	897	563.753	574.071	1.137.824	1.268
22	Semarang	947	503.114	521.040	1.024.154	1.081
23	Temanggung	870	379.479	377.986	757.465	871
24	Kendal	1.002	484.202	470.985	955.187	953
25	Batang	789	376.708	377.779	754.487	956
26	Pekalongan	836	439.445	445.225	884.670	1.058
27	Pemalang	1.012	640.662	654.705	1.295.367	1.280

No	Kabupaten/ Kota	Luas Wilaya h (km2)	Jumlah Penduduk			
			Laki-laki	Perempuan	Laki-laki + Perempuan	Kepadatan Penduduk
28	Tegal	880	711.719	720.768	1.432.487	1.628
29	Brebes	1.658	901.713	892.515	1.794.228	1.082
30	Kota Magelang	18	59.716	61.667	121.383	6.744
31	Kota Surakarta	44	250.684	264.937	515.621	11.719
32	Kota Salatiga	53	92.124	96.175	188.299	3.553
33	Kota Semarang	374	858.520	891.978	1.750.498	4.680
34	Kota Pekalongan	45	150.581	150.626	301.207	6.693
35	Kota Tegal	34	122.726	125.148	247.874	7.290
	Jawa Tengah	32.544	16.959.136	17.238.964	34.198.100	1.051

Sumber : BPS, 2017

Kepadatan penduduk akan mempengaruhi tingkat penularan TBC. Penularan TBC di wilayah dengan tingkat kepadatan tinggi seperti kota Surakarta, Kota Tegal, Kota Semarang dimungkinkan penularan TBC akan lebih tinggi dibanding kabupaten/kota dengan tingkat kepadatan rendah seperti Blora, wonogiri. Semakin padat penduduk, penularan TBC akan semakin mudah dan cepat.

Berdasarkan kelompok umur sesuai dengan tabel 3 diketahui kelompok umur 0-19 tahun menunjukkan jumlah penduduk laki-laki lebih banyak dibandingkan jumlah penduduk perempuan. Sedangkan pada kelompok umur 20 tahun ke atas menunjukkan jumlah penduduk laki-laki lebih sedikit daripada jumlah penduduk perempuan. Hasil Susenas 2017 menunjukkan jumlah penduduk perempuan di Jawa Tengah diperkirakan lebih banyak dibandingkan jumlah penduduk laki-laki yakni 17,24 juta jiwa berbanding 16,96 juta jiwa, dengan nilai rasio jenis kelamin (sex ratio) sebesar 98,38. Hal ini menunjukkan bahwa secara rata-rata pada tahun 2017 di Jawa Tengah terdapat 98 orang laki-laki pada setiap 100 orang perempuan, dengan kata lain, jumlah penduduk laki-laki lebih sedikit daripada jumlah penduduk perempuan.

Tabel 3
Rasio JenisKelamin dan Jumlah Penduduk
menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin Jawa Tengah 2017

Kelompok umur	Laki-laki	Perempuan	Jumlah	Rasio Jenis Kelamin
0-4	1.377.266	1.302.181	2.679.447	105,77
5-9	1.434.338	1.359.435	2.793.773	105,51
10-14	1.433.711	1.369.509	2.803.220	104,69
15-19	1.439.137	1.359.030	2.798.167	105,89
20-24	1.341.973	1.280.825	2.622.798	104,77
25-29	1.200.608	1.206.629	2.407.237	99,50
30-34	1.162.468	1.230.661	2.393.129	94,46
35-39	1.211.963	1.265.141	2.477.104	95,80
40-44	1.194.398	1.247.328	2.441.726	95,76

Kelompok umur	Laki-laki	Perempuan	Jumlah	Rasio Jenis Kelamin
45-49	1.162.075	1.228.489	2.390.564	94,59
50-54	1.073.021	1.149.817	2.222.838	93,32
55-59	935.936	969.913	1.905.849	96,50
60-64	738.075	733.973	1.472.048	100,56
65-69	493.056	536.500	1.029.556	91,90
70-74	342.361	411.461	753.822	83,21
75+	418.749	588.073	1.006.822	71,21
Jawa Tengah	16.959.135	17.238.965	34.198.100	98,38

Sumber : BPS, 2017

Penderita TBC lebih banyak terjadi pada laki-laki dibanding pada perempuan. Hal ini dimungkinkan karena mobilitas laki-laki terutama pada usia produktif lebih tinggi dibanding perempuan, selain itu laki-laki sebagian besar mempunyai kebiasaan merokok yang dapat meningkatkan risiko untuk terinfeksi TBC paru sebanyak 2,2 kali dibanding yang tidak merokok.

Kegiatan intervensi penanggulangan TBC sudah seharusnya melibatkan banyak kaum laki-laki, mengingat kondisi yang ada di lapangan pada kegiatan penyuluhan kesehatan lebih banyak dihadiri kaum perempuan, sedangkan pengambilan keputusan dalam keluarga masih didominasi oleh kaum laki-laki, termasuk keputusan untuk menetapkan fasilitas kesehatan dan pengobatan pada saat sakit.

e. Rasio Ketergantungan dan Bonus Demografi

Perubahan struktur penduduk menurut umur mempengaruhi besarnya angka rasio ketergantungan. Angka rasio ketergantungan adalah perbandingan antara jumlah penduduk usia produktif (15-64 tahun) dengan penduduk usia tidak produktif (65 tahun ke atas) dan penduduk yang belum produktif (0-14 tahun). Tingkat keberhasilan pembangunan di suatu wilayah dapat dipengaruhi oleh tinggi rendahnya rasio ketergantungan. Semakin tinggi rasio ketergantungan, beban yang ditanggung oleh penduduk usia produktif akan semakin besar. Hal ini diakibatkan hambatan atas upaya perkembangan daerah akan semakin besar pula.

Angka rasio ketergantungan tahun 2017 sebesar 47,84 yang artinya setiap 100 penduduk usia produktif menanggung sekitar 48 orang penduduk usia tidak produktif. Dari tabel 4 menunjukkan bahwa beban tanggungan pada penduduk produktif laki-laki (47,99) lebih tinggi dibandingkan dengan penduduk produktif perempuan (47,70). Angka rasio ketergantungan penduduk muda (35,78) lebih tinggi dibandingkan rasio ketergantungan penduduk tua (12,06). Angka rasio ketergantungan

tersebut mengindikasikan bahwa Jawa Tengah telah terjadi bonus demografi, dimana Jumlah penduduk usia produktif lebih banyak dibandingkan penduduk usia non produktif.

Proporsi penderita TBC sebagian besar pada kelompok usia produktif, sehingga apabila tidak ada intervensi atau upaya-upaya penanggulangan TBC, maka beban ekonomi akibat angka rasio ketergantungan yang tinggi akan semakin meningkat. Bisa disimpulkan apabila kelompok produktif banyak yang menderita TBC maka bonus demografi yang seharusnya menjadi modal pembangunan akan menjadi beban daerah dan lingkungan sekitar.

Pada rasio ketergantungan antar Kabupaten/Kota, Kota Surakarta memiliki proporsi penduduk usia produktif tertinggi di Jawa Tengah sebesar 72,55 persen. Hal ini mengakibatkan angka rasio ketergantungan di Kota Surakarta paling rendah (37,84) dibandingkan angka rasio ketergantungan kabupaten/kota lainnya. Sebaliknya proporsi penduduk usia produktif terendah di Kabupaten Kebumen (64,12 persen), dimana angka rasio ketergantungannya paling tinggi mencapai 55,95.

Tabel 4
Rasio Ketergantungan menurut Jenis Kelamin Jawa Tengah 2017

Jenis Kelamin	Rasio Ketergantungan		
	Muda	Tua	Total
Laki-laki	37,05	10,94	47,99
Perempuan	34,54	13,16	47,70
Laki-laki + Perempuan	35,78	12,06	47,84

Sumber : BPS, 2017

Tabel 5
Rasio Ketergantungan, Jumlah Penduduk dan Proporsi Usia Produktif menurut Kelompok Umur dan Kab/Kota Jawa Tengah 2017

No.	Kabupaten/ Kota	Rasio Ketergantungan	Kelompok Umur				Proporsi Penduduk Usia Produktif
			0-14	15-64	65+	Total	
1	Cilacap	51,71	443.610	1.126.896	139.065	1.709.571	65,92
2	Banyumas	49,86	405.196	1.108.628	147.595	1.661.419	66,73
3	Purbalingga	52,23	234.659	600.541	78.994	914.194	65,69
4	Banjarnegara	49,53	227.287	609.610	74.642	911.539	66,88
5	Kebumen	55,95	306.025	763.786	121.349	1.191.160	64,12
6	Purworejo	53,98	164.563	463.755	85.787	714.105	64,94
7	Wonosobo	51,35	201.973	517.573	63.809	783.355	66,07
8	Magelang	48,64	301.077	851.439	113.057	1.265.573	67,28
9	Boyolali	51,11	227.459	644.098	101.710	973.267	66,18
10	Klaten	48,57	252.755	785.065	128.538	1.166.358	67,31



No.	Kabupaten/ Kota	Rasio Keter- gantun- gan	Kelompok Umur				Proporsi Penduduk Usia Produktif
			0-14	15-64	65+	Total	
11	Sukoharjo	44,60	195.671	606.250	74.708	876.629	69,16
12	Wonogiri	51,23	191.645	630.839	131.543	954.027	66,12
13	Karanganyar	46,87	200.743	592.142	76.814	869.699	68,09
14	Sragen	48,75	199.081	594.512	90.773	884.366	67,22
15	Grobogan	48,27	331.637	919.631	112.240	1.363.508	67,45
16	Blora	46,73	192.392	584.785	80.867	858.044	68,15
17	Rembang	42,56	140.302	440.331	47.081	627.714	70,15
18	Pati	45,63	278.660	854.946	111.411	1.245.017	68,67
19	Kudus	41,09	198.058	601.714	49.203	848.975	70,88
20	Jepara	47,10	308.761	828.595	81.474	1.218.830	67,98
21	Demak	46,20	293.608	778.240	65.976	1.137.824	68,40
22	Semarang	45,50	234.669	703.873	85.612	1.024.154	68,73
23	Temanggung	46,58	176.557	516.745	64.164	757.466	68,22
24	Kendal	45,48	229.381	656.585	69.221	955.187	68,74
25	Batang	45,18	183.799	519.681	51.006	754.486	68,88
26	Pekalongan	49,68	237.274	591.029	56.367	884.670	66,81
27	Pemalang	51,49	348.545	855.083	91.739	1.295.367	66,01
28	Tegal	50,94	386.750	949.020	96.717	1.432.487	66,25
29	Brebes	49,39	469.663	1.201.029	123.536	1.794.228	66,94
30	Kota Magelang	41,53	25.497	85.765	10.121	121.383	70,66
31	Kota Surakarta	37,84	105.972	374.077	35.572	515.621	72,55
32	Kota Salatiga	40,55	40.512	133.975	13.812	188.299	71,15
33	Kota Semarang	38,99	402.969	1.259.467	88.062	1.750.498	71,95
34	Kota Pekalongan	44,40	79.262	208.597	13.348	301.207	69,25
35	Kota Tegal	43,15	60.429	173.159	14.287	247.875	69,86
Jawa Tengah		47,84	8.276.440	23.131.460	2.790.200	34.198.100	67,64

Sumber : BPS, 2017

f. Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu ukuran kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). Semakin tinggi tingkat pendidikan yang dicapai, maka semakin tinggi pula kualitas sumber daya manusia yang dimiliki, sehingga selain bisa memperoleh pekerjaan yang layak dengan gaji/upah yang sesuai, tingginya tingkat pendidikan juga dapat mencerminkan tingkat pengetahuan terhadap permasalahan kesehatan.

Gambaran kualitas SDM dilihat dari pendidikan yang ditamatkan disajikan pada Tabel 6. Dari tabel tersebut terlihat bahwa persentase tertinggi adalah penduduk yang tamat SD/MI sebesar 38,13 persen,



diikuti tamat SMP sebesar 12,62 persen, dan tamat SMA/SMK sebesar 20,24 persen. Sedangkan persentase penduduk yang tamat PT sebesar 6,55 persen. Disamping itu masih terdapat sebesar 6,07 persen penduduk 10 tahun ke atas yang belum pernah mengenyam pendidikan dan sebesar 16,39 persen pernah bersekolah di SD/MI namun tidak tamat.

Bila dibandingkan dengan tahun 2015, pada tahun 2016 persentase penduduk tamat SD semakin meningkat, sedangkan yang tamat SMP dan SMA semakin menurun.

Tabel 6
Persentase Penduduk Usia 10 tahun ke Atas Menurut Tingkat Pendidikan Tertinggi yang ditamatkan di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012-2016

Tahun	Blm/Tdk pernah sekolah	Tdk punya Ijazah SD/MI	SD/MI	SMP/ Mts	SMU/ SMK	DIPL/AK/ PT	Total
2012	6,32	25,16	33,95	19,71	11,19	3,67	100,00
2013	7,74	17,15	32,25	18,79	18,44	5,63	100,00
2014	6,89	15,36	31,26	21,40	19,59	5,50	100,00
2015	6,44	14,41	29,77	22,70	20,53	6,15	100,00
2016	6,07	16,39	38,13	12,62	20,24	6,55	100,00

Sumber : BPS Provinsi Jawa Tengah (Susenas 2016)

Tingkat pendidikan merupakan faktor predisposisi terhadap kejadian TBC. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi perilaku. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin mudah menerima informasi atau pengetahuan tentang TBC dan sebaliknya ketidaktahuan masyarakat terhadap penyakit TBC, gejala, pengobatan, faktor risiko dan pencegahan akan menghambat upaya-upaya eliminasi TBC

B. Perilaku dan Lingkungan

1. Perilaku hidup bersih dan sehat

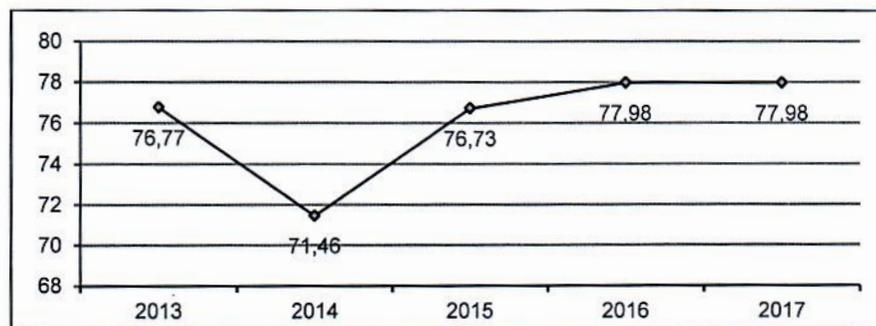
Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) di rumah tangga merupakan upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar sadar, mau, dan mampu melakukan PHBS dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya, mencegah risiko terjadinya penyakit dan melindungi diri dari ancaman penyakit serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Rumah tangga sehat adalah proporsi rumah tangga yang memenuhi minimal 11 indikator dari 16 indikator PHBS tatanan rumah tangga. Adapun 16 indikator PHBS tatanan Rumah tangga tersebut meliputi:

- a. Variabel Kesehatan Ibu dan Anak dan Gizi yang terdiri dari : persalinan oleh tenaga kesehatan, pemberian ASI Eksklusif; penimbangan balita; gizi seimbang



- b. Variabel kesehatan lingkungan yang terdiri dari: bersih; jamban; sampah; kepadatan hunian; lantai rumah.
- c. Variabel gaya hidup yang terdiri dari: aktifitas fisik; tidak merokok; cuci tangan; kesehatan gigi dan mulut; miras/narkoba
- d. Variabel upaya kesehatan masyarakat yang terdiri dari : Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) dan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN).

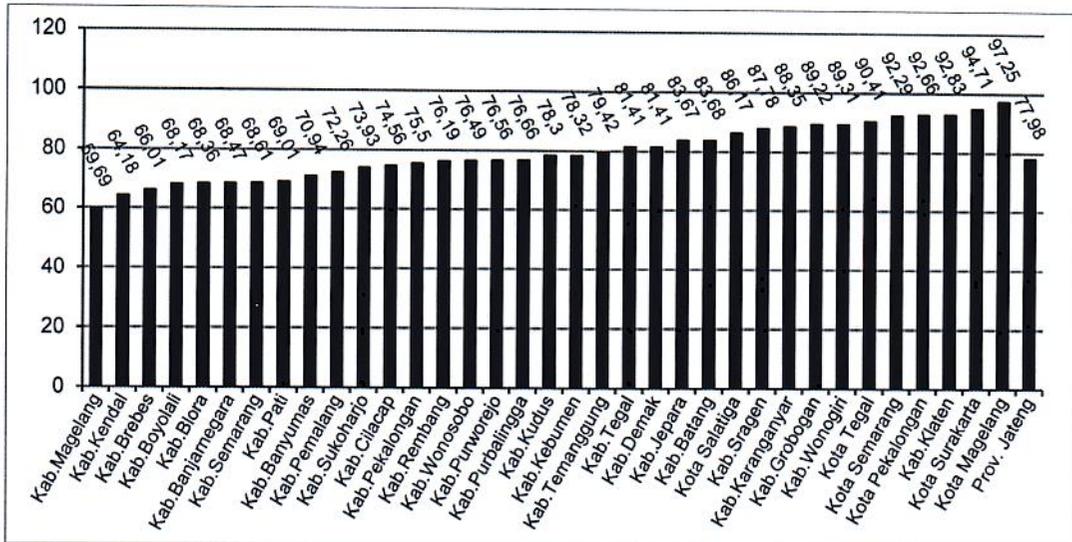
Berdasarkan data hasil kajian PHBS Tatanan Rumah Tangga yang dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di Jawa Tengah tahun 2017, persentase rumah tangga yang dipantau sebesar 42,99 persen, menurun bila dibandingkan tahun 2016 yaitu 44,03 persen. Rumah tangga sehat yaitu rumah tangga yang mencapai strata utama dan sehat paripurna tahun 2017 telah mencapai 77,98 persen



Sumber : Data Program Promkes Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017

Gambar 2
 Persentase Rumah Tangga Ber-PHBS Berdasarkan Strata Utama dan Paripurna di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013 – 2017

Persentase rumah tangga ber-PHBS tahun 2017, sedikit lebih tinggi dari target Renstra yaitu 75,4 persen. Berikut ini adalah grafik persentase rumah tangga sehat (Rumah tangga ber-PHBS) per kabupaten/kota tahun 2017.



Sumber : Data Program Promkes Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017

Gambar 3
 Persentase Rumah Tangga Sehat Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017

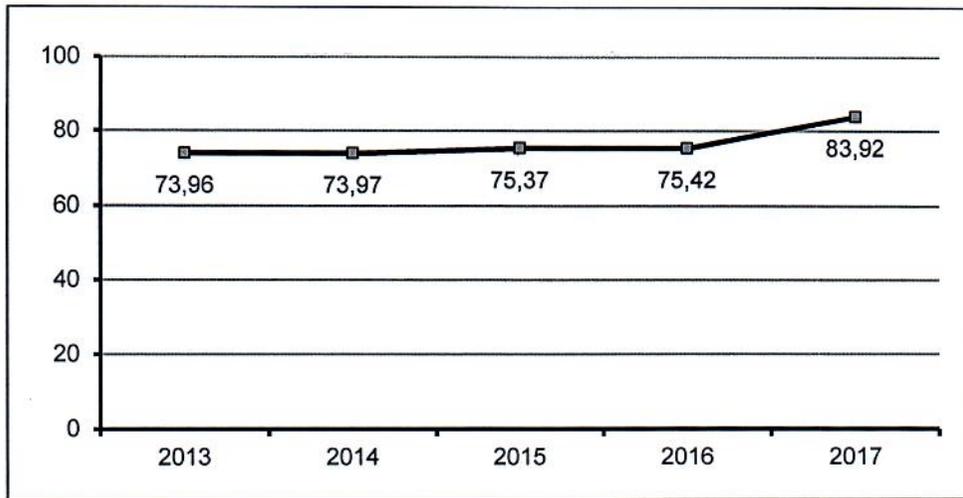
Terdapat 23 kabupaten/kota dengan persentase rumah tangga sehat melebihi target Renstra. Kabupaten/kota dengan persentase rumah tangga sehat tertinggi adalah Kota Magelang yaitu 97,25 persen dan terendah adalah Magelang yaitu 59,69 persen. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat akan menjadi faktor risiko terhadap penularan TBC.

2. Rumah Sehat

Rumah merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang berfungsi sebagai tempat tinggal atau hunian dan sarana pembinaan keluarga. Rumah haruslah sehat dan nyaman agar penghuninya dapat berkarya untuk meningkatkan produktivitas. Konstruksi rumah dan lingkungan yang tidak memenuhi syarat kesehatan merupakan faktor risiko penularan berbagai jenis penyakit khususnya penyakit berbasis lingkungan seperti Demam Berdarah Dengue, Malaria, Flu Burung, TBC, ISPA dan lain-lain.

Rumah yang dibina selama tahun 2017 sebanyak 1.261.205 unit. Dari keseluruhan yang dibina yang menjadi rumah memenuhi syarat sebesar 57,8 persen, sehingga persentase total rumah memenuhi syarat di tahun 2017 sebesar 83,92 persen dari keseluruhan rumah yang ada.





Sumber : Data Program Kesling Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017

Gambar 4
Persentase Rumah Dibina Memenuhi Syarat di Provinsi Jawa Tengah
Tahun 2013 – 2017

Persentase rumah sehat cenderung naik karena merupakan kumulatif dari tahun-tahun sebelumnya sehingga bila pembinaan selalu dilaksanakan maka persentase rumah sehat akan selalu naik tiap tahunnya. Adapun yang perlu dievaluasi adalah apakah konversi dari rumah yang dibina menjadi memenuhi syarat atau rumah sehat itu cukup signifikan atau tidak. Apabila peningkatan rumah sehat sangat kecil maka perlu dilakukan upaya pembinaan yang lebih intensif lagi

Kondisi rumah dan perilaku yang sehat akan mencegah penularan penyakit TBC. Lingkungan rumah yang tidak sehat akan mempermudah penularan kuman TBC. Apabila terdapat anggota keluarga yang menderita TBC dan dinyatakan sembuh, kemungkinan akan tertular kembali kuman TBC, karena sifat kuman yang bertahan pada kondisi yang lembab dan kotor.

3. Situasi Sumber Daya Kesehatan

a. Rumah Sakit

Rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah dari tahun 2013-2017 mengalami peningkatan. Pada tahun 2013 jumlah rumah sakit sebanyak 271 meningkat menjadi 280 tahun 2017. Jumlah rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah sampai dengan tahun 2017 terdiri dari 231 Rumah Sakit Umum (RSU) dan 49 Rumah Sakit Khusus (RSK).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56/Menkes/PER/I/2014 mengelompokkan rumah sakit berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.

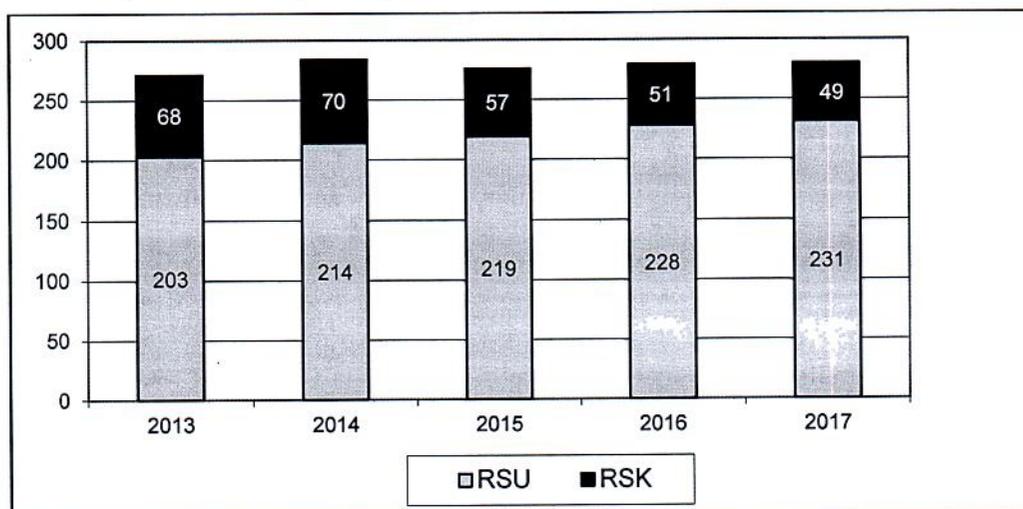
Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Adapun rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

Tabel 7
Perkembangan Jumlah Rumah Sakit berdasarkan Penyelenggara
di Provinsi Jawa Tengah tahun 2013 – 2017

No	Penyelenggara	2013	2014	2015	2016	2017
Pemerintah						
1	Kementerian Kesehatan	5	5	5	5	5
2	TNI / POLRI	12	12	12	12	12
3	Kementerian lain	1	2	4	3	3
Total		18	19	21	20	20
Pemerintah Daerah						
1	Pemerintah Provinsi	7	7	7	7	7
2	Pemerintah Kab/Kota	46	46	47	48	49
Total		53	53	54	55	56
Swasta		200	212	201	204	204
Total		271	284	276	279	280

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2017

Pada tahun 2017, jumlah rumah sakit umum sebanyak 231 unit dan rumah sakit khusus sebanyak 49 unit. Bila dibandingkan dengan tahun 2016, jumlah rumah sakit umum mengalami peningkatan sementara rumah sakit khusus jumlahnya menurun. Perkembangan jumlah rumah sakit umum dan rumah sakit khusus dalam lima tahun terakhir dapat dilihat pada gambar berikut.



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2017

Gambar 5
Perkembangan Jumlah Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus
di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013 – 2017

Sesuai dengan Permenkes 67/2016 tentang penanggulangan TBC. Penemuan dan pengobatan untuk penanggulangan TBC dilaksanakan oleh seluruh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang meliputi Puskesmas, Klinik, dan Dokter Praktik Mandiri (DPM) serta Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang meliputi: Rumah Sakit

Pemerintah, non pemerintah dan Swasta, Rumah Sakit Paru (RSP), Balai Besar/Balai Kesehatan Paru Masyarakat (B/BKPM).

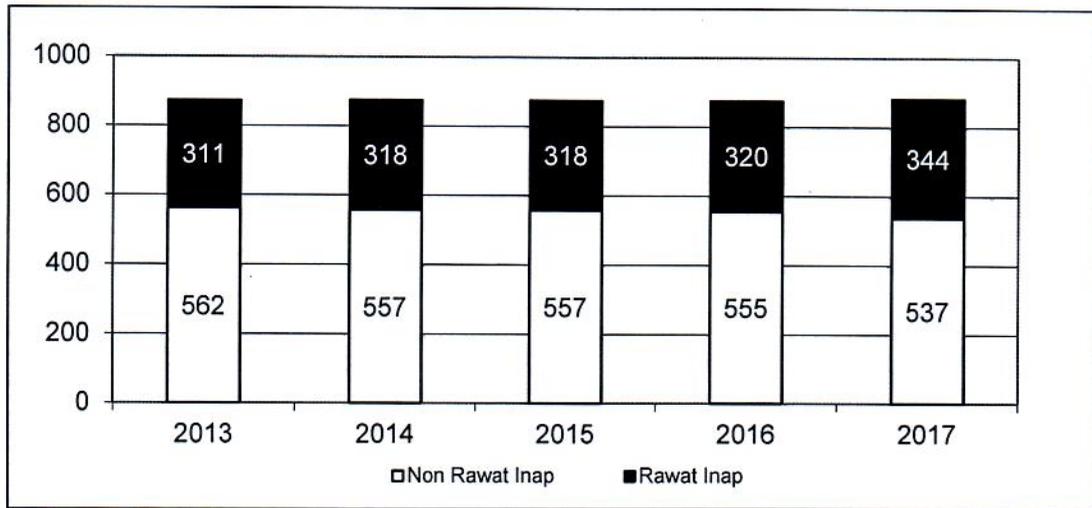
Peningkatan jumlah rumah sakit dapat mempermudah akses masyarakat ke fasilitas layanan, namun di sisi lain diperlukan komitmen yang kuat untuk memberikan pelayanan kepada pasien TBC sesuai standar mulai dari penegakkan diagnosis sampai dengan pengobatan sekaligus pencatatan dan pelaporan sesuai dengan standart. Rumah sakit harus menetapkan Tim DOTS yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program Penanggulangan TBC.

b. Puskesmas dan Jaringannya

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat mendefinisikan puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerja.

Dalam menjalankan fungsinya sebagai pusat pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, pusat pelayanan kesehatan masyarakat primer, dan pusat pelayanan kesehatan perorangan primer, puskesmas berkewajiban memberikan upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan. Upaya kesehatan wajib terdiri dari : (1) Upaya promosi kesehatan; (2) Upaya kesehatan lingkungan; (3) Upaya kesehatan ibu dan anak serta Keluarga Berencana; (4) Upaya perbaikan gizi; (5) Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular; (6) Upaya pengobatan.

Jumlah puskesmas sampai dengan Desember 2017 sebanyak 881 unit bertambah 6 unit dibanding tahun 2016 yaitu masing-masing 1 puskesmas di Kabupaten Rembang, Kabupaten Temanggung, Kabupaten Pekalongan dan 3 puskesmas di Kabupaten Pemasang. Jumlah tersebut terdiri dari 344 unit puskesmas rawat inap dan 537 unit puskesmas non rawat inap, ada perubahan dari tahun 2016 yaitu perubahan 24 puskesmas non rawat inap menjadi rawat inap. Jumlah Puskesmas dalam kurun lima tahun terakhir adalah seperti pada gambar 6 berikut:



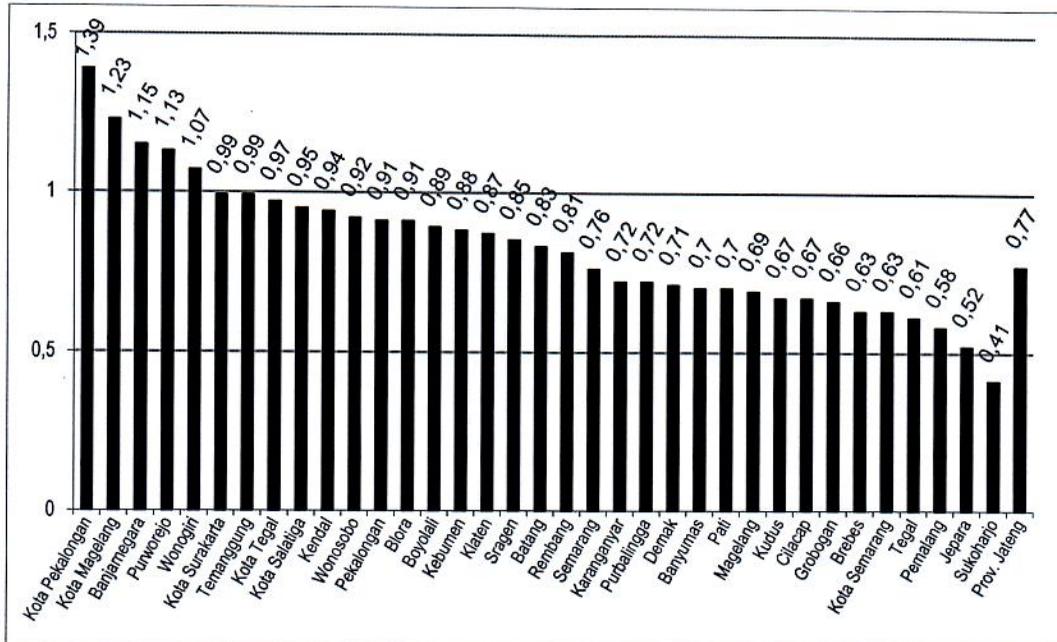
Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2017

Gambar 6
Perkembangan Jumlah Puskesmas Rawat Inap dan Non Rawat Inap
di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013 – 2017

Gambar di atas menunjukkan perkembangan jumlah puskesmas dari tahun 2013 sampai dengan tahun 2017, peningkatan jumlah terjadi pada tahun 2014 sebanyak 2 unit puskesmas dan tahun 2017 sebanyak 6 puskesmas. Perubahan terjadi pada jumlah puskesmas rawat inap yang bertambah di setiap tahun, kecuali pada tahun 2015, yang diikuti dengan penurunan jumlah puskesmas non rawat inap disebabkan adanya perubahan status dari puskesmas non rawat inap menjadi puskesmas rawat inap.

Peningkatan jumlah puskesmas tidak mengindikasikan secara langsung seberapa baik keberadaan puskesmas mampu memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan primer di masyarakat. Indikator yang mampu menggambarkan secara kasar tercukupinya kebutuhan pelayanan kesehatan primer oleh puskesmas adalah rasio puskesmas terhadap 30.000 penduduk.

Rasio puskesmas terhadap 30.000 penduduk pada tahun 2017 sebesar 0,77. Dalam kurun waktu 5 tahun terakhir rasio tersebut relatif tidak ada perubahan. Dengan demikian rasio puskesmas per 30.000 penduduk masih kurang, sehingga perlu adanya pembangunan puskesmas baru. Namun permasalahan yang dihadapi adalah ketika membangun puskesmas baru, tidak sekedar bangunan saja yang disediakan melainkan juga peralatan dan sumber daya manusianya. Sedangkan saat ini untuk penambahan pegawai baru sangat sedikit.



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2017

Gambar 7
Rasio Puskesmas Per 30.000 Penduduk Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017

Dari gambar 7, terdapat 5 kabupaten/kota dengan rasio puskesmas per 30.000 penduduk lebih dari satu yaitu Kota Pekalongan 1,39; Kota Magelang 1,23; Kabupaten Banjarnegara 1,15; Kabupaten Purworejo 1,13; dan Kabupaten Wonogiri 1,07. Kabupaten/kota dengan rasio puskesmas terendah adalah Kabupaten Sukoharjo yaitu 0,41, diikuti Kabupaten Jepara 0,52, dan Kabupaten Pemalang 0,58.

Dalam program penanggulangan TBC Puskesmas sebagai faskes primer yang memberikan layanan TBC sesuai standar. Puskesmas harus menetapkan dokter, perawat, dan analis laboratorium terlatih yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program Penanggulangan TBC. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota wajib melakukan monitoring, pembinaan dan evaluasi atas kinerja Puskesmas dalam penanggulangan TBC.

Selain puskesmas dan Rumah Sakit, terduga TBC bisa akses ke faskes lain seperti Dokter Praktek Mandiri, Klinik, Bidan dll untuk mendapatkan pelayanan TBC. Semua petugas dan fasilitas kesehatan harus memberikan pelayanan sesuai standart mengacu pada strategi DOTS dan ISTC (*International Standart for Tuberculosis Care*).

Jenis dan jumlah fasilitas kesehatan seperti pada tabel 8 sebagai berikut :

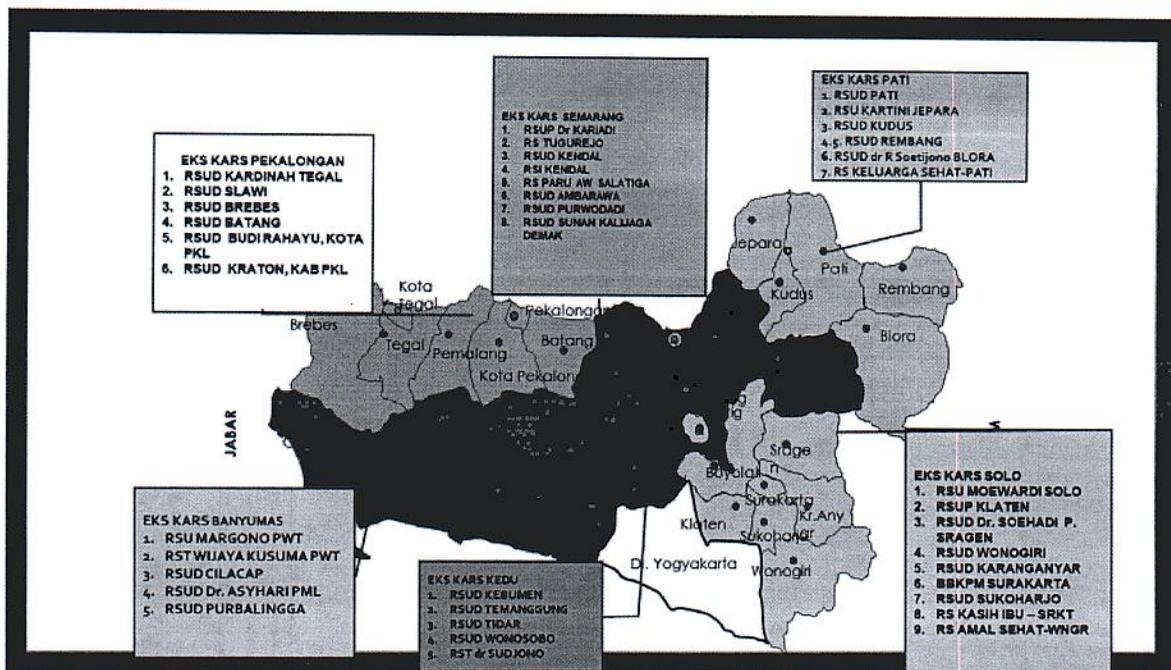
Tabel 8
Jenis dan Jumlah Fasilitas Kesehatan di Jawa Tengah Tahun 2017

NO	FASILITAS	PEMILIKAN/PENGELOLA						JUMLA
		KEMENK	PEM.PR	PEM.KAB/K	TNI/POL	BUM	SWAS	
RUMAH SAKIT								
1	Rumah Sakit	2	4	46	12	3	161	228
2	Umum Rumah	3	3	2	-	-	43	51
BALKESMAS								
1	BBKPM/BKPM	1		4				5
2	Balkesmas		5					5
PUSKESMAS DAN JARINGANNYA								
1	Puskesmas Rawat Inap			320				320
	Jmlh Tempat			3.560				3.560
2	Tidur			555				555
3	Puskesmas Non Rawat			964				964
4	Inap Puskesmas Keliling			1.575				1.575
SARANA PELAYANAN LAIN								
1	Rumah Bersalin	-	-	1	-	-	205	206
2	Balai Pengobatan/Klinik	-	-	52	17	1	1.094	1.164
3	Praktik Dokter Bersama	-	-	-	-	-	206	206
4	Praktik Dokter Perorangan	-	-	32	-	3	7.668	7.703
5	Praktik Pengobatan	-	-	-	-	-	1.875	1.875
6	Tradisional	1	3	15	2	-	19	40
7	Bank Darah Rumah Sakit	-	-	15	1	-	13	29
SARANA PRODUKSI DAN DISTRIBUSI KEFARMASIAN								
1	Industri Farmasi			1	-	-	20	21
2	Industri Obat Tradisional			-	-	-	16	16
3	Usaha Kecil Obat			-	-	-	58	58
4	Tradisional Produksi Alat			-	-	-	29	29
5	Kesehatan Pedagang			-	-	-	216	216
6	Besar Farmasi Apotek			17	-	10	3.308	3.335
7	Toko Obat			-	-	-	307	307
8	Penyalur Alat Kesehatan			-	-	-	208	208

c. Fasilitas Kesehatan dengan layanan Test Cepat Molekuler (TCM)

TCM merupakan terobosan teknologi untuk mendiagnosis TBC. Dibanding dengan pemeriksaan dahak dengan mikroskopis, diagnosis TBC dengan TCM akan lebih mudah, lebih cepat dan lebih akurat. Alat TCM ini selain mendeteksi keberadaan kuman TBC juga dapat mendeteksi resistensi terhadap obat TBC, sehingga apabila ditemukan pasien TBC yang kebal obat, maka dapat ditetapkan paduan obat yang sesuai.

Sampai dengan tahun 2017 telah terdistribusi TCM di 37 Rumah sakit dan 1 Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM) yang berada di 31 Kabupaten/Kota. Diharapkan semua kabupaten/kota nantinya tersedia minimal 1 fasilitas kesehatan dengan layanan TCM.



Gambar 2.8
Distribusi alat TCM di Jawa Tengah Tahun 2017

Dengan penggunaan TCM yang semakin luas di satu sisi akan meningkatkan temuan jumlah kasus TBC dan Kasus TBC resisten Obat, disisi lain diperlukan jejaring internal maupun eksternal yang optimal untuk memberikan pelayanan yang sesuai standart guna meningkatkan angka kesembuhan pasien TBC. Program penanggulangan TBC tidak hanya menemukan tetapi juga mengobati sampai sembuh.

d. Fasilitas Kesehatan Rujukan TB Resisten Obat

Saat ini baru terdapat 5 Rumah Sakit yang menjadi rujukan pasien TBC resisten obat, yakni RSUP dr. Kariadi, RSUD dr Moewardi, RSUD Cilacap, RSP Ario Wirawan dan RSUD Kardinah. Jumlah penderita TBC resisten obat menunjukkan peningkatan, sehingga diperlukan pengembangan jumlah RS yang menangani TBC resisten obat. Apabila penanganan hanya terbatas di 5 Rumah Sakit tadi maka, daftar antrian pasien TBC resisten obat yang akan memulai pengobatan semakin panjang, sehingga berpengaruh terhadap peningkatan angka putus berobat, kegagalan pengobatan dan kematian.

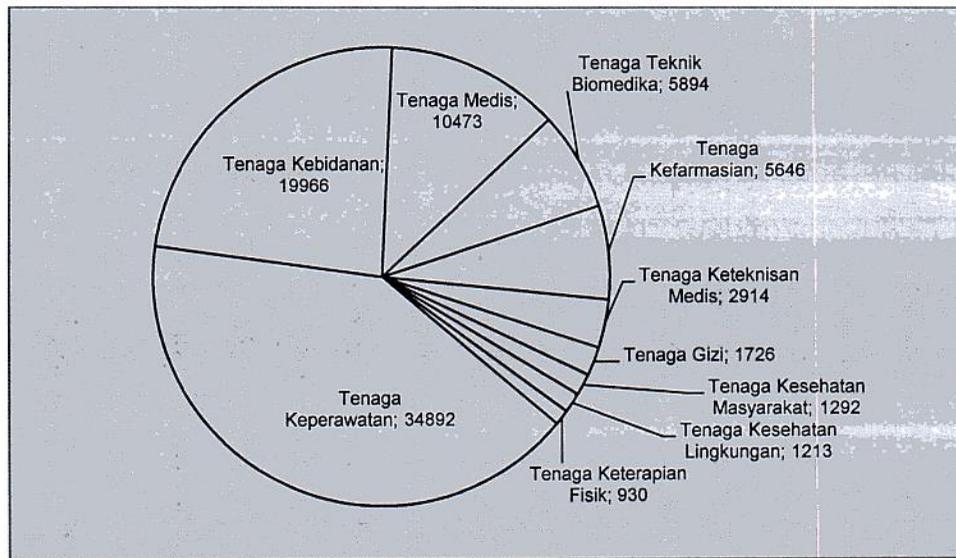
4. Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan dikelompokkan menjadi beberapa rumpun dan sub rumpun. Rumpun tenaga kesehatan menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan Pasal 11 adalah tenaga medis, tenaga psikologi klinis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan,



tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis, tenaga teknik biomedika, tenaga kesehatan tradisional, dan tenaga kesehatan lain.

Total tenaga kesehatan pada tahun 2017 sebanyak 115.114 orang yang terdiri dari 84.946 orang tenaga kesehatan (73,8%) dan 30.168 orang tenaga penunjang kesehatan (26,2%). Proporsi tenaga kesehatan terbanyak yaitu tenaga keperawatan sebesar 41,1% dari total tenaga kesehatan, sedangkan proporsi tenaga kesehatan yang paling sedikit yaitu tenaga keterampilan fisik sebesar 1,1% dari total tenaga kesehatan.



Sumber : Data Program SDMK Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017

Gambar 9
Tenaga Kesehatan Menurut Jenis
di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017

5. Epidemi TBC

Jumlah penderita TBC di Indonesia masih cukup tinggi. Berdasarkan laporan WHO, sepanjang tahun 2017 diperkirakan 1.020 kasus. Jumlah tersebut menempatkan Indonesia sebagai wilayah epidemi TBC terbesar kedua setelah India.

Jumlah penderita TBC di Jawa Tengah tahun 2017 sebanyak 47.850 kasus, meningkat dibanding tahun 2016 sebesar 39.982 kasus, meskipun demikian jumlah kasus yang ditemukan baru mencapai 44 % dari estimasi kasus yang ada.

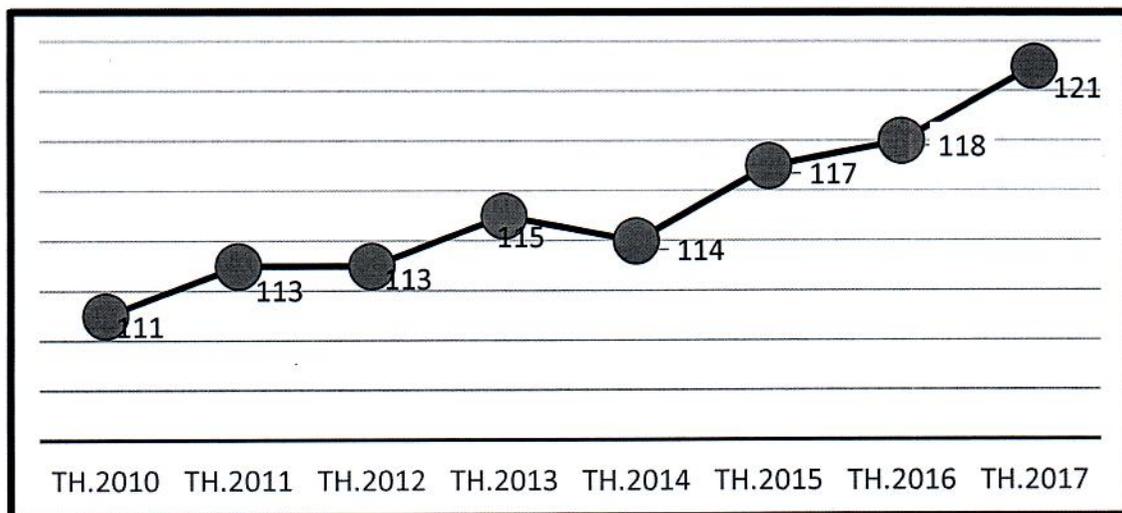
Indikator yang menunjukkan besarnya masalah epidemi TBC adalah sebagai berikut:

a. Angka Notifikasi Kasus (*Case Notification Rate = CNR*)

Angka Notifikasi Kasus (*Case Notification Rate = CNR*) adalah angka yang menunjukkan jumlah pasien baru yang ditemukan dan tercatat diantara 100.000 penduduk di suatu wilayah. Angka ini apabila

dikumpulkan serial, akan menggambarkan kecenderungan penemuan kasus dari tahun ke tahun di wilayah tersebut. Angka ini berguna untuk menunjukkan kecenderungan meningkat atau menurunnya penemuan pasien pada wilayah tersebut.

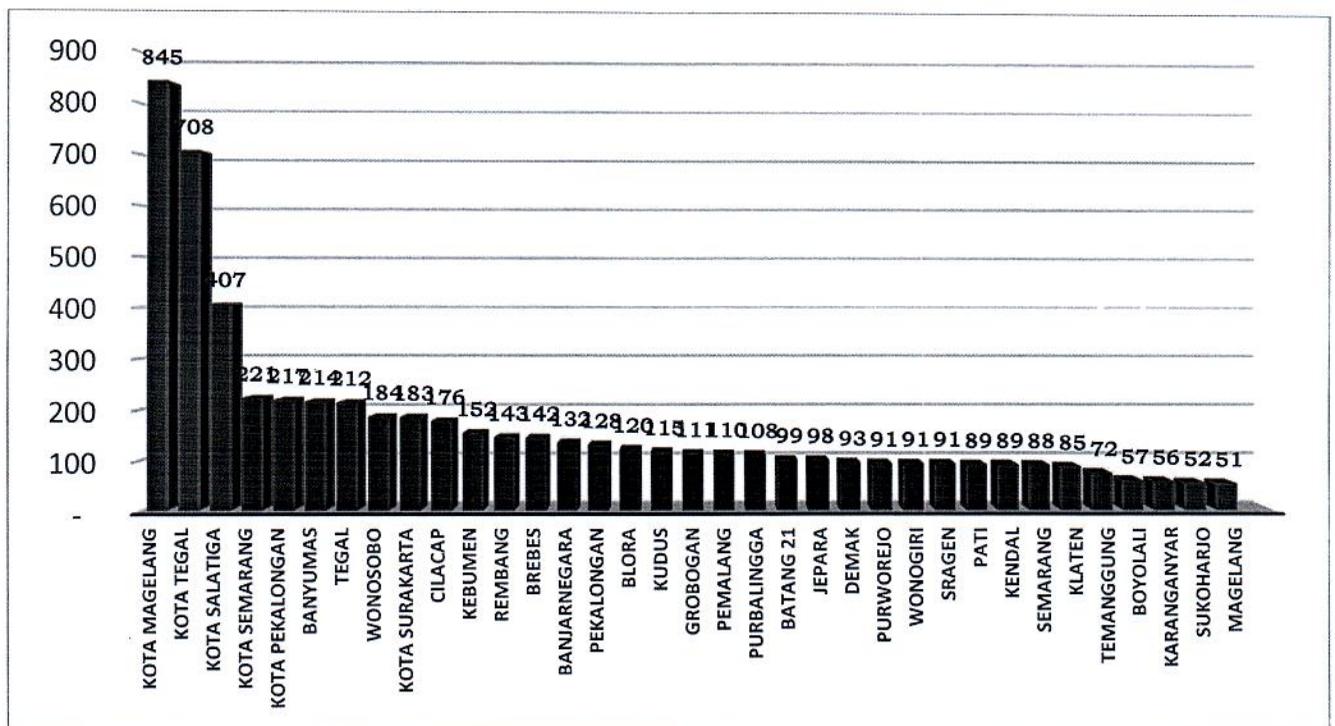
CNR untuk semua kasus TBC tahun 2017 sebesar 121 per 100.000 penduduk, meningkat jika dibandingkan tahun 2016 yaitu 118 per 100.000 penduduk. Perbedaan angka CNR di nasional dan perhitungan Jawa Tengah dimungkinkan karena perbedaan sumber data jumlah penduduk sebagai denominator. Pencapaian CNR tahun 2017 apabila dibandingkan dengan target RPJMD sudah memenuhi target yang ditetapkan sebesar 120/100.000 penduduk, namun demikian apabila dibandingkan dengan estimasi insidens secara nasional, capaian tersebut masih dibawah target nasional sebesar 303/100.000 penduduk.



Gambar 11
Angka Notifikasi Kasus (Case Notification Rate/CNR) TBC di Jawa Tengah tahun 2010-2017

3 (tiga) Kabupaten/kota dengan CNR tertinggi adalah Kota Magelang yaitu 845 per 100.000 penduduk, diikuti Kota Tegal (708 per 100.000 penduduk), dan Kota Surakarta (403 per 100.000 penduduk). Tingginya angka CNR di 3 (tiga) kota tersebut dimungkinkan karena selain banyak fasilitas pelayanan kesehatan secara umum, juga sistem pencatatan berbasis penemuan kasus di faskes dan bukan berbasis domisili. Selanjutnya 3 (tiga) Kabupaten/kota dengan CNR terendah adalah Kabupaten Magelang. yaitu 51 per 100.000 penduduk, diikuti kab. sukoharjo (52per 100.000 penduduk), Kabupaten Karanganyar (56/100.000 penduduk). CNR dimasing-masing kabupaten/kota sebagaimana gambar 12





Gambar 12
 Angka Notifikasi Kasus (Cases Notification Rate/CNR) TBC Kab/Kota se Jawa
 Tengah Tahun 2017

Distribusi CNR yang tidak merata di semua kabupaten/kota menunjukkan kinerja program yang bervariasi. Selain bervariasinya komitmen para stake holder dalam program penanggulangan TBC di daerah, kegiatan penemuan kasus TBC berbasis masyarakat berupa kontak investigasi, penjarangan terduga TBC pada populasi berisiko seperti pondok pesantren, daerah padat, kumuh dan miskin belum dilakukan secara optimal. Selain itu kolaborasi layanan di fasilitas kesehatan belum dilaksanakan secara optimal.

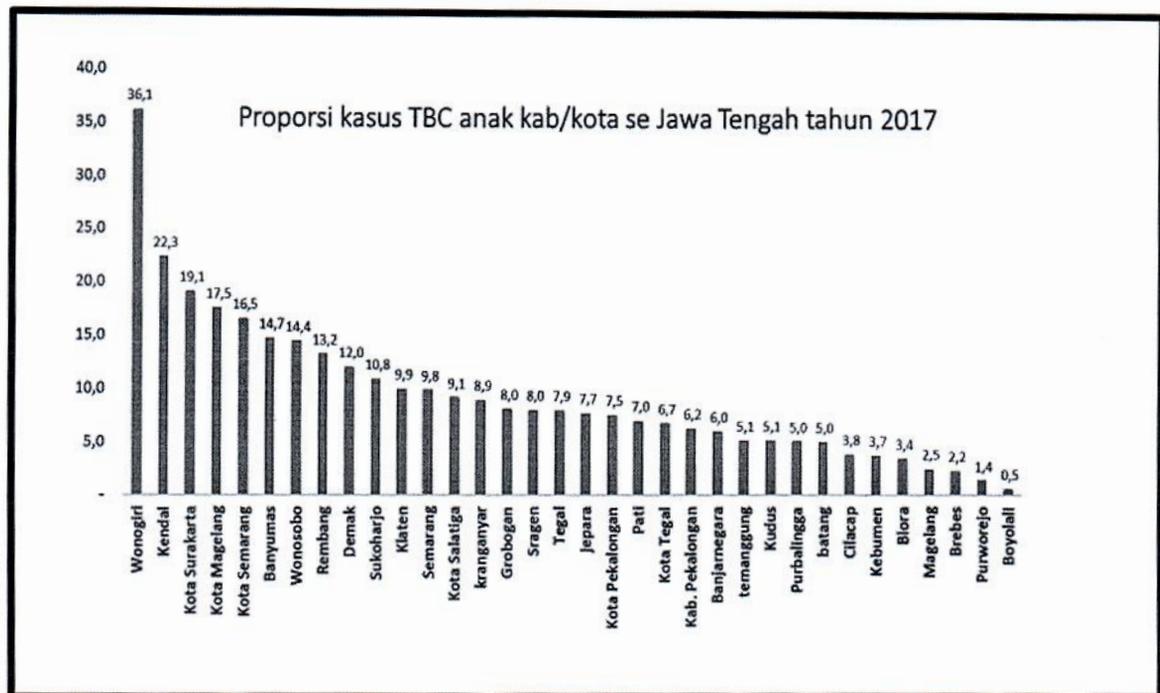
Peningkatan CNR merupakan langkah awal untuk eliminasi TBC. Semakin banyak kasus TB yang ditemukan untuk diobati sampai sembuh, semakin cepat mata rantai penularan TBC terputus dan semakin cepat eliminasi TBC dapat tercapai. Upaya peningkatan CNR perlu didukung semua pihak baik lintas program maupun lintas sektor termasuk pelibatan masyarakat.

b. Proporsi Kasus TBC Anak 0 – 14 Tahun

Proporsi kasus TBC anak diantara seluruh kasus TBC adalah persentase kasus TBC anak (< 15 tahun) diantara seluruh kasus TBC tercatat. Proporsi kasus TBC anak di antara kasus baru Tuberkulosis Paru yang tercatat tahun 2017 sebesar 9,12 % naik dibandingkan proporsi TBC anak tahun 2016 yaitu 6,47 persen. Jumlah Kasus TBC anak yang ditemukan pada tahun 2017 sebanyak 4.365 kasus.



Proporsi kasus TBC anak tertinggi terdapat di Kabupaten Wonogiri dengan angka 35,2%, angka ini lebih tinggi dibanding perkiraan proporsi kasus TBC anak secara nasional yakni 10-12%. Tingginya kasus TBC anak dimungkinkan karena *over diagnosis*, sebaliknya capaian proporsi kasus TBC anak dimungkinkan karena *under diagnosis* atau *under reported*. Proporsi kasus TBC anak di masing-masing kabupaten/kota sebagaimana pada gambar 13



Gambar 13
Proporsi kasus TBC anak di kab/kota se Jawa Tengah tahun 2017

Adanya kasus TBC anak merupakan cerminan bahwa di sekitar anak tersebut ada sumber penularan. Oleh karenanya sumber tersebut harus dicari dan diobati. Anak yang terinfeksi TBC bila tidak mendapat penanganan yang tepat akan menjadi sakit dan akan mempengaruhi tumbuh kembangnya. Bahkan anak tersebut akan menjadi sumber penularan TBC di masa depan. Mengingat anak adalah aset negeri, masa depan bangsa maka perlu kepedulian bersama dalam penanggulangan TBC pada anak.

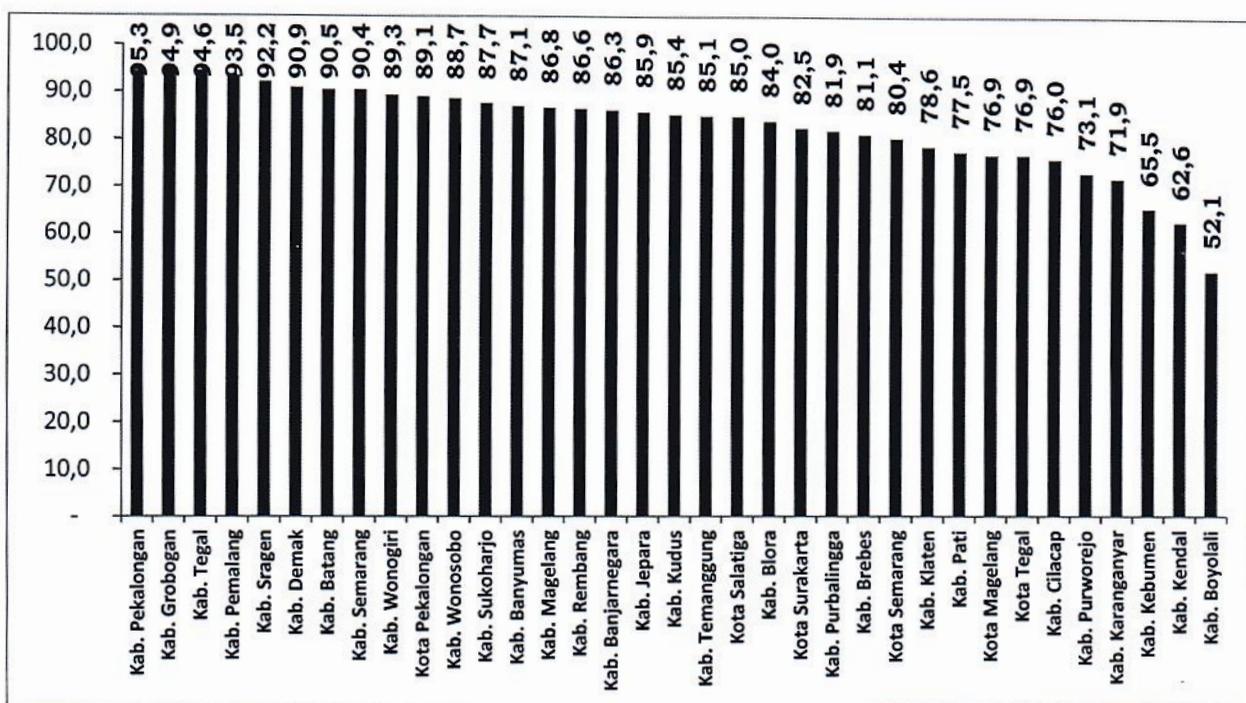
c. Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC semua kasus

Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC semua kasus atau *success rate* adalah jumlah semua kasus TBC yang sembuh dan pengobatan lengkap dibagi semua kasus TBC yang diobati dan dilaporkan. Angka ini menggambarkan kualitas pengobatan TBC

Dari 35 kabupaten/kota terdapat 8 kabupaten (22,85%) dengan angka keberhasilan pengobatan yang telah memenuhi target (> 90%) yakni Kabupaten Pekalongan (95,3%), kemudian Kabupaten Grobogan (94,9%)

dan Kabupaten Tegal (94,5%), Kabupaten Sragen (92,2 %), Kabupaten Demak (90,9%), Kabupaten Batang (90,5%) dan Kabupaten Semarang (90,4%). Sehingga masih 27 Kabupaten/Kota (77,15 %) dengan angka keberhasilan pengobatan tuberkulosis dibawah target yang ditetapkan.

Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC semua kasus di masing-masing kabupaten kota sebagaimana gambar 14 dibawah ini :



Gambar 14
Angka keberhasilan pengobatan TBC di kab/kota se Jawa tengah Tahun 2016

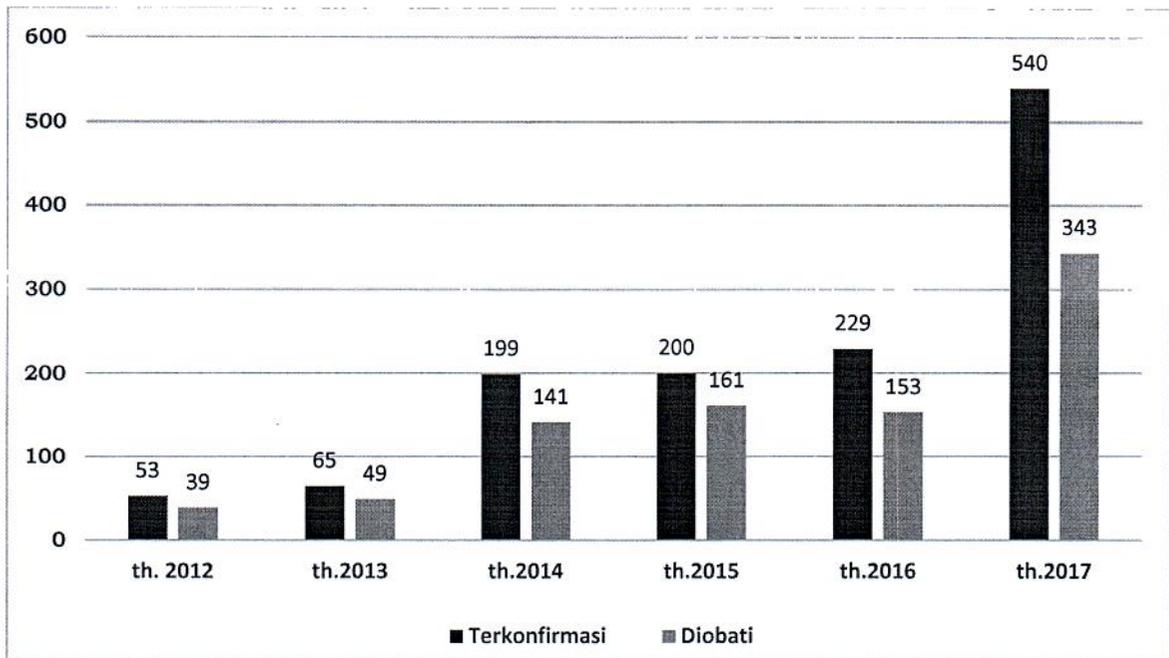
Pengobatan TBC membutuhkan waktu yang lama 6-8 bulan bagi pasien TB sensitif obat dan 24-28 bulan bagi pasien TBC kebal obat atau resisten obat. Lamanya waktu pengobatan dan efek samping obat berpengaruh terhadap kepatuhan minum obat. Kemungkinan bila pasien TBC tidak menyelesaikan pengobatan adalah kekambuhan TBC , mengingat kuman TBC yang bersifat dorman, kemungkinan lain adalah menjadi TBC resisten Obat, sehingga harus mendapatkan pengobatan dengan waktu yang lebih lama lagi. Untuk penyelesaian pengobatan, pasien TBC membutuhkan dukungan psikososial dari lingkungan sekitar.

Kinerja program yang baik salah satunya ditandai dengan jumlah penemuan kasus yang tinggi diikuti dengan angka keberhasilan pengobatan, karena tantangan yang dihadapi oleh kabupaten/kota dengan jumlah kasus yang tinggi akan lebih kompleks jika dibandingkan dengan kabupaten/kota dengan angka penemuan kasus yang rendah.

Dari 35 kabupaten/kota hanya 5 kabupaten/kota (14,3%) dengan indikator angka penemuan kasus dan angka keberhasilan pengobatan yang baik.

d. Kasus TBC Resisten Obat

Angka keberhasilan pengobatan yang rendah merupakan salah satu potensi untuk meningkatnya kasus TBC Resisten Obat. Data yang ada menunjukkan jumlah kasus TBC Resisten Obat yang ditemukan cenderung mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Jumlah kasus TBC Resisten Obat yang ditemukan pada tahun 2017 sebanyak 540 kasus, meningkat 2 kali lipat lebih dibanding tahun 2016 sebanyak 229. Peningkatan penemuan kasus TB Resisten Obat tahun 2017 salah satunya dikarenakan ketersediaan alat Test Cepat Molekuler di 38 fasilitas kesehatan yang ada di 31 kabupaten/kota (tahun 2016 hanya ada di 7 fasilitas kesehatan).



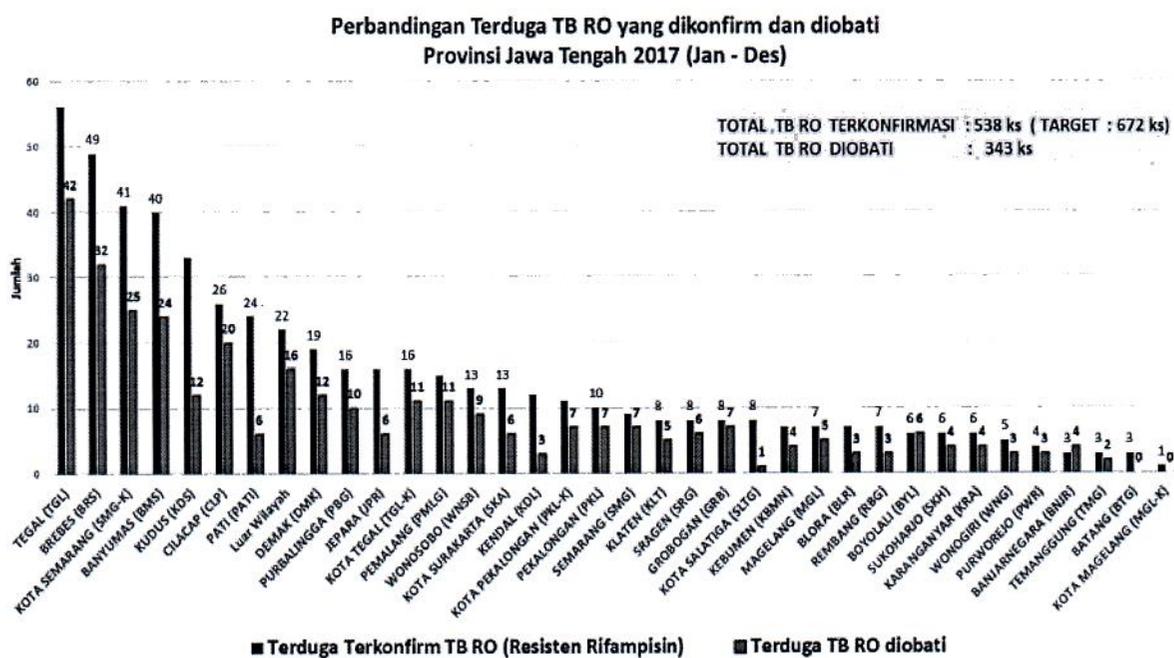
Gambar 15
Kasus TBC Resisten Obat terkonfirmasi dan diobati tahun 2012-2017

Peningkatan penemuan kasus TBC resisten obat belum didukung penambahan faskes rujukan TBC resisten obat. Saat ini hanya ada 5 faskes Rujukan TBC resisten obat yaitu RSUP dr. Kariadi, RSUD dr. Moewardi, RSP Ario Wirawan, RSUD Cilacap dan RSUD Kardinah. Keterbatasan fasilitas kesehatan rujukan TBC resisten ini menyebabkan belum semua pasien TBC Resisten Obat mendapatkan pengobatan.

Pengembangan rumah sakit rujukan TBC resisten obat perlu dukungan semua pihak terutama dalam dukungan anggaran untuk menyiapkan sarana dan prasarana layanan TBC resisten obat.

Kesenjangan antara jumlah pasien TBC resisten Obat yang terkonfirmasi dengan jumlah pasien TBC resisten obat yang memulai pengobatan, akan menjadi faktor risiko terjadinya peningkatan kasus TBC resisten obat yang lebih tinggi dan meluas di setiap kab/kota

Bila dilihat distribusi kasus TBC resisten obat, maka kabupaten/kota dengan jumlah kasus TBC resisten obat terdapat di Kabupaten Tegal dengan jumlah pasien terkonfirmasi TBC resisten obat sebanyak 56 pasien, namun yang sudah diobati baru 42 pasien, selanjutnya Kabupaten Brebes dengan jumlah pasien terkonfirmasi TBC resisten obat sebanyak 49 pasien dan yang diobati baru 32 pasien.



Gambar 15
Jumlah terduga TBC resisten obat yang terkonfirmasi dan jumlah TBC resisten obat yang diobati tahun 2017

Target penemuan pasien TBC resisten obat sesuai dengan estimasi kasus dihitung dengan menggunakan rumus 2% kasus baru ditambah dengan 12% kasus pengobatan ulang. Kabupaten yang tercatat tidak terdapat kasus TBC resisten obat dimungkinkan karena jejaring dan akses layanan alat test cepat molekuler yang belum optimal.

Pasien TBC resisten obat akan menularkan kepada orang lain kuman TBC yang juga resisten obat. Masih banyaknya kasus TBC resisten obat yang belum ditemukan, menjadi ancaman eliminasi TBC. Oleh karenanya diperlukan upaya upaya untuk meningkatkan jejaring internal



dan eksternal di fasilitas pelayanan kesehatan untuk menemukan pasien TBC resisten obat sebanyak mungkin dan selanjutnya diobati sampai sembuh sebagai upaya untuk memutuskan mata rantai penularan.

e. Kasus TB-HIV

Epidemi HIV sangat berpengaruh pada meningkatnya kasus TBC. Penanggulangan TBC tidak akan berhasil tanpa keberhasilan pengendalian HIV. Kolaborasi kedua program tersebut merupakan suatu keharusan agar mampu menanggulangi kedua infeksi tersebut secara efektif dan efisien. Dengan Kolaborasi TB-HIV maka semua pasien TBC mengetahui status HIV dan sebaliknya setiap ODHA dilakukan kaji TBC.

Prosentase pasien TBC yang mengetahui status HIV tahun 2017 sebesar 38% melebihi target nasional (30%). Indikator yang masih perlu kerja keras adalah prosentase ODHA yang mendapatkan IPT (Isoniazide Preventive Therapy). Pemberian IPT selama 6 bulan kepada ODHA dimaksudkan untuk mencegah ODHA terkena TBC. Rendahnya capaian IPT salah satunya disebabkan masih ada keengganan atau keraguan para klinisi terhadap pemakaian Isoniazide atau INH sebagai terapi pencegahan TBC pada ODHA, ada kekhawatiran pemberian INH akan meningkatkan resistensi terhadap INH dan mengurangi efektifitas pemberian obat HIV yaitu Anti Retroviral (ARV). Selain itu rendahnya pemakaian IPT juga disebabkan belum semua ODHA dikaji status TBC, seharusnya semua ODHA yang berkunjung kelayanan ARV dikaji status TBC nya, namun realisasi hanya 63%.

Tabel 9

Capaian indikator kolaborasi TBC-HIV tahun 2017

Indikator	Numerator/Denominator	Baseline		Target 2017
		Absolut	Capaian (%)	Target Nasional (%)
Tahu Status	Jumlah pasien yang tahu status HIV	18.641	38%	30%
	Jumlah kasus TB	48.751		
TB HIV ARV	Jumlah kasus TB HIV yang mendapat ARV	574	36%	100%
	Jumlah kasus TB-HIV	1.588		
Skrining TB	Jumlah ODHA yang dikaji status TB	8.973	63%	100%
	Jumlah ODHA yang berkunjung	14.213		
IPT	Jumlah ODHA yang mendapat IPT	312	7%	30%
	Jumlah ODHA baru	4.349		

TBC merupakan infeksi oportunistik terbanyak dan penyebab utama kematian pada orang dengan HIV dan AIDS (ODHA). HIV merupakan faktor risiko yang paling penting dalam peningkatan kejadian TBC. Epidemio HIV sangat berpengaruh pada meningkatnya kasus TBC. Penanggulangan TBC tidak akan berhasil tanpa keberhasilan pengendalian HIV. Kolaborasi kedua program tersebut merupakan suatu keharusan agar mampu menanggulangi kedua infeksi tersebut secara efektif dan efisien.

f. Kasus TBC DM

Diabetes Melitus atau disingkat DM adalah penyakit kronis yang melemahkan daya tahan tubuh. Pada tahun 2013, sejumlah 382 juta orang mengalami Diabetes Melitus dan diperkirakan angka ini akan meningkat hingga 592 juta di tahun 2035²⁾. Riset Kesehatan Dasar Nasional tahun 2013 memperkirakan proporsi Diabetes Melitus sebesar 6.9% di antara dewasa (usia >15 tahun), atau 12 juta kasus di Indonesia. Dari penyandang DM yang ditemukan dalam riset tersebut, hanya 30% yang pernah didiagnosis DM sebelumnya³⁾. Kasus DM di Indonesia pada tahun 2030 diperkirakan akan mencapai angka 21.3 juta orang.

Diabetes Melitus meningkatkan risiko berkembangnya infeksi TBC menjadi TBC aktif hingga tiga kali lipat. Kendali glukosa darah pada penyandang DM dengan penyakit penyerta TBC lebih sulit. Pengobatan TBC juga menjadi lebih sulit dengan kemungkinan kegagalan, kekambuhan, dan resistansi obat yang meningkat. Hasil survei di 4 fasilitas pelayanan kesehatan di Jawa Tengah, yaitu RSUP dr.Kariadi, RSI Sultan Agung, Balkesmas Semarang dan Puskesmas Halmahera tahun 2017 didapatkan 15,2% pasien TB DM dari penemuan pasien TB. Kebijakan kolaborasi TBC-DM sudah lama ditetapkan, namun belum semua fasilitas pelayanan kesehatan melaksanakannya, termasuk catatan pasien TBC DM yang belum terdokumentasi dengan baik.

6. Dampak sosial Ekonomi

a. Dampak sosial

Kejadian TBC biasanya berkaitan dengan faktor sosial ekonomi. Menurut WHO, 90% penderita TBC di dunia menyerang kelompok sosial ekonomi rendah atau miskin. Kemiskinan (sosial ekonomi rendah) merupakan keadaan yang mengarah pada kondisi kerja yang buruk, perumahan yang padat, lingkungan yang buruk serta malnutrisi karena

kurangnya kemampuan untuk memenuhi kebutuhan hidup. Keadaan ini dapat menyebabkan menurunnya daya tahan tubuh sehingga memudahkan terjadinya infeksi TBC

Setiap penderita TBC akan terkena dampak sosial berupa : Stigma di masyarakat, kehilangan/kesulitan mendapatkan pekerjaan, tidak dapat melanjutkan sekolah, produktifitas menurun

b. Dampak ekonomi

Beban biaya ekonomi akibat penyakit TBC dengan melihat alur kejadian dan biaya yang timbul baik pasien yang diobati maupun tidak diobati. Jenis biaya yang diperhitungkan:(1) Biaya medis TBC dari pasien yang dirawat ; (2) Beban biaya rumah tangga untuk pasien yang diobati ; (3) Kerugian produktivitas akibat disabilitas, dan; (4) Kerugian produktivitas akibat kematian prematur .

Rata-rata penderita TBC kehilangan waktu produktif selama 3 bulan, dan 20-30% pendapatan keluarga akan hilang karena TBC serta sekitar 15 tahun pendapatan hilang karena kematian yang tdk perlu. Asumsi kerugian ekonomi akibat TBC di Jawa Tengah pada tahun 2017 dengan jumlah total kasus 45.527 kasus yang terdiri dari kasus baru sebanyak 44.264 kasus dan kasus lama sebanyak 1.263 kasus , dengan kematian 942 kasus, dapat digambarkan sebagai berikut :

Tabel 10



ANALISA KERUGIAN EKONOMI AKIBAT TB TAHUN 2017

Komponen Kerugian	Jumlah
Akibat Sakit	
Kasus baru	44.264
Kasus lama	1.263
Total kasus per tahun	45.527
Dissability days/ kasus (hari)/orang	90
Dissability days total	4.097.430
75% hari produktif	3.073.073
Nilai per hari (Rp)	59.443
Nilai (Rp)	182.671.419.389
Akibat Mati	
Jumlah kematian karena TB	942
75% pada usia produktif	707
Asumsi usia kematian /kasus (tahun)	50
Asumsi batas usia produktif	60
Usia produktif yang hilang/ kasus (tahun)	10
Total tahun produktif yang hilang	7.065
Total hari produktif yang hilang	2.578.725
Nilai per hari (Rp)	59.443
Nilai (Rp)	153.286.118.685
Biaya Berobat	
Asumsi % penderita berobat	100%
Jumlah berobat	45.527
Asumsi biaya obat (selama 6 bulan)/or	2.080.000
Nilai (Rp)	94.696.160.000
Total nilai kerugian langsung	430.653.698.074

Dari perhitungan diatas, dapat diasumsikan total kerugian ekonomi akibat sakit TBC pada tahun 2017 sebesar Rp. 430.653.698.074,- Perhitungan tersebut belum termasuk perhitungan pembiayaan yang dikeluarkan akibat TBC Resisten Obat, jumlah pasien TBC Resisten Obat yang ditemukan tahun 2017 sebanyak 538 kasus, apabila 1 pasien TBC-Resisten Obat menghabiskan biaya ± Rp.100.000.000,- ,maka bisa disimpulkan beban ekonomi yang cukup besar, sehingga perlu upaya-upaya promotif dan preventif dalam penanggulangan TBC.

Orang yang terkena TBC lebih mungkin untuk jatuh ke dalam kemiskinan, mengingat dampak ekonomi dari penyakit ini. Hubungan erat antara kemiskinan dan TBC telah membuat masyarakat beranggapan bahwa TBC merupakan penyakit orang miskin atau orang dengan tingkat ekonomi rendah, namun dugaan ini tidak sepenuhnya benar. Orang dengan tingkat sosial ekonomi menengah ke atas pun juga bisa terkena atau tertular penyakit ini. Orang bisa tertular ditempat-tempat dengan risiko penularan



yang tinggi seperti di tempat kerja atau di perjalanan. Orang yang lebih sering bekerja dan kontak dengan penderita TBC seperti petugas kesehatan, petugas laboratorium juga memiliki risiko tinggi tertular penyakit TBC.

B. Pengendalian TB dalam Kebijakan Pembangunan Daerah Jawa Tengah

1. Program Pengendalian TBC dalam RPJMD Jawa Tengah Tahun 2013 – 2018

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Jawa Tengah (RPJMD) Tahun 2013–2018 telah ditetapkan dengan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 5 Tahun 2014. RPJMD tersebut merupakan penjabaran visi, misi dan program Kepala Daerah terpilih yang penyusunannya berpedoman pada Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD) Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2025 dan memperhatikan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2010-2014, di dalamnya memuat tujuan, sasaran, strategi, arah kebijakan pembangunan Daerah dan keuangan Daerah, serta program Perangkat Daerah dan lintas Perangkat Daerah yang disertai dengan kerangka pendanaan bersifat indikatif untuk jangka waktu 5 (lima) tahun.

Visi pembangunan Tahun 2013-2018 adalah *Menuju Jawa Tengah Sejahtera dan Berdikari – “Mboten Korupsi, Mboten Ngapusi”*. Dalam rangka Menuju Jawa Tengah Sejahtera dan Berdikari tersebut maka prinsip *Mboten Korupsi, Mboten Ngapusi* merupakan sikap dasar, kemauan dan perilaku yang harus diemban dan diterapkan oleh seluruh pelaku pemangku kepentingan dalam pembangunan.

Berdasarkan analisis gambaran umum kondisi selama lima tahun terakhir, terdapat berbagai aspek pembangunan yang telah mengalami kemajuan atau keberhasilan, namun disisi lain terdapat pula berbagai permasalahan dan tantangan yang masih dihadapi dan perlu ditangani melalui serangkaian kebijakan dan program secara terencana, sinergis, dan berkelanjutan.

Permasalahan terkait dengan pembangunan kesehatan utamanya dalam pencegahan penanggulangan penyakit adalah meningkatnya jumlah kasus penyakit menular seperti penemuan kasus TBC dikarenakan belum semua komponen pelaksana penemuan kasus di sarana pelayanan kesehatan mendapatkan pelatihan, serta keterbatasan prasarana sarana di Puskesmas dan rumah sakit. Masih tingginya kasus DBD dikarenakan kondisi iklim tidak stabil dan tingginya curah hujan sehingga berpotensi pada meningkatnya perkembangbiakan nyamuk *Aedes Aegypti*, serta

belum optimalnya kegiatan PSN. Tingginya kasus HIV/AIDS dimungkinkan karena semakin meningkatnya perilaku seks bebas, penyalahgunaan narkoba dan obat-obatan terlarang, serta belum optimalnya upaya pencegahan penularan penyakit HIV/AIDS.

Selain itu terdapat kecenderungan peningkatan kasus penyakit tidak menular (PTM) seperti kanker, jantung, *diabetes miletus*, gagal ginjal dan lainnya yang disebabkan perilaku dan gaya hidup yang tidak sehat (kurang aktifitas fisik, konsumsi alkohol, kebiasaan merokok, dan diet yang tidak seimbang). Peningkatan kasus PTM akan berakibat meningkatnya pembiayaan kesehatan mengingat PTM merupakan penyakit katastropik (lama dan butuh biaya banyak), sehingga diperlukan upaya deteksi dini faktor risiko PTM.

Adapun strategi dalam rangka mengatasi permasalahan tersebut adalah Peningkatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, serta peningkatan cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan yang ditempuh dengan kebijakan meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan melalui pemenuhan prasarana sarana pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, serta pemerataan tenaga kesehatan dan non kesehatan, serta peningkatan pelayanan kesehatan reproduksi.

Program kesehatan yang mendukung terkait dengan pencegahan dan penanggulangan TBC sesuai yang tertuang dalam RPJMD dilakukan melalui indikator peningkatan penemuan kasus baru TBC yang tercatat.

2. Program Pengendalian TBC dalam Rencana Strategis Dinas Kesehatan Jawa Tengah Tahun 2013 – 2018

Penyusunan Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah sebagai upaya dalam melaksanakan pokok – pokok pikiran visi dan misi Pembangunan Jangka Menengah Daerah Jawa Tengah, terutama misi ke-6 yaitu meningkatkan kualitas pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar melalui paket sehat. Implementasi pelaksanaan upaya tersebut dilandasi dengan nilai keutamaan “*mboten korupsi, mboten ngapusi*”. Dokumen ini diharapkan akan memberikan gambaran perwujudan pelayanan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah sampai dengan tahun 2018 serta merupakan bagian Kontrak Kinerja Kepala Dinas Kesehatan dengan Kepala Daerah.

Renstra Perubahan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah TA. 2013-2018 merupakan bagian yang tak terpisahkan dengan dokumen

sebelumnya yaitu Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah TA. 2013-2018, memuat perencanaan periode 5 (lima) tahun, yang di dalamnya termaktub visi dan misi Kepala Daerah, tujuan, strategi, kebijakan, program, dan kegiatan pembangunan yang disusun sesuai dengan tugas dan fungsi Dinas Kesehatan yang menjalankan urusan kesehatan bidang kesehatan serta bersifat indikatif.

Mendasarkan hasil evaluasi pembangunan kesehatan sampai dengan Tahun 2017 terdapat indikator yang belum tercapai pada program pencegahan dan penanggulangan penyakit adalah Angka Kesembuhan TBC Paru, Angka Kesakitan dan kematian DBD, dan penemuan penderita baru kusta.

Strategi pencegahan dan penanggulangan penyakit yang tertuang dalam Renstra ditempuh melalui upaya:

- a. Manajemen P2 berbasis wilayah
- b. Optimalisasi penemuan kasus
- c. Penguatan tatalaksana kasus
- d. Peningkatan kualitas SDM
- e. Penguatan sistem informasi dan Recording Reporting (RR)
- f. Penyediaan logistik dan perbekalan kesehatan
- g. Pengendalian faktor risiko Penyakit Tidak Menular (PTM) dan Kesehatan Jiwa
- h. Pelaksanaan penanggulangan KLB dan Bencana atau krisis kesehatan
- i. Pelaksanaan program imunisasi
- j. Pelaksanaan surveilans Penyakit dapat Ditanggulangi dengan Imunisasi (PD3I) Pelaksanaan kesehatan haji

Sedangkan kebijakan yang tertuang dalam dokumen Renstra Perubahan Dinas Kesehatan adalah Menurunkan angka kesakitan dan angka kematian penyakit menular, mengendalikan faktor risiko penyakit menular dan tidak menular serta meningkatkan surveilans.

3. Program Pengendalian TBC Provinsi Jawa Tengah tahun 2018

Penjabaran dukungan program kegiatan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit TBC yang mengacu pada dokumen RPJMD 2013-2018 dan Renstra Dinas Kesehatan tahun 2013-2018 serta telah dijabarkan melalui perencanaan tahunan seperti yang tertuang dalam dokumen RKPD Tahun 2018 melalui pendekatan strategi antara lain sebagai berikut :

- a. Penguatan kepemimpinan program TBC;



- b. Peningkatan akses layanan TBC yang bermutu;
- c. Pengendalian faktor risiko TBC;
- d. Peningkatan kemitraan TBC;
- e. Peningkatan kemandirian masyarakat dalam penanggulangan TBC;
- f. Penguatan manajemen program TBC

4. Kebijakan anggaran terkait program pengendalian TBC

Proporsi anggaran secara umum bersifat fluktuatif. Untuk anggaran program penanggulangan TBC dibanding dengan anggaran APBD, dan dibanding dengan anggaran Dinas Kesehatan serta dibanding dengan anggaran di seksi pencegahan dan pengendalian penyakit menunjukkan peningkatan.

Tabel 11
Analisis Trend Anggaran APBD Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014-2018 (dalam jutaan)

Tahun	Th. 2014	Th. 2015	Th. 2016	Th. 2017	Th. 2018
	Realisasi	Realisasi	Realisasi	Realisasi	Alokasi
Pendapatan	15.157.460	16.828.153	19.632.577	23.467.518	24.413.659
Belanja	15.086.065	11.387.301	19.354.374	23.363.518	24.993.659
Silpa	16.888.833	416.830	416.830	200.000	
Realisasi Belanja (dalam jutaan)					
Tahun	2014	2015	2016	2017	2018
	Realisasi	Realisasi	Realisasi	Realisasi	Alokasi
APBD	16.038.808	19.631.559	21.155.209	23.363.518	24.993.659
Urs Kesehatan	1.143.128	1.421.453	1.527.231	1.504.597	2.245.965
Dinas Kesehatan	92.823	84.112	81.646	137.134	310.871
Sie P2M	3387	3213	4600	1158	3843
Program TB	110	287	600	1266	345
Rasio/Perbandingan					
Tahun	2014	2015	2016	2017	2018
Belanja/Pendapatan	99,53	67,67	98,58	99,56	102,38
Urs Kesehatan/APBD	7,13	7,24	7,22	6,44	8,99
Dinas Kesehatan/APBD	0,58	0,43	0,39	0,59	1,24
P2PM/APBD	0,02	0,02	0,02	0,00	0,02
P2PM/Dinas Kesehatan	3,65	3,82	5,63	0,84	1,24
TB/APBD	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00
TB/Dinkes	0,12	0,34	0,73	0,92	0,11
TB/P2PM	3,25	8,93	13,04	109,33	8,98

5. Kebijakan lainnya terkait dengan Program Pengendalian TBC di Jawa Tengah

Dalam rangka percepatan penanggulangan TBC di Jawa Tengah telah diterbitkan surat edaran Gubernur Jawa Tengah kepada Bupati/Walikota se Jawa Tengah nomor 443/0003596 tertanggal 27 Pebruari 2018 perihal



dukungan percepatan penanggulangan TBC di Jawa Tengah. Dalam surat edaran tersebut diminta kabupaten/kota untuk :

- a. Menginstruksikan kepada Bupati/Walikota agar mendukung program percepatan penanggulangan TBC
- b. Menugasi Bappeda, untuk mengkoordinasikan Dinas Kesehatan dan Perangkat Daerah terkait lainnya agar memprioritaskan program percepatan penanggulangan TB
- c. Menyusun Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TB yang dapat dijadikan pedoman dalam penyusunan dokumen perencanaan dan penganggaran daerah.
- d. Melibatkan partisipasi masyarakat, tokoh masyarakat, organisasi kemasyarakatan, organisasi agama, organisasi profesi dan dunia . usaha dalam rangka melakukan kampanye pola hidup sehat

Dukungan terhadap penanggulangan TBC juga diperoleh dari institusi pendidikan di antaranya dari Universitas Negeri Semarang (UNNES) yang telah memasukan TBC dalam silabus mata kuliah bagi calon pendidik materi ajar Biologi. Diharapkan pendidik lulusan UNNES dapat menyebarkan pemahaman kepada anak didiknya tentang bahaya TBC.

Selanjutnya Universitas Dian Nuswantoro (UDINUS) juga telah mengembangkan Pusat Studi Tuberkulosis yang bertujuan untuk :

- a. Menghasilkan inovasi baru bentuk Model Penanggulangan dan Pemberantasan Tuberkulosis , utamanya dari segi promotif dan preventif.
- b. Menghasilkan inovasi baru dalam bentuk Pemberdayaan Masyarakat dalam Penanggulangan dan Pemberantasan Tuberkulosis , utamanya dari segi promotif dan preventif.
- c. Menghasilkan inovasi baru dalam bentuk Kemandirian Masyarakat dalam Penanggulangan dan Pemberantasan Tuberkulosis , utamanya dari segi promotif dan preventif.
- d. Menghasilkan inovasi baru dalam bentuk Peningkatan Kemitraan dalam Penanggulangan dan Pemberantasan Tuberkulosis , utamanya dari segi promotif dan preventif
- e. Menghasilkan inovasi baru dalam bentuk Peran Swasta/ Organisasi Profesi/ Organisasi Masyarakat: LSM / Perguruan Tinggi / Perusahaan/ Industri , dalam Penanggulangan dan Pemberantasan Tuberkulosis , utamanya dari segi promotif dan preventif.
- f. Melakukan sinergi dengan Dinas Kesehatan dalam penerapan kebijakan yg telah ditetapkan, serta melakukan usulan pengembangan kebijakan



sesuai hasil-penelitian, pengabdian masyarakat, kebutuhan masyarakat dan perkembangan jaman, utamanya dalam penanggulangan resiko dan pencegahan infeksi/penularan

Telah disusun Rencana Induk Pengembangan (RIP) Pusat Studi Tuberkulosis Universitas Dian Nuswantoro Semarang, yang dijabarkan di dalam kegiatan selama 5 (lima) tahun, sebagai berikut :

- a. Program Pemberdayaan penderita dan orang kontak paru (Tahun 1,2,3)
- b. Peningkatan Kemandirian Penderita dalam penanggulangan TBC Paru (tahun 1,2,3)
- c. Metode pencegahan dan penggulangan Tb paru yang efektif dan memasyarakat (tahun 4,5)
- d. Eksplorasi Teknologi Sarana Pencegahan dan Pengobatan Adjuvant /Eksplorasi obat herbal/tradisional sebagai adjuvant dan Pot dahak steril paru (tahun 1,2,3,4,5)

BAB III

INDIKATOR & TARGET KINERJA

Sesuai dengan Rencana Aksi Nasional (RAN) Program Penanggulangan TBC Nasional, maka Target dan Indikator Program Penanggulangan TBC di tingkat Provinsi Jawa Tengah adalah sebagai berikut :

A. Penguatan Kepemimpinan Program TBC di Kabupaten / Kota

Strategi 1: Penguatan Kepemimpinan Program TB di Kabupaten / Kota								
No	Indikator	Data awal 2017	Target Per Tahun					
			2018	2019	2020	2021	2022	2023
1	Jumlah kabupaten / kota yang memiliki RAD (Rencana Aksi Daerah) Penanggulangan TBC	3	5	13	18	25	30	35
2	Jumlah kabupaten / kota yang proporsi pembiayaan untuk program TBC meningkat	3	5	13	18	25	30	35

B. Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan “TOSS-TBC”

Strategi 2: Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan “TOSS-TBC”								
No	Indikator	Data awal 2017	Target per tahun					
			2018	2019	2020	2021	2022	2023
1	Persentase kabupaten / kota yang telah memiliki jejaring layanan TBC	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Persentase kabupaten / kota minimal 80 % fasyankesnya terlibat dalam PPM (public-private mix)	10.5%	15%	30%	60%	90%	90%	100%
3	Angka cakupan pengobatan semua kasus TBC (case detection rate / CDR) yang diobati	44	66	72	79	85	90	95
4	Angka notifikasi semua kasus TBC (case notification rate / CNR) yang diobati per 100.000 penduduk	121	134	177	201	210	225	240

5	Jumlah semua kasus TBC yang ditemukan dan diobati	46.034	61.077	69.086	70.109	73.210	75.760	80.800
6	Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC semua kasus	82.6%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
7	Persentase kasus TBC resistan obat yang terkonfirmasi	40%	60%	65%	70%	75%	80%	80%
8	Persentase kasus TBC resisten obat yang memulai pengobatan lini kedua	64%	65%	65%	70%	75%	80%	80%
9	Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC resisten obat	65%	70%	70%	75%	75%	80%	80%
10	Persentase Pasien TBC yang mengetahui status HIV	38%	45%	50%	55%	60%	65%	70%
11	Persentase Pasien TBC-HIV mendapatkan PPK selama pengobatan TBC	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12	Persentase Pasien TBC-HIV yang mendapatkan ARV selama pengobatan TBC	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
13	Jumlah kabupaten / kota yang mengikuti uji silang	70%	75%	80%	85%	90%	95%	100%
14	Cakupan penemuan kasus TBC Anak	12,2%	12%	12%	12%	12%	12%	12%

C. Pengendalian Faktor Risiko

Strategi 3: Pengendalian Faktor Risiko								
No	Indikator	Data awal 2017	Target per Tahun					
			2018	2019	2020	2021	2022	2023
1.	Persentase kabupaten / kota yang sudah melaksanakan pengobatan pencegahan dengan INH (PP-INH) untuk anak < 5 tahun	43%	50%	60%	70%	90%	100%	100%



2.	Persentase anak < 5 tahun yang mendapat pengobatan pencegahan dibandingkan estimasi anak < 5 tahun yang memenuhi syarat diberikan pengobatan pencegahan	21.7	20%	30%	40%	50%	50%	50%
3	Persentase rumah tangga yang sudah berperilaku hidup sehat di setiap Kabupaten/Kota	77%	80%	82%	84%	85%	85%	85%

D. Peningkatan Kemitraan TBC melalui Forum Koordinasi TBC

Strategi 4: Peningkatan Kemitraan TB melalui Forum Koordinasi TBC								
No	Indikator	Data awal 2017	Target per Tahun					
			2018	2019	2020	2021	2022	2023
1	Persentase terbentuknya Forum Koordinasi TBC di Kabupaten / Kota	-	25%	50%	75%	75%	100%	100%

E. Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Pengendalian TBC

Strategi 5: Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Pengendalian TBC								
No	Indikator	Data awal 2017	Target Per Tahun					
			2018	2019	2020	2021	2022	2023
1	Persentase kasus TBC yang ditemukan dan dirujuk oleh masyarakat atau organisasi kemasyarakatan (<i>active case finding</i>)	NA	3.5%	10%	20%	30%	40%	40%



F. Penguatan Manajemen Program Melalui Penguatan Sistem Kesehatan

Strategi 6: Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan								
No	Indikator	Data awal 2017	Target Per Tahun					
			2018	2019	2020	2021	2022	2023
1	Persentase kabupaten / kota yang menggunakan SITT TBC	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Persentase kabupaten / kota yang tidak mengalami <i>stock out</i> logistik pada hari terakhir triwulan	85.7%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

BAB IV

ISU STRATEGIS

A. Issue Strategis

Isu strategis merupakan gambaran permasalahan yang harus menjadi prioritas dalam menyusun rencana aksi serta program dan kegiatan yang implementatif, karena dampaknya yang signifikan bagi entitas (daerah / masyarakat) dimasa mendatang, yang apabila tidak di tangani akan menimbulkan kerugian yang lebih besar.

Berangkat dari hasil analisis situasi dan identifikasi kesenjangan dalam penanggulangan TBC Provinsi Jawa Tengah, di identifikasi beberapa isu strategis yang perlu dijadikan prioritas untuk lima tahun ke depan, sebagai berikut :

1. Penemuan kasus TBC yang masih rendah

Analisis data penemuan Kasus TBC (TBC sensitif obat, TBC resisten Obat, TB HIV) menunjukkan masih adanya kesenjangan antara estimasi dan realisasi , masih banyak Kabupaten/Kota dengan hasil penemuan yang rendah. PPM belum diimplementasikan secara optimal demikian juga dengan *mandatory notification* bagi Dokter Praktek Swasta. Adanya kesenjangan ini akan menjadi faktor penghambat tercapainya eliminasi TBC.

2. Kepatuhan Berobat yang masih rendah

Kepatuhan minum obat merupakan kunci untuk keberhasilan pengobatan TBC. Dari data yang ada menunjukkan bahwa angka keberhasilan pengobatan selama 5 tahun masih dibawah target yang ditetapkan, meskipun terdapat kecenderungan peningkatan angka keberhasilan pengobatan pada tahun 2016. Hal ini menjadi faktor risiko untuk terjadinya TBC resisten Obat.

3. Meningkatnya kasus TBC resisten obat

Kasus TBC resisten obat, cenderung mengalami peningkatan bertambahnya fasilitas kesehatan dengan layanan TCM , memberikan kontribusi peningkatan penemuan TB resisten obat. Pasien TB resisten obat ditemukan hampir di semua kabupaten/kota se Jawa Tengah.

Semua Pasien yang terkonfirmasi TBC resisten obat seharusnya segera mendapatkan terapi, namun keterbatasan fasilitas kesehatan Rujukan TBC resisten obat, dengan antrian yang cukup panjang untuk mendapatkan pengobatan, menyebabkan belum semua pasien TBC



resisten obat memulai pengobatan. Kondisi ini tentu saja akan mendorong munculnya kasus TBC resisten obat baru yang semakin meluas.

4. Belum dilaksanakan pengobatan pencegahan TBC (PP-INH)

Pengobatan pencegahan TBC dengan pemberian INH (PP-INH) dilaksanakan dalam upaya memberikan perlindungan bagi kelompok resiko, yaitu pada anak sehat terkontak TBC untuk menjamin generasi yang kuat dan produktif, dan ODHA terkontak TBC untuk menghindari beban ganda TBC dan HIV.

5. Masih banyak pasien TBC tidak diketahui status HIV nya

Keterlambatan mengetahui status HIV selain akan menyebabkan terlambat dalam menangani kasus HIV nya (khususnya untuk pemberian ARV), juga akan menjadi sumber penularan HIV di masyarakat.

6. Hasil pemantauan mutu eksternal laboratorium belum baik

Dalam penanggulangan TBC, pemeriksaan laboratorium dahak merupakan komponen kunci untuk menegakkan diagnosis, evaluasi hasil pengobatan dan tindak lanjut pengobatan, sehingga diperlukan adanya jaminan mutu laboratorium, baik internal maupun eksternal

B. Kerangka Pikir Logis

Dari isu strategis yang teridentifikasi, selanjutnya dilakukan identifikasi permasalahan untuk merumuskan tujuan, strategi, program dan kegiatannya, sebagaimana tampak pada kerangka pikir logis sebagai berikut :

Kerangka Logis Rencana Aksi Daerah TBC Tahun 2018 - 2023

Provinsi Jawa Tengah

Strategi 1: Penguatan Kepemimpinan Program TBC di Kabupaten / Kota

No	Indikator	Data awal 2017	Target Per Tahun						Akar masalah	Analisa Masalah	Program	Kegiatan	Tujuan	Pelaksana		Sumber Dana
			2018	2019	2020	2021	2022	2023						Koordinator	Pendukung	
1.1	Jumlah kabupaten / kota yang memiliki RAD (Rencana Aksi Daerah) Penanggulangan TBC	3	5	13	18	25	30	35	TBC belum menjadi prioritas	belum ada regulasi dari pusat, baru 2016 ada pencaanangan tentang penyusunan RAD P2-TBC	penguatan komitmen	kunjungan advokasi kepada pimpinan daerah kota / kab untuk segera menyusun RAD P2-TBC kota / kab	peningkatan komitmen pimpinan daerah	Din.Kes Prop		APBD
1.2	Jumlah kabupaten / kota yang proporsi pembiayaan untuk program TBC meningkat	3	5	13	18	25	30	35				penyusunan regulasi P2-TBC , termasuk TBC di tempat khusus (work place, sekolah, pesantren, pasar, panti lansia)	ada regulasi untuk P2-TBC	BAPPEDA	Biro Hukum / OPD terkait	APBD
												memfasilitasi penyusunan RAD P2-TBC di tiap kota / kab (narasumber)	ada RAD P2-TBC di 35 kota / kabupaten	Din.Kes Prop		APBD
												kunjungan advokasi kepada pimpinan daerah kota / kab untuk mendorong OPD nya mengalokasikan anggaran untuk P2-TBC	ada dukungan pimpinan daerah untuk usulan alokasi anggaran P2-TBC dari OPD	BAPPEDA	Din.Kes Prop	APBD
												monitoring evaluasi : kunjungan / pertemuan	ada RAD P2-TBC di 35 kota / kab memastikan OPD sudah mengalokasikan biaya anggaran P2-TBC di RKA nya	BAPPEDA	Din.Kes Prop	APBD

8

Kerangka Logis Rencana Aksi Daerah TBCC Tahun 2018 - 2023 Provinsi Jawa Tengah

Strategi 2: Peningkatan Akses Layanan TBCC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"

No	Indikator	Data awal 2017	Target Per Tahun						Akar masalah	Analisa Masalah	Program	Kegiatan	Tujuan	Pelaksana		Sumber Dana				
			2018	2019	2020	2021	2022	2023						Koordinator	Pendukung					
2.1	Persentase kabupaten / kota yang telah memiliki jejaring layanan TBC	100	100	100	100	100	100	100	jejaring masih terbatas pada : puskesmas, RS dan BKPM / BBKPM / BALKESMAS	belum ada monitoring evaluasi untuk keterlibatan OP	monitoring evaluasi	menyiapkan tools untuk monitoring evaluasi monitoring evaluasi	memastikan kota / kab sudah implementasi PPM	Din.Kes Prop	IDI / OP / PT / ORMAS	APBD				
2.2	Persentase kabupaten / kota minimal 80 % fasyankesnya terlibat dalam PPM (public-private mix)	10,5	15%	30%	60%	90%	90%	100%	belum semua kota / kab terbentuk PPM	belum dilaksanakan kebijakan untuk terbentuknya PPM kota / kab	mendorong terbentuknya PPM tingkat kota / kab	Pertemuan Pembentukan PPM di Kabupaten/Kota		Din.Kes Prop	IDI / OP / PT / ORMAS	APBD				
2.3	Angka cakupan pengobatan semua kasus TBC (case detection rate / CDR) yang diobati	44	66	72	79	85	90	95	angka cakupan pengobatan semua kasus TBC rendah	belum terdeteksi	mendorong kota / kab untuk meningkatkan penemuan kasus	menyampaikan surat edaran kepada kota / kab untuk meningkatkan penemuan kasus	Peningkatan cakupan semua kasus TBC	Din.Kes Prop	Rumah Sakit	APBD				
2.4	Angka notifikasi semua kasus TBC (case notification rate / CNR) yang diobati per 100.000 penduduk	121	134	177	201	210	225	240				mengusulkan ketersediaan alat deteksi dini kasus TBC yang lebih efektif (TCM)		Din.Kes Prop	Rumah Sakit	APBD				
2.5	Jumlah semua kasus TBC yang ditemukan dan diobati	46034	61077	69086	70109	73210	75760	80800												
2.6	Persentase kasus TBC resistan obat yang terkonfirmasi		2839 (40%)	4676 (60%)	6175 (70%)	8233 (80%)	10,030 (80%)	10,030 (80%)								pengembangan lab rujukan biakan dan uji kepekaan OAT (obat anti TBC)	Din.Kes Prop	Labkesda	APBD	
												monitoring evaluasi	Din.Kes Prop		APBD					

No	Indikator	Data awal 2017	Target Per Tahun						Akar masalah	Analisa Masalah	Program	Kegiatan	Tujuan	Pelaksana		Sumber Dana
			2018	2019	2020	2021	2022	2023						Koordinator	Pendukung	
									belum di laporkan	program mandatory notification	koordinasi dengan BPJS terkait wajib melaporkan kasus TBC DPM / klinik ke PKM wilayah setempat, sebagai salah satu persyaratan klaim		Din.Kes Prop	BPJS	APBD	
											menyampaikan surat edaran kepada kota / kab, bahwa laporan distribusi OAT sebagai bagian persyaratan ijin operasional apotek		Din.Kes Prop	Rumah Sakit	APBD	
											monitoring evaluasi		Din.Kes Prop		APBD	
								belum semua kasus TBC yang di temukan diobati	belum semua pasien mau diobati	supporting KIE	memfasilitasi penyediaan media KIE : cetak / elektronik / tradisional / media sosial	Peningkatan jumlah kasus TBC yang di obati	Din.Kes Prop	IDI / OP / PT / ORMAS	APBD	
2.7	Persentase kasus TBC resisten obat yang memulai pengobatan lini		1227 (100%)	1619 (100%)	1878 (100%)	2050 (100%)	2278 (100%)	2575 (100%)	akses pengobatan terbatas ,	membuka akses	pengembangan RS rujukan MTPTRO		Din.Kes Prop	Rumah Sakit	APBD	
2.8	Cakupan penemuan kasus TBC Anak		27%	36%	49%	70%	80%	80%			memfasilitasi kota / kab untuk meningkatkan RS wilayah nya sebagai RS rujukan MTPTRO		Din.Kes Prop	Rumah Sakit	APBD	
2.9	Persentase kasus TBC resisten obat yang terkonfirmasi		2839 (40%)	4676 (60%)	6175 (70%)	8233 (80%)	10,030 (80%)	10,030 (80%)	hambatan sosial ekonomi geografi	meminimalkan hambatan	alokasi anggaran APBD untuk transport dan bantuan hidup		Din.Kes Prop	Kabupaten-Kota	APBD	
											pengembangan lab rujukan biakan dan uji kepekaan OAT		Din.Kes Prop	Labkesda	APBD	
2.10	Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC semua kasus	82.6	90	90	90	90	90	90	rendahnya kasus yang dilakukan evaluasi hasil akhir pengobatan	faskes yang menerima rujukan pindah tidak menyampaikan laporan keberhasilan rujukan / hasil	diseminasi informasi	arahannya kepada kota / kab untuk memperkuat : jejaring eksternal layanan TBC, pendampingan PMO bagi semua pasien TBC,	Meningkatnya jumlah kasus yang dilakukan evaluasi hasil akhir	Din.Kes Prop	IDI / OP / PT / ORMAS	APBD
2.11	Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC		70%	70%	70%	70%	75%	75%		jejaring eksternal belum		monitoring evaluasi		Din.Kes Prop		APBD

No	Indikator	Data awal 2017	Target Per Tahun						Akar masalah	Analisa Masalah	Program	Kegiatan	Tujuan	Pelaksana		Sumber Dana
			2018	2019	2020	2021	2022	2023						Koordinator	Pendukung	
2.12	Persentase kasus pengobatan ulang TBC yang diperiksa uji kepekaan obat dengan tes		100%	100%	100%	100%	100%	100%	pasien TBC tidak memiliki PMO							
2.13	Persentase Pasien TBC yang mengetahui status HIV		60%	70%	80%	80%	85%	85%	stigma HIV	malu diketahui penyakit nya	mengurangi stigma	menyusun regulasi pemeriksaan HIV sebagai pemeriksaan wajib pada kasus TBC	Meningkatkan cakupan temuas kasus TBC HIV	Din.Kes Prop	Kabupaten-Kota	APBD
														Din.Kes Prop	Kabupaten-Kota	APBD
														Din.Kes Prop		APBD
2.14	Persentase Pasien TBC-HIV mendapatkan PPK selama pengobatan TBC		100%	100%	100%	100%	100%	100%								
2.15	Persentase Pasien TBC-HIV yang mendapatkan ARV selama pengobatan TBC		100%	100%	100%	100%	100%	100%	pasien TBC-HIV tidak mau pengobatan ARV	pasien TBC-HIV kurang memahami tatalaksana pengobatan penyakit nya		meningkatkan kemampuan konseling petugas	Meningkatnya jumlah Pasien TBC HIV yang mendapatkan pengobatan ARV	Din.Kes Prop	IDI / OP / PT / ORMAS	APBD
														Din.Kes Prop	IDI / OP / PT / ORMAS	APBD
														Din.Kes Prop	Kabupaten-Kota	APBD
														Din.Kes Prop		APBD
2.16	Jumlah kabupaten / kota yang mencapai target untuk indikator persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti uji silang		70%	80%	90%	100%	100%	100%	keterbatasan akses	jumlah RUS-1 tidak memadai untuk seluruh 35 kota / kab	menambah RUS-1	pengembangan lab. RUS-1	Meningkatnya akses RUS 1	Din.Kes Prop		APBD
														Din.Kes Prop		APBD
2.17	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai target untuk indikator persentase laboratorium								masih banyak hasil PME yang kurang baik	kemampuan analis lab dalam membuat sediaan	peningkatan kapasitas analis lab faskes	memfasilitasi peningkatan kompetensi analis lab faskes	Meningkatnya kompetensi petugas analis Lab	Din.Kes Prop	Labkesda	APBD

No	Indikator	Data awal 2017	Target Per Tahun						Akar masalah	Analisa Masalah	Program	Kegiatan	Tujuan	Pelaksana		Sumber Dana
			2018	2019	2020	2021	2022	2023						Koordinator	Pendukung	
	yang mengikuti uji silang dengan hasil baik		70%	80%	90%	100%	100%	100%		terbatasnya bimbingan teknis oleh RUS-1 ke faskes		arahan kepada RUS-1 untuk melakukan monitoring evaluasi ke wilayah kerjanya monitoring evaluasi		Din.Kes Prop	Labkesda	APBD
														Din.Kes Prop	Labkesda	APBD

Kerangka Logis Rencana Aksi Daerah TBC Tahun 2018 - 2023

Provinsi Jawa Tengah

Strategi 3: Pengendalian Faktor Risiko

No	Indikator	Data awal 2017	Target Per Tahun						Akar masalah	Analisa Masalah	Program	Kegiatan	Tujuan	Pelaksana		Sumber Dana
			2018	2019	2020	2021	2022	2023						Koordinator	Pendukung	
3.1.	Persentase kabupaten / kota yang sudah melaksanakan pengobatan pencegahan dengan INH (PP-INH) untuk anak < 5 tahun	43%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	implementasi PP-INH untuk anak belum optimal	kota / kab belum melaksanakan program PP-INH untuk anak	penguatan pelaksanaan PP-INH untuk anak terkontak TBC	memfasilitasi penyegaran keilmuan ketrampilan tentang PP-INH	petugas paham, mau dan bisa melaksanakan	Din.Kes Prop		APBD
3.2.	Persentase anak < 5 tahun yang mendapat pengobatan pencegahan dibandingkan estimasi anak < 5 tahun yang memenuhi syarat diberikan pengobatan pencegahan	21.7 %	30%	40%	50%	70%	80%	100%						orang tua belum memahami kepentingan PP-INH untuk anak terkontak TBC	peningkatan kemampuan untuk memberikan konseling ke pasien (patient's education)	
										arahan ke kota / kab untuk penguatan kegiatan PIS-PK	kota / kab melaksanakan PIS-PK	Din.Kes Prop		APBD		
									anggota OP belum seluruhnya sepaham untuk PP-INH anak	monitoring evaluasi : kunjungan / pertemuan	untuk memastikan pelaksanaan PP-INH	Din.Kes Prop		APBD		
									sudah melaksanakan program PP-INH untuk anak tapi belum							

No	Indikator	Data awal 2017	Target Per Tahun						Akar masalah	Analisa Masalah	Program	Kegiatan	Tujuan	Pelaksana		Sumber Dana
			2018	2019	2020	2021	2022	2023						Koordinator	Pendukung	
3.3	Persentase rumah tangga yang sudah berperilaku hidup sehat di setiap Kabupaten/Kota	77%	80%	82%	84%	85%	85%	85%	Tingkat pemahaman PHBS rendah	Rendahnya tingkat pendidikan dan sosial ekonomi	Renovasi Rumah Tidak layak huni	Pendataan rumah tidak layak huni	Untuk memastikan penerima bantuan	Dinas Pemukiman & Perumahan	Forum CSR	APBD dan Forum CSR

Kerangka Logis Rencana Aksi Daerah TBC Tahun 2018 - 2023

Provinsi Jawa Tengah

Strategi 4: Peningkatan Kemitraan TBC melalui Forum Koordinasi TBC

No	Indikator	Data awal 2017	Target per Tahun					Akar masalah	Analisa Masalah	Program	Kegiatan	Tujuan	Pelaksana		Sumber Dana	
			2018	2019	2020	2021	2022						2023	Koordinator		Pendukung
4.1	Persentase terbentuknya Forum Koordinasi TBC di Kabupaten / Kota	NA	25%	50%	75%	75%	100%	100%	belum ada forum koord. TBC	Belum optimalnya Koordinasi Penanggulangan TBC di lintas sektor di tingkat Propinsi . Kemudian di tingkat pelayanan TB masih terpisah-pisah : MPTRO ; TB-HIV ; PPM, dll	pembentukan Forum Koordinasi TBC Propinsi	pertemuan persiapan pembentukan forum koordinasi TBC	untuk menyamakan persepsi	Dinas Kesehatan Provinsi	Organisasi Profesi / ARSADA / PERSI / ORMAS	APBD
												legalisasi forum koordinasi TBC	terbentuk forum koordinasi TBC tingkat propinsi	Dinas Kesehatan Provinsi	Organisasi Profesi / ARSADA / PERSI / ORMAS	APBD
												pertemuan diseminasi informasi tentang forum koordinasi TBC	mendorong terbentuknya forum koordinasi TBC di tingkat kota /	Dinas Kesehatan Provinsi	Organisasi Profesi / ARSADA / PERSI / ORMAS	APBD
												rapat forum koordinasi TBC rutin berkala (2 x / tahun)	evaluasi pemanfaatan forum koordinasi TBC	Forum Koordinasi TBC	Organisasi Profesi / ARSADA / PERSI / ORMAS	APBD
												monitoring evaluasi : kunjungan / pertemuan	memastikan terbentuknya forum koordinasi TBC di tingkat kota / kabupaten dan	Dinas Kesehatan Provinsi	Organisasi Profesi / ARSADA / PERSI / ORMAS	APBD

16

Kerangka Logis Rencana Aksi Daerah TBC Tahun 2018 - 2023

Provinsi Jawa Tengah

Strategi 5: Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Pengendalian TBC

No	Indikator	Data Awal 2017	Target Per Tahun						Akar Masalah	Analisa Masalah	Program	Kegiatan	Tujuan	Pelaksana		Sumber Dana
			2018	2019	2020	2021	2022	2023						Koordinator	Pendukung	
5.1	Persentase kasus TBC yang ditemukan dan dirujuk oleh masyarakat atau organisasi kemasyarakatan (active case finding)	Tidak tersedia data	3.5%	10%	20%	30%	40%	40%	Belum ada forum koordinasi TBC	kurang nya kepedulian petugas faskes untuk mendokumentasikan rujukan bersumber masyarakat	peningkatan kepedulian petugas faskes untuk mendokumentasikan	arahan kepada kota / kab terkait pentingnya dokumentasi rujukan yang bersumber masyarakat	kota / kab menyampaikan laporan rujukan kasus TBC bersumber masyarakat	Dinas Kesehatan Provinsi	ORMAS	APBD
												menyampaikan surat edaran kepada kota / kab untuk peningkatan kapasitas kader	kota / kab menyelenggarakan kegiatan peningkatan kapasitas kader	Dinas Kesehatan Provinsi	Perguruan Tinggi / DKK / OP	APBD
												monitoring evaluasi : kunjungan / pertemuan	memastikan tersedia data rujukan kasus TBC bersumber masyarakat	Dinas Kesehatan Provinsi	ORMAS	APBD
												arahan kepada ormas tingkat propinsi, terkait pentingnya pencatatan pelaporan rujukan yang bersumber masyarakat	ORMAS mempunyai datav rujukan kasus TBC bersumber masyarakat, dan menyampaikan laporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/kota	Dinas Kesehatan Provinsi	ORMAS	APBD
												monitoring evaluasi : kunjungan / pertemuan	memastikan tersedia data rujukan kasus TBC bersumber masyarakat	Din.Kes Prop	ORMAS	APBD

Kerangka Logis Rencana Aksi Daerah TBC Tahun 2018 - 2023

Provinsi Jawa Tengah

Strategi 6: Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan

No	Indikator	Data awal 2017	Target Per Tahun						Akar masalah	Analisa Masalah	Program	Kegiatan	Tujuan	Pelaksana		Sumber Dana					
			2018	2019	2020	2021	2022	2023						Koodinator	Pendukung						
6.1	Persentase kabupaten / kota yang menggunakan Sistem Informasi Terpadu TBC	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	data tidak lengkap dan pelaporan tidak tepat waktu	SITT (sistim informasi terpadu TBC) belum sempurna, masih banyak revisi / update	SITT yang ramah pengguna	usulan kepada pusat untuk menyediakan aplikasi pencatatan pelaporan yang lebih ramah pengguna dan mengakomodasi semua bentuk informasi yang dibutuhkan program	data menjadi lengkap dan tepat waktu	Din.Kes Prop		APBD					
												membentuk divisi pencatatan pelaporan TBC									
												kemampuan SDM faskes mengoperasionalkan SITT tidak merata					peningkatan kapasitas SDM	memfasilitasi peningkatan kapasitas SDM : pelatihan ; lokakarya ;	Din.Kes Prop	KOMINFO	APBD
																		monitoring evaluasi : kunjungan / pertemuan	Din.Kes Prop	KOMINFO	APBD
												keterbatasan sarana : jaringan internet, ketersediaan komputer / lap top					penyediaan sarana	arahan kepada kota / kab untuk penyediaan sarana yang dibutuhkan	Din.Kes Prop		APBD
		keterbatasan kemampuan server pusat		usulan kepada pusat	Din.Kes Prop		APBD														
6.2	Persentase kabupaten / kota yang tidak mengalami <i>stock out</i> logistik pada hari terakhir triwulan	85.7%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	ketersediaan logistik tidak sesuai kebutuhan	alokasi dari pusat tidak sesuai permintaan	Koordinasi & Komunikasi dengan para penyedia & Pengguna Logistik	penyediaan buffer logistik	Logistik sesuai dengan kebutuhan	Din.Kes Prop		APBD					

BAB V

STRATEGI , TUJUAN, KEGIATAN DAN LUARAN

A. Strategi

Untuk menjawab berbagai tantangan yang ada, dan mencapai tahapan serta target dalam waktu 5 tahun, ditetapkan 6 (enam) strategi utama yaitu:

1. Penguatan kepemimpinan program TBC;
2. Peningkatan akses layanan TBC yang bermutu;
3. Pengendalian faktor risiko TBC;
4. Peningkatan kemitraan TBC;
5. Peningkatan kemandirian masyarakat dalam penanggulangan TBC;
6. Penguatan manajemen program TBC.

B. Tujuan, Kegiatan dan Luaran

1 Penguatan Kepemimpinan Program TBC

a. Tujuan

Tujuan penguatan kepemimpinan program TBC adalah Meningkatkan komitmen pimpinan daerah, terbentuknya regulasi tentang penanggulangan TBC, tersusunnya RAD penanggulangan TBC di 35 kab/kota, mendapatkan dukungan dari OPD, memastikan OPD sudah mengalokasikan anggaran untuk program Pencegahan dan pengendalian TBC

b. Kegiatan

Kegiatan dalam penguatan kepemimpinan program TBC meliputi kunjungan advokasi kepada pimpinan daerah kota / kab untuk segera menyusun RAD penanggulangan TBC Kabupaten/Kota, penyusunan regulasi P2-TB, termasuk TBC di tempat khusus (*work place*, sekolah, pesantren, pasar, panti lansia), memfasilitasi penyusunan RAD penanggulangan TBC di tiap kabupaten/kota , memberikan advokasi kepada pimpinan daerah di kabupaten/kota untuk mendorong OPD mengalokasikan anggaran untuk program pengendalian TBC, melakukan kunjungan/pertemuan dalam rangka monitoring evaluasi

c. Luaran

Hasil yang akan dicapai melalui strategi ini adalah adanya komitmen seluruh pihak bahwa permasalahan TBC menjadi tanggung jawab bersama antara pemerintah, masyarakat dan sektor swasta.

2. Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu

a. Tujuan

Tujuan strategi peningkatan akses layanan TBC yang bermutu adalah memastikan semua kabupaten/kota sudah mengimplementasikan Publik Privat Mix (PPM)

b. Kegiatan

Kegiatan yang dilaksanakan dalam strategi peningkatan akses layanan TBC yang bermutu adalah : mendorong terbentuknya PPM di tingkat kabupaten/kota; mendorong kabupaten/kota untuk meningkatkan kasus TBC; penerapan wajib lapor (*mandatory notification*) bagi faskes yang mengobati pasien TBC; Supporting KIE; Mengurangi stigma

c. Luaran

Luaran yang diharapkan dengan strategi adanya Peningkatan Akses Layanan TBC yang bermutu, adalah meningkatnya jumlah keberhasilan kesembuhan dan pada akhirnya mengurangi angka kesakitan dan mengurangi angka kematian

3. Pengendalian Faktor Resiko

a. Tujuan

Pengendalian faktor risiko TBC ditujukan untuk mengurangi penularan TBC dan kejadian sakit TBC dengan melakukan upaya pencegahan penularan TBC di masyarakat maupun di fasilitas pelayanan kesehatan di kabupaten/kota

b. Kegiatan

Kegiatan yang dilaksanakan pada strategi pengendalian faktor risiko adalah Pemberian pengobatan pencegahan TBC (PP-INH); Memastikan penerapan PPI-TBC di fasilitas kesehatan ; Pengendalian dan pencegahan TB di masyarakat Monitoring evaluasi

c. Luaran

Luaran yang diharapkan pada strategi pengendalian faktor risiko TBC adalah Penerapan PP-INH pada anak sehat terkontak TBC, Penerapan kewaspadaan standar dan kewaspadaan transmisi *air borne* di fasilitas kesehatan; Peningkatan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk perilaku hidup bersih dan sehat; Tersedia lingkungan hidup yang sehat bagi pasien TBC.

4 Peningkatan Kemitraan melalui Forum Koordinasi TBC

a. Tujuan

Tujuan dalam strategi peningkatan kemitraan melalui forum koordinasi TBC adalah meningkatkan kemitraan melalui Forum Koordinasi TBC, sebagai wadah koordinasi pelaksanaan kebijakan strategis dan penanggulangan TBC di Provinsi Jawa Tengah.

b. Kegiatan

Kegiatan dalam strategi ini adalah Pembentukan forum koordinasi TBC; Pertemuan forum koordinasi TBC secara rutin berkala; Monitoring dan evaluasi.

c. Luaran

Luaran yang diharapkan adalah: terbentuk forum koordinasi TBC yang berfungsi optimal ; keterlibatan para pemangku kebijakan dan para pemangku kepentingan untuk penanggulangan TBC.

5. Peningkatan Kemandirian Masyarakat Penanggulangan TBC

a. Tujuan

Tujuan dari strategi ini adalah Memandirikan masyarakat melalui promosi dan pemberdayaan mereka yang terdampak dalam pencegahan dan pengobatan TBC serta melibatkannya dalam upaya penanggulangan TBC.

b. Kegiatan

Kegiatan dalam strategi Peningkatan kemandirian masyarakat dalam penanggulangan TBC adalah Peningkatan pengetahuan masyarakat tentang TBC; Pemberdayaan masyarakat untuk penanggulangan TB; Memfasilitasi masyarakat untuk penanggulangan TBC; Monitoring dan evaluasi

c. Luaran

Luaran yang diharapkan dalam strategi ini adalah Peningkatan peran masyarakat penanggulangan TBC; Adanya perubahan perilaku masyarakat terkait TBC; Terfasilitasinya masyarakat untuk penanggulangan TBC

6. Penguatan Sistem Kesehatan

a. Tujuan

Tujuan strategi penguatan sistem kesehatan adalah menguatkan manajemen program untuk bisa lebih berkontribusi pada penguatan sistem kesehatan nasional

b. Kegiatan

Kegiatan dalam strategi penguatan sistem kesehatan meliputi: Peningkatan kapasitas SDM kesehatan TBC; Pengelolaan logistik TBC; Surveilans TBC; Penelitian operasional TBC; Pemeliharaan sarana dan prasarana TBC; dan Pengembangan layanan TBC.

c. Luaran

Luaran yang diharapkan dalam strategi ini adalah meningkatnya akurasi data yang tersedia, sehingga pada akhirnya dapat digunakan untuk pengambilan keputusan dan kebijakan yang terkait dengan Penanggulangan TB di Jawa Tengah

BAB VI

PENGANGGARAN DAN PEMBIAYAAN RAD PENANGGULANGAN TBC

Perkiraan pembiayaan RAD penanggulangan TBC

Strategi/Kegiatan Utama	Sumber Dana	Tahun Kegiatan					Total	
		2018	2019	2020	2021	2022		2023
Strategi pertama : Penguatan Kepemimpinan	APBD, APBN, Mitra Internasional	128.320.000	446.492.000	424.756.200	88.804.320	97.684.752	107.453.227	1.293.510.499
Strategi kedua : Peningkatan Akses Layanan TBC yang bermutu dengan TOSS TB	APBD, APBN, Mitra Internasional	33.900.000	6.723.640.000	7.396.004.000	8.135.604.400	8.949.164.840	9.844.081.324	41.082.394.564
Strategi ketiga : Pengendalian Faktor Risiko	APBD, APBN, Mitra Internasional	101.550.000	111.705.000	122.875.500	135.163.050	148.679.355	163.547.291	783.520.196
Strategi keempat : Peningkatan kemitraan penanggulangan TBC	APBD, APBN, Mitra Internasional		187.960.000	206.756.000	227.431.600	250.174.760	275.192.236	1.147.514.596
Strategi kelima Peningkatan kemandirian masyarakat dalam	APBD, APBN, Mitra Internasional		198.070.000	217.877.000	239.664.600	263.631.170	289.994.287	1.209.237.057
Strategi keenam Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem	APBD, APBN, Mitra Internasional	617.435.000	246.360.000	270.996.000	298.095.000	327.905.160	360.695.676	2.121.487.436
Jumlah		881.205.000	7.914.227.000	8.639.264.700	9.124.762.970	10.037.240.037	11.040.964.041	47.637.664.348

Adapun sumber anggaran adalah dari APBD Provinsi Jawa Tengah, dan APBN serta dari Bantuan Mitra Nasional (Forum CSR) dan Internasional. Realisasi dari pemenuhan rencana anggaran RAD Penanggulangan TBC Provinsi Jawa Tengah tahun 2018 – 2023 tergantung dari kemampuan fiskal APBD dan kesepakatan stakeholder Provinsi Jawa Tengah

BAB VII
PENUTUP

Dengan tersusunnya Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkulosis maka upaya Penanggulangan TBC di Jawa Tengah dapat dilaksanakan secara lebih luas, terpadu, berkesinambungan, dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.

Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TBC ini menjadi acuan dalam pelaksanaan penanggulangannya di semua sektor pemerintahan, swasta dan masyarakat dan dapat digunakan untuk menjadi acuan dalam penyusunan RAPBD serta pengembangan rencana aksi masing-masing kabupaten/kota sebagai pemenuhan UU Pemerintahan Daerah.

GUBERNUR JAWA TENGAH,

ttd

GANJAR PRANOWO