



1/180 29/2/22/17

WALIKOTA SEMARANG

PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN WALIKOTA SEMARANG

NOMOR 39 TAHUN 2017

TENTANG

RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS

KOTA SEMARANG TAHUN 2017-2021

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA SEMARANG,

- Menimbang : a. bahwa Tuberkulosis masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang menimbulkan kesakitan, kecacatan, dan kematian yang tinggi sehingga perlu dilakukan upaya penanggulangan;
- b. bahwa berdasarkan Pasal 4 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, maka perlu merencanakan program aksi daerah tentang penanggulangan tuberkulosis secara berkesinambungan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Walikota Semarang tentang Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkulosis Kota Semarang Tahun 2017-2021.
- Mengingat : 1 Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat dan Daerah Istimewa Yogyakarta;
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);

Handwritten marks and signatures at the bottom right of the page.

3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
4. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
5. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. 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);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 16 Tahun 1976 tentang Perluasan Kotamadya Daerah Tingkat II Semarang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1976 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3079);
10. 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);

✍️ ✍️ ✍️

11. Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 1992 tentang Pembentukan Kecamatan di wilayah Kabupaten-kabupaten Daerah Tingkat II Purbalingga, Cilacap, Wonogiri, Jepara dan Kendal serta Penataan Kecamatan di Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Semarang dalam Wilayah Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3097);
12. 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);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 184, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);
14. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 671);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Imunisasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 966);
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1113);
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1676);
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1755);
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 122);
21. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 11 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit di Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013 Nomor 11);
22. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 36 Tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Nomor 11 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit di Provinsi Jawa Tengah (Berita Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014 Nomor 36);

Handwritten signature

23. Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 6 Tahun 2016 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kota Semarang Tahun 2016-2021 (Lembaran Daerah Kota Semarang Tahun 2016 Nomor 6, Tambahan Lembaran Daerah Kota Semarang Nomor 107);
24. Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 14 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Semarang (Lembaran Daerah Kota Semarang Tahun 2016 Nomor 14, Tambahan Lembarah Daerah Kota Semarang Nomor 114).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS KOTA SEMARANG TAHUN 2017-2021.

BAB I


KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Semarang
2. Pemerintah Daerah adalah Walikota sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Walikota adalah Walikota Semarang.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kota Semarang.
5. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang.
6. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Kepala Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
7. Rencana Aksi Daerah yang selanjutnya disebut RAD adalah dokumen kebijakan daerah yang berisi komitmen untuk melakukan serangkaian tindakan, tugas atau langkah-langkah yang dirancang untuk eliminasi Tuberkulosis.
8. Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat TB, adalah penyakit menular yang disebabkan oleh Mycobacterium Tuberculosis yang dapat menyerang paru dan organ lainnya.
9. Penanggulangan Tuberkulosis yang selanjutnya disebut Penanggulangan TB 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.

4 k y ↗

10. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah yang selanjutnya disebut RPJMD merupakan dokumen perencanaan yang berisi penjabaran visi misi dan kebijakan Kepala Daerah terpilih yang penyusunannya berpedoman pada Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, dokumen perencanaan Pembangunan Propinsi Jawa Tengah dan memperhatikan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional.
11. 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.
12. Organisasi Profesi Kesehatan adalah sebuah tempat/wadah berhimpunnya para tenaga profesi kesehatan sesuai dengan keahliannya.
13. Lembaga Swadaya Masyarakat yang selanjutnya disebut 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.
14. Program Kemitraan dan Bina Lingkungan yang selanjutnya disebut PKBL adalah komitmen Badan Usaha Milik Negara (BUMN), Badan Usaha Milik Daerah (BUMD), Perusahaan untuk berperan serta dalam pembangunan ekonomi berkelanjutan guna meningkatkan kualitas kehidupan dan lingkungan yang bermanfaat, baik bagi Badan Usaha Milik Negara (BUMN), Badan Usaha Milik Daerah (BUMD), Perusahaan itu sendiri, maupun masyarakat Kota Semarang pada umumnya.
15. Pihak terkait lainnya adalah LSM, PKBL, Badan Usaha Milik Negara (BUMN), Badan Usaha Milik Daerah (BUMD), Perusahaan, Negara lain yang bermitra dengan Pemerintah Pusat.
16. Case Detection Rate yang selanjutnya disebut CDR adalah jumlah semua kasus TB yang diobati dan dilaporkan di antara perkiraan jumlah semua kasus TB (insiden).
17. Case Notification Rate yang selanjutnya disebut CNR adalah jumlah semua kasus TB yang diobati dan dilaporkan di antara jumlah penduduk yang ada di suatu wilayah tertentu.
18. Treatment Success Rate yang selanjutnya disebut TSR adalah jumlah semua kasus TB yang sembuh dan pengobatan lengkap di antara semua kasus TB yang diobati dan dilaporkan.
19. Directly Observed Treatment Short-course yang selanjutnya disebut 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. 

20. Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resisten Obat yang selanjutnya disebut 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 TB resistan obat dengan pendekatan programatik.
21. Obat Anti Tuberkulosis yang selanjutnya disebut OAT adalah beberapa paduan rejimen obat untuk menanggulangi penyakit TB.
22. TB Resisten Obat yang selanjutnya disebut TB RO adalah penyakit TB yang disebabkan Mycobacterium tuberculosis yang sudah mengalami kekebalan terhadap OAT.
23. Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resisten Obat yang selanjutnya disebut MPTRO adalah pengendalian TB RO yang dilaksanakan dengan menggunakan kerangka kerja strategi DOTS, di mana setiap komponen yang ada didalamnya lebih ditekankan kepada penatalaksanaan kasus TB RO dengan pendekatan programatik.
24. TB Multi-Drug Resistant yang selanjutnya disebut TB-MDR adalah TB resistan terhadap INH dan Rifampisin, dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT lini pertama lain.
25. Tuberkulosis Diabetes Melitus yang selanjutnya disebut TB DM adalah Penyakit TB dengan ikutan/penyerta Diabetes Melitus.
26. Tuberkulosis Human Immunodeficiency Virus yang selanjutnya disebut TB HIV adalah Penyakit TB dengan ikutan/penyerta HIV.
27. Anti Retro Viral yang selanjutnya disebut ARV adalah sebuah terapi untuk mengobati infeksi HIV dengan beberapa obat. Tidak bertujuan untuk membunuh virus, namun untuk memperlambat pertumbuhan virus tersebut.
28. Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria yang selanjutnya disebut 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.
29. Perilaku Hidup Bersih & Sehat yang selanjutnya disebut 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.
30. Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disebut 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.
31. Lot Quality Assurance Sampling yang selanjutnya disebut 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. ✖ ↗ GA

32. Basil Tahan Asam positif yang selanjutnya disebut BTA (+) adalah Basil Tahan Asam merupakan bakteri yang memiliki ciri-ciri yaitu berantai karbon (C) yang panjangnya 8 - 95 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 Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TB Kota Semarang Tahun 2017 - 2021 adalah untuk mempercepat pencapaian tujuan eliminasi TB, sebagai bentuk komitmen Pemerintah Daerah dalam penanggulangan TB.

Pasal 3

Tujuan Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TB Kota Semarang Tahun 2017 - 2021 adalah:

- a. sebagai acuan Perangkat Daerah dan pihak terkait lainnya dalam membuat perencanaan dan penganggaran;
- b. sebagai acuan dalam menyusun regulasi; dan
- c. sebagai acuan untuk melakukan koordinasi dalam perencanaan, pelaksanaan kegiatan, pemantauan dan evaluasi agar dicapai sinergi dalam upaya penanggulangan TB.

Pasal 4

Rencana Aksi Daerah Tuberkulosis di Daerah memiliki sasaran program dan kegiatan yaitu :

- a. Pemerintah;
- b. Masyarakat;
- c. Sektor Swasta;
- d. Organisasi Profesi yang terkait dengan kesehatan; dan
- e. Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

BAB III

RUANG LINGKUP

Pasal 5

Dalam menyusun rencana aksi Daerah TB mempertimbangkan RPJMD, Visi dan Misi, Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Semarang, kebijakan, program Pemerintah Daerah dengan prinsip partisipatif.

Pasal 6

Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TB Kota Semarang Tahun 2017-2021 disusun dengan sistematika sebagai berikut :

BAB I : PENDAHULUAN

BAB II : ANALISA SITUASI

2 / 6

- BAB III : ISU-ISU STRATEGIS
- BAB IV : INDIKATOR DAN TARGET
- BAB V : STRATEGI, TUJUAN, LUARAN DAN KEGIATAN
- BAB VI : PEMBIAYAAN DAN PENGANGGARAN
- BAB VII : MONITORING DAN EVALUASI
- BAB VIII : PENUTUP

Pasal 7

Dokumen/uraian Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TB Kota Semarang Tahun 2017-2021 sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 tercantum dalam Lampiran Peraturan Walikota ini dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.

BAB IV

PERAN SERTA PENANGGULANGAN TB

Pasal 8

- (1) Pemerintah Daerah, masyarakat, sektor swasta, organisasi profesi yang terkait dengan kesehatan dapat berperan serta sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- (2) Peran serta sebagaimana dimaksud ayat (1) diantaranya adalah :
 - a. mengusulkan kegiatan dan pendanaan dalam Rencana Kerja (Renja) yang terkait dengan penanggulangan TB sesuai tugas dan fungsinya;
 - b. memfasilitasi pemberian informasi dan pemeriksaan TB; dan/atau
 - c. memberikan bantuan-bantuan berupa sarana prasarana untuk mendukung penanggulangan TB.

Pasal 9

- (1) Dalam rangka efektifitas dan efisiensi pelaksanaan Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TB dan untuk mencapai target kinerja, Pemerintah Daerah dapat memfasilitasi pembentukan dan penguatan Forum Koordinasi Penanggulangan TB.
- (2) Pembentukan dan penguatan Forum Koordinasi Penanggulangan TB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Walikota.

BAB V

PENDANAAN

Pasal 10

Pendanaan pelaksanaan RAD Penanggulangan TB bersumber dari :

- a. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara;
 - b. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi Jawa Tengah;
 - c. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Semarang; dan/atau
 - d. Sumber dana lain yang sah dan tidak mengikat.
- ✍ ✓ > 4

BAB VI
MONITORING DAN EVALUASI

Pasal 11

- (1) Pemerintah Daerah melaksanakan pemantauan dan evaluasi setiap tahun.
- (2) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan menilai capaian target indikator utama dan target indikator operasional.

Pasal 12

- (1) Pemantauan dan evaluasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (1) dilaksanakan oleh Tim Pemantauan dan Evaluasi yang ditetapkan dengan Keputusan Walikota.
- (2) Tim Pemantauan dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setahun.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 13

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Semarang.

Ditetapkan di Semarang
pada tanggal 22 September 2017
WALIKOTA SEMARANG



HENDRAR PRIHADI

Diundangkan di Semarang
pada tanggal 22 September 2017

SEKRETARIS DAERAH
KOTA SEMARANG



ADI TRI HANANTO

BERITA DAERAH KOTA SEMARANG TAHUN 2017 NOMOR 39

LAMPIRAN
PERATURAN WALIKOTA SEMARANG
NOMOR
TENTANG
RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN
TUBERKULOSIS KOTA SEMARANG TAHUN 2017 – 2021

RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS
KOTA SEMARANG TAHUN 2017 – 2021

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis atau TB masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menjadi tantangan global. Indonesia merupakan salah satu negara yang mempunyai beban TB yang terbesar diantara 5 (lima) negara yaitu India, China, Nigeria, dan Pakistan. Selain itu, terdapat tantangan yang perlu menjadi perhatian yaitu meningkatnya kasus TB-MDR (RO), TB-HIV, TB dengan DM, TB pada anak dan masyarakat rentan lainnya. Hal ini memacu pengendalian TB nasional untuk terus melakukan intensifikasi, akselerasi, ekstensifikasi dan inovasi program. Arah kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan menyebutkan bahwa penyakit menular yang menjadi prioritas adalah penyakit HIV & AIDS, tuberkulosis, malaria, demam berdarah, influenza dan flu burung (renstra 2015 – 2019 Kemenkes).

Hasil survei prevalensi TB (Kemkes, 2014), menunjukkan bahwa di Indonesia, prevalensi semua jenis TB untuk semua umur berjumlah 1.600.000 (satu juta enam ratus ribu) orang (660 per 100.000 penduduk), dengan 1.000.000 (satu juta) kasus baru terjadi tiap tahun. Angka ini memberikan sinyal perlu segera dilakukan upaya percepatan penanggulangan TB. Jika Indonesia mampu mengendalikan TB, akan memberikan kontribusi besar pada upaya pengendalian TB secara global.

Kota Semarang sebagai Ibu Kota Provinsi Jawa Tengah juga memiliki tantangan dalam Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit TB. Data Tahun 2016 menunjukkan bahwa di Kota Semarang, masih terjadi kesenjangan penemuan kasus TB dibandingkan dengan target nasional. Disamping itu jumlah penderita TB MDR juga menunjukkan trend kenaikan.

Bila Tahun 2015 jumlah penderitanya 2968 (dua ribu sembilan ratus enam puluh delapan) kasus pada Tahun 2016 mencapai 3256 (tiga ribu dua ratus lima puluh enam) kasus. Selain juga keberhasilan pengobatan (*success rate*) angka capaiannya di Tahun 2016 yaitu 83% (delapan puluh tiga persen), angka capaian ini masih dibawah angka/target nasional 90% (sembilan puluh persen).

Sebagai landasan untuk menurunkan beban TB di Indonesia adalah dengan menyatakan masalah TB sebagai masalah kedaruratan kesehatan secara nasional. Strategi TOSS (Temukan-Obati-Sampai-Sembuh) TB adalah merupakan kunci dari penanggulangan TB yaitu menemukan dan menyembuhkan pasien TB hingga tuntas (sembuh), untuk memutuskan rantai penularan TB dan menurunkan insiden TB di masyarakat. Untuk melaksanakan strategi ini diperlukan komitmen yang kuat dari pemerintah dan keterlibatan penuh sektor swasta serta stakeholder lainnya untuk penanggulangan TB. Dukungan yang dapat dilakukan adalah dengan menerapkan kebijakan baru dan implementasi peraturan-peraturan yang berkaitan dengan strategi paling berdaya guna, termasuk keharusan pelaporan kasus, standar klinis untuk pelayanan TB yang berkualitas, sertifikasi dan akreditasi para pemberi layanan kesehatan. Tidak kalah penting adalah upaya untuk memastikan kepatuhan terhadap pedoman diagnosis secara nasional dan pembiayaannya, sehingga komitmen politis merupakan komponen penting yang menunjang terlaksananya komponen lain dalam Strategi TOSS TB.

Sebagai upaya untuk mewujudkan hal tersebut, maka Kota Semarang telah melakukan penyusunan Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkulosis (RAD Penanggulangan TB). RAD Penanggulangan TB, sama hal dengan RAD lainnya, merujuk kepada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kota Semarang Tahun 2016-2021 dan Rencana Strategis (RENSTRA) Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2016 – 2021. dimana pengendalian TB menjadi bagian dari strategi pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan. RAD Penanggulangan TB akan menjadi acuan dalam pelaksanaan penanggulangan TB di semua sektor pemerintahan, swasta dan masyarakat. RAD Penanggulangan TB juga dapat digunakan sebagai acuan dalam penyusunan Rencana Anggaran dan Pendapatan Belanja Daerah (RAPBD) dan pengembangan rencana aksi masing-masing

kabupaten/kota sebagai pemenuhan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.

B. Tujuan

RAD Penanggulangan TB ini disusun bertujuan untuk :

1. memberikan acuan kepada Organisasi Perangkat Daerah (OPD) dan pihak-pihak terkait lainnya (LSM, CSR, dan lembaga mitra) dalam membuat perencanaan dan penganggaran terkait dengan penanggulangan TB di Kota Semarang;
2. memberikan acuan dalam menyusun regulasi terkait dengan Penanggulangan TB di Kota Semarang; dan
3. memberikan acuan untuk melakukan koordinasi dalam perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan kegiatan, pemantauan, dan evaluasi agar dicapai sinergi dalam upaya bersama dalam penanggulangan TB.

C. Dasar Hukum Penyusunan RAD Penanggulangan TB

1. Undang- Undang Dasar Tahun 1945, Pasal 28 H ayat 1;
2. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular;
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional;
4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
5. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Pusat Daerah;
6. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
7. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005-2025;
8. Undang-undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik Daerah;
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
10. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015
11. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
12. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular;

13. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan;
14. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan;
15. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
16. Peraturan Presiden Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015-2019;
17. Peraturan Presiden Nomor 3 Tahun 2015 tentang perubahan Rencana Kerja Pemerintah (RKP) Tahun 2015;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular;
21. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis;
22. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 11 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit;
23. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 36 Tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Nomor 11 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit di Provinsi Jawa Tengah;
24. Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 6 Tahun 2016 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kota Semarang Tahun 2016 - 2021.

D. Arah Kebijakan Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TB di Kota Semarang

Pembangunan kesehatan sebagai bagian integral dari pembangunan kota Semarang diselenggarakan dengan tujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk mewujudkan tujuan tersebut maka diperlukan Visi Dinas Kesehatan yang lebih menekankan pada upaya memandirikan masyarakat untuk hidup sehat. Visi ini dapat dicapai melalui proses pembangunan kesehatan yang berkesinambungan baik oleh pemerintah kota maupun oleh masyarakat

termasuk swasta. Pembangunan kesehatan tersebut diawali dengan suatu proses perencanaan untuk menentukan tindakan masa depan yang tepat melalui urutan dengan memperhitungkan sumber daya yang tersedia (Renstra 2016 – 2021 Dinas Kesehatan Kota Semarang).

Arah kebijakan dalam Rencana Aksi Daerah (RAD) Penanggulangan TB Kota Semarang Tahun 2017-2021, 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 dalam penanggulangan TB Kota Semarang perlu dirumuskan guna mendapatkan strategi dan program penanggulangan TB kota Semarang yang terfokus serta dapat ditentukan indikator kinerja program penanggulangan TB.

Seiring dengan Strategi Nasional dan tonggak pencapaian Penanggulangan TB, arah kebijakan penanggulangan TB Kota Semarang bergerak dari layanan kuratif dan rehabilitasi menuju lebih fokus pada program promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Disamping itu, program fokus pada isu-isu aksesibilitas dan kualitas layanan kasus TB, dengan tujuan untuk :

1. menurunkan insidensi kasus TB di Kota Semarang;
2. menurunkan insidensi kematian kasus TB di Kota Semarang;
3. meningkatkan temuan kasus TB di kota Semarang; dan
4. meningkatkan tingkat keberhasilan pengobatan kasus TB di Kota Semarang.

Untuk mencapai tujuan tersebut diatas, maka strategi yang digunakan Pemerintah Kota Semarang dalam Pencegahan dan Penanggulangan TB adalah dengan mengacu kepada strategi yang sudah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Strategi dimaksud adalah sebagai berikut :

1. penguatan Kepemimpinan Program Penanggulangan TB.;
2. peningkatan Akses Layanan TOSS-TB yang Bermutu dan Berpihak pada Pasien TB;
3. pengendalian Faktor Risiko;
4. peningkatan Kemitraan TB melalui Forum Koordinasi TB;
5. peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Penanggulangan TB; dan
6. penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan.

E. Proses Penyusunan RAD Penanggulangan TB di Kota Semarang

RAD Penanggulangan TB Kota Semarang disusun berdasarkan pada pendekatan :

1. Teknokratis, bahwa RAD Penanggulangan TB disusun dan ditulis berdasarkan kaidah-kaidah ilmiah yang berlaku dalam program pencegahan dan penanggulangan penyakit Menular khususnya TB;
2. Partisipatif, dengan melibatkan sebanyak mungkin para stakeholder baik pemerintah dan non pemerintah untuk berperan serta dalam penyusunan RAD Penanggulangan TB;
3. Politik, bahwa RAD Penanggulangan TB ini perlu mendapatkan dukungan dari Walikota dan Sekretaris Daerah/Kota untuk mendapatkan legitimasi hukum melalui penyusunan Peraturan Walikota; dan
4. Sinergi, RAD Penanggulangan TB di Kota Semarang disusun dengan menerapkan asas sinergitas antar para pihak dan pelaku pencegahan dan penanggulangan penyakit TB sehingga semuanya dapat saling melengkapi.

Selama penyusunan RAD Penanggulangan TB, Tim RAD Penanggulangan TB Kota Semarang telah melakukan serangkaian pertemuan baik secara internal maupun eksternal dalam bentuk workshop, Focus Group Discussion, konsultasi publik, dan bentuk-bentuk pertemuan lainnya, yang bertujuan untuk menampung aspirasi publik dan mensinergikan dengan program pembangunan kesehatan di Kota Semarang.

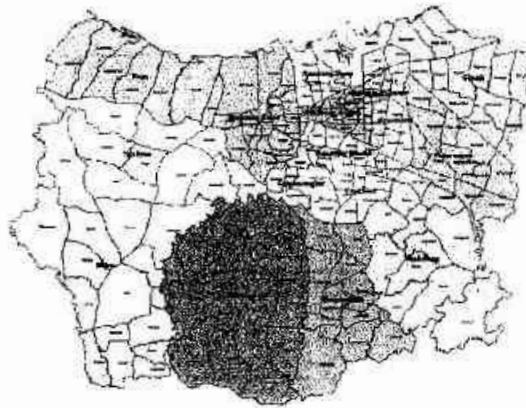
II. ANALISIS SITUASI

A. ASPEK GEOGRAFI DAN DEMOGRAFI

1. Luas Dan Batas Wilayah Administrasi

Sebagai Kota Pusat Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah, Kota Semarang memiliki luas wilayah sebesar 373,70 (tiga ratus tujuh puluh tiga koma tujuh puluh) km² yang lokasinya berbatasan langsung dengan Kabupaten Kendal di sebelah barat, Kabupaten Semarang di sebelah selatan, Kabupaten Demak di sebelah timur dan Laut Jawa di sebelah utara dengan panjang garis pantai berkisar 13,6 (tiga belas koma enam) km.

Secara administratif, Kota Semarang terbagi atas 16 (enam belas) wilayah Kecamatan dan 177 (seratus tujuh puluh tujuh) Kelurahan. Dari jumlah tersebut, terdapat 2 (dua) Kecamatan yang mempunyai wilayah terluas yaitu Kecamatan Mijen dengan luas wilayah sebesar 57,55 (lima puluh tujuh koma lima puluh lima) Km² dan Kecamatan Gunungpati dengan luas wilayah sebesar 54,11 (lima puluh empat koma sebelas) Km². Kedua Kecamatan tersebut terletak di bagian selatan yang merupakan wilayah perbukitan yang sebagian besar wilayahnya masih memiliki potensi pertanian dan perkebunan. Sementara itu wilayah kecamatan dengan mempunyai luas terkecil adalah Kecamatan Semarang Selatan dengan luas wilayah 5,93 (lima koma sembilan puluh tiga) Km² dan Kecamatan Semarang Tengah dengan luas wilayah sebesar 6,14 (enam koma empat belas) Km².



Gambar 1.

Pembagian Administratif Wilayah Kota Semarang Per Kecamatan

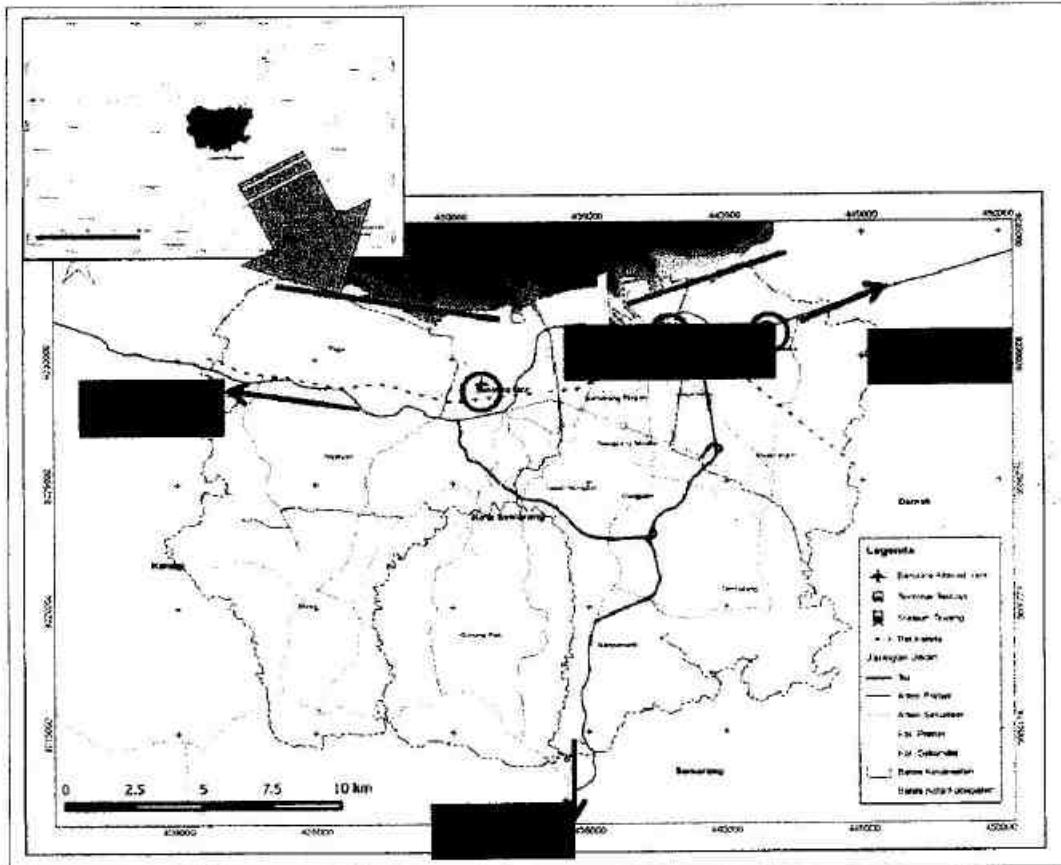
a. Letak dan Kondisi Geografis

Kota Semarang dilihat berdasarkan posisi astronomi berada di antara garis 6° 50' – 7° 10' Lintang Selatan dan garis 109° 35' – 110° 50' Bujur Timur. Kota Semarang sebagai salah satu kota yang berada di garis pantai utara pulau Jawa memiliki ketinggian antara 0,75 (nol koma tujuh puluh lima) mdpl sampai dengan 348 (tiga ratus empat puluh delapan) mdpl di atas permukaan laut. Pada daerah perbukitan mempunyai ketinggian 90.56 - 348 mdpl yang diwakili oleh titik tinggi yang berlokasi di Jatingaleh dan Gombel wilayah Semarang Selatan. Tugu, Mijen, dan Gunungpati. Untuk dataran rendah mempunyai ketinggian 0.75 mdpl.

Kota Semarang memiliki luas wilayah sebesar 373,70 (tiga ratus tujuh puluh tiga koma tujuh puluh) Km². Berdasarkan pembagiannya terdiri atas 39,56 (tiga puluh sembilan koma lima puluh enam) Km² atau 10,59% (sepuluh koma lima puluh sembilan persen) tanah sawah dan 334,14 (tiga ratus tiga puluh empat koma empat belas) Km² atau 89,41% (delapan puluh sembilan koma empat puluh satu persen) bukan lahan sawah. Menurut penggunaannya, luas tanah sawah terbesar merupakan tanah sawah tadah hujan 53,12 % (lima puluh tiga koma dua belas persen), dan hanya sekitar 19,97 % (sembilan belas koma sembilan puluh tujuh persen)nya saja yang dapat ditanami 2 (dua) kali. Lahan kering sebagian besar digunakan untuk tanah pekarangan/tanah untuk bangunan dan halaman sekitar, yaitu sebesar 42,17 % (empat puluh dua koma tujuh belas persen) dari total lahan bukan sawah.

Secara geografis, Kota Semarang memiliki posisi astronomis yaitu di antara garis 6°50' - 7°10' Lintang Selatan (LS) dan garis 109°35' - 110°50' Bujur Timur. Berdasarkan posisi lokasinya, Kota Semarang terletak pada jalur lalu lintas ekonomi Pulau Jawa. Selain itu, berdasarkan posisinya, Kota Semarang memiliki lokasi strategis sebagai koridor pembangunan di Provinsi Jawa Tengah yang terdiri dari empat simpul pintu gerbang yaitu koridor pantai utara, koridor selatan, koridor timur dan koridor barat. Lokasi strategis Kota Semarang juga didukung dengan keberadaan Pelabuhan Tanjung Mas, Bandar Udara Ahmad Yani, Terminal Terboyo, Stasiun Kereta Api Tawang dan Poncol, yang menguatkan peran Kota Semarang sebagai simpul aktivitas pembangunan di Provinsi Jawa Tengah dan bagian tengah Pulau Jawa, Indonesia. Lebih lanjut, posisi strategis Kota Semarang terlihat di Gambar dibawah ini :

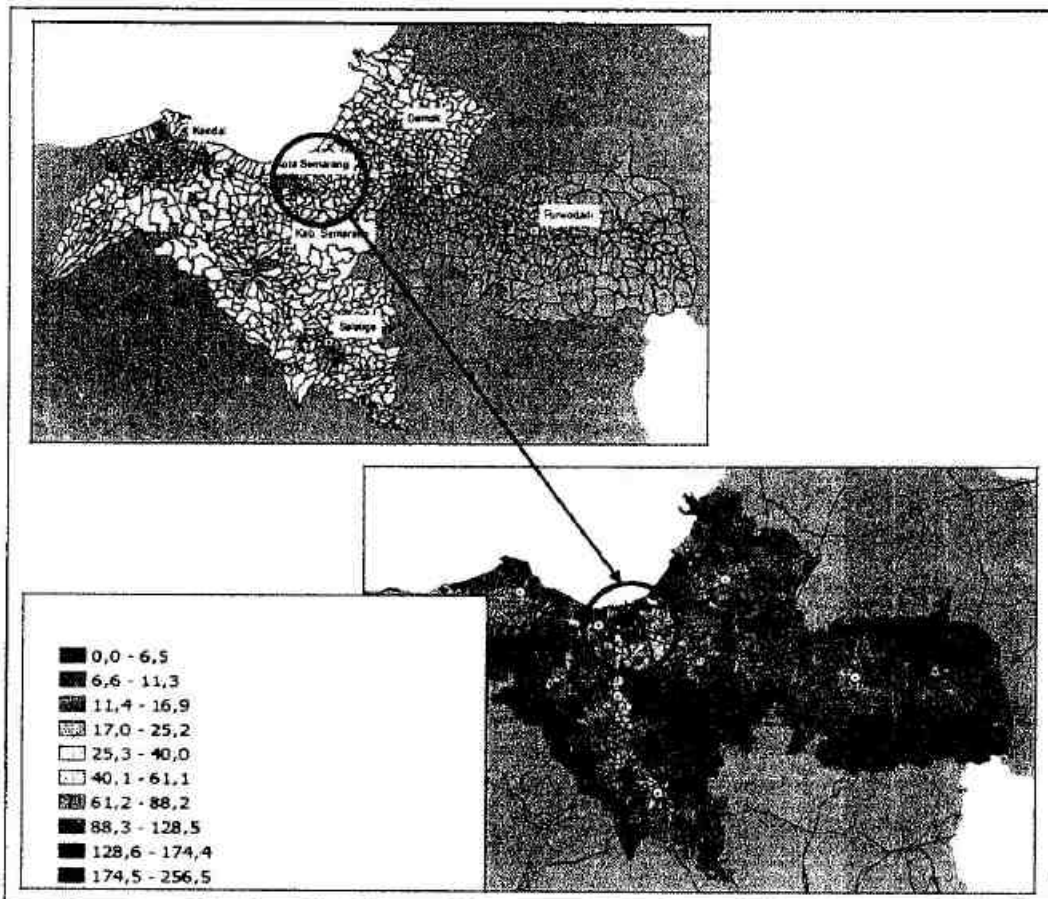




Sumber: Bappeda Kota Semarang, 2011

Gambar 2
Posisi Strategis Kota Semarang

Dalam konteks pembangunan Provinsi Jawa Tengah, Kota Semarang juga merupakan bagian dari rangkaian kawasan strategis nasional KEDUNGSAPUR bersama dengan Kabupaten Kendal, Kabupaten Demak, Kabupaten Semarang, Kota Salatiga, dan Kabupaten Grobogan. Sebagai kota metropolitan, Kota Semarang dalam kedudukannya di kawasan strategis nasional KEDUNGSAPUR menjadi pusat aktivitas perdagangan dan jasa, industri dan pendidikan. Fungsi inilah yang kemudian berdampak pada perkembangan pembangunan yang ada di Kota Semarang karena sebagaimana yang diketahui, aktivitas perdagangan dan jasa, industri dan pendidikan menjadi aktivitas yang paling banyak mengundang manusia untuk beraktivitas di dalamnya. Oleh karenanya, Kota Semarang menjadi salah satu kota yang memiliki daya tarik bagi penduduk pendatang untuk beraktivitas di dalamnya.



Sumber: Bappeda Kota Semarang, 2015

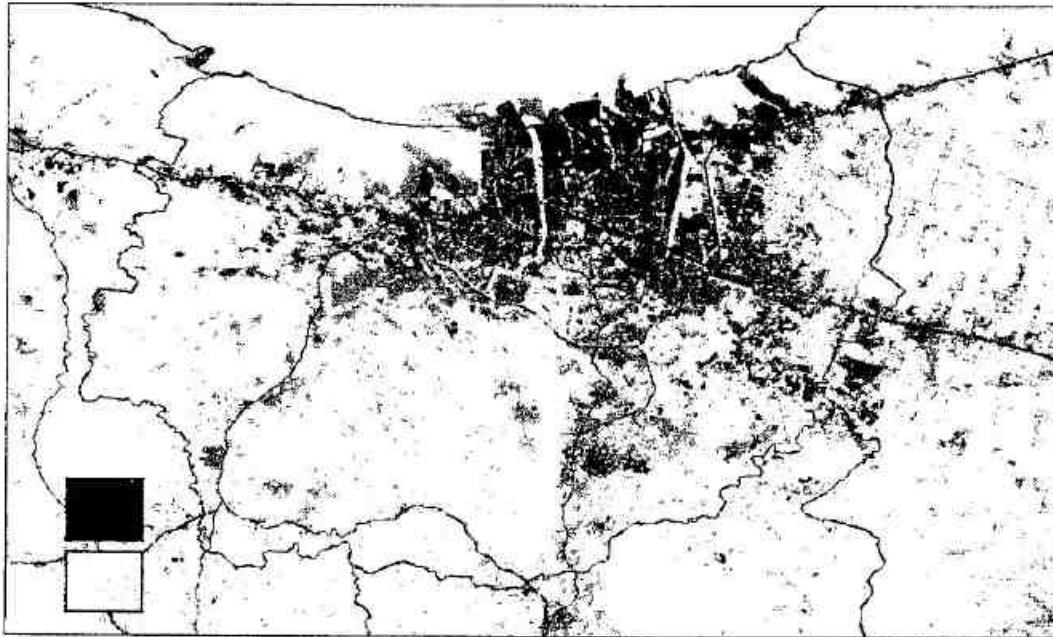
Gambar 3

Kepadatan Penduduk di Kawasan Strategis Nasional

KEDUNGSAPUR Tahun 2011 (Jiwa/Ha)

Selain itu, Kota Semarang juga merupakan bagian dari segitiga pusat pertumbuhan regional JOGLOSEMAR bersama dengan Jogjakarta dan Solo. Dalam perkembangannya, Kota Semarang berkembang sebagai kota perdagangan dan jasa dimana perkembangan aktivitas perdagangan (perniagaan) dan jasa menjadi tulang punggung pembangunan dalam rangka mewujudkan kesejahteraan masyarakat. Sebagai kota metropolitan yang menjadi bagian dari kawasan strategis nasional KEDUNGSAPUR dan segitiga pusat pertumbuhan regional JOGLOSEMAR, pertumbuhan dan perkembangan pembangunan Kota Semarang mengarah ke arah barat, timur dan selatan. Arah pertumbuhan dan perkembangan pembangunan di Kota Semarang dapat dilihat dari perubahan luasan lahan terbangun yang terus meningkat dari

Tahun 1999 hingga Tahun 2014. Gambar 2.4 menunjukkan perbandingan perubahan luasan lahan terbangun Kota Semarang pada Tahun 1999 dengan luasan lahan terbangun Tahun 2014. Terlihat jelas pada Gambar 2.4 bahwa kecenderungan arah perkembangan pembangunan Kota Semarang mengarah ke arah barat, timur dan selatan.



Keterangan:

- A. Lahan terbangun tahun 1999
- B. Lahan terbangun tahun 2014

Sumber: Bappeda Kota Semarang, 2015

Gambar 4

Perubahan Lahan Terbangun di Kota Semarang

Tahun 1999 dengan Tahun 2014

Perkembangan pembangunan Kota Semarang yang mengarah ke barat, selatan dan timur juga salah satunya dipengaruhi posisi strategis Kota Semarang yang berada di tengah-tengah rangkaian kawasan strategis pertumbuhan ekonomi di Jawa Tengah yaitu KEDUNGSAPUR DAN JOGLOSEMAR. Oleh karenanya, untuk mendukung dan mendorong aktivitas perkotaan di Kota Semarang sebagai kota perdagangan dan jasa diwujudkan dengan adanya kawasan PETAWANGI (Peterongan-Tawang-Siliwangi). Kawasan PETAWANGI merupakan kawasan strategis yang disediakan dengan tujuan pembukaan potensi investasi perdagangan, jasa, dan industri khususnya pada koridor Jalan Siliwangi – Kawasan Pusat Kota – Jalan Kaligawe dan Jalan Majapahit.

B. ASPEK DEMOGRAFI

1. Pertumbuhan Penduduk, Persebaran dan Kepadatan Penduduk, Komposisi Penduduk, Kelahiran, Kematian dan Perpindahan

a. Jumlah dan Laju Pertumbuhan Penduduk

Jumlah penduduk Kota Semarang menurut Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kota Semarang sampai dengan akhir Desember Tahun 2015 sebesar : 1.776.618 (satu juta tujuh ratus tujuh puluh enam ribu enam ratus delapan) jiwa, terdiri dari 885.804 (delapan ratus delapan puluh lima ribu delapan ratus empat) jiwa penduduk laki-laki dan 890.814 (delapan ratus sembilan puluh ribu delapan ratus empat belas) jiwa penduduk perempuan. Sedangkan data penduduk Tahun 2015 berdasarkan BPS sampai buku profil ini dicetak belum ada rilis resmi dari BPS Kota Semarang.

Tabel 1 : Jumlah dan Pertumbuhan Penduduk Tahun 2004 - 2015

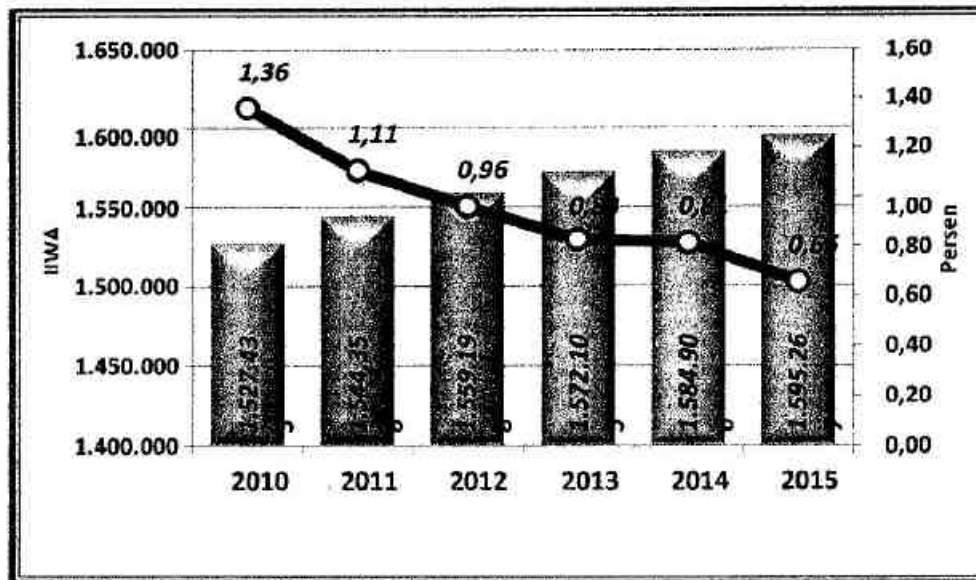
Tahun	Jumlah Penduduk	Tingkat pertumbuhan
		Setahun (%)
2004	1.399.133	1,52
2005	1.419.478	1,45
2006	1.434.132	1,02
2007	1.454.594	1,43
2008	1.481.640	1,86
2009	1.506.924	1,53
2010	1.527.433	1,41
2011	1.544.358	1,11
2012	1.559.198	0,96
2013	1.575.105	0,83
2014	1.584.906	0,97
2015	1.776.618*	

Sumber data : Kantor BPS Kota Semarang – Semarang Dalam Angka

*)Sumber: Tahun 2015 dari Dispendukcapil Kota Semarang

Perkembangan dan pertumbuhan penduduk selama 12 (dua belas) tahun terakhir menunjukkan hasil yang bervariasi dengan tren semakin meningkat. Dalam konteks kependudukan, dalam kurun waktu enam tahun terakhir terhitung sejak Tahun 2010 – Tahun 2015, perkembangan penduduk di Kota Semarang cenderung dinamis.

Gambar 2.17 menjelaskan bahwa sejak Tahun 2010 – Tahun 2015, jumlah penduduk Kota Semarang mengalami peningkatan. Namun, jika dilihat dari pertumbuhannya, pertumbuhan penduduk Kota Semarang mengalami penurunan rata-rata pertahun mencapai 0.95% (nol koma sembilan puluh lima persen) setiap tahunnya.



Sumber : Badan Pusat Statistik Kota Semarang, 2016

Gambar 5
Perkembangan Demografi Kota Semarang 2010 – 2015

b. Persebaran dan Kepadatan Penduduk

Penyebaran penduduk yang tidak merata perlu mendapat perhatian karena berkaitan dengan daya dukung lingkungan yang tidak seimbang. Secara geografis wilayah Kota Semarang terbagi menjadi dua yaitu daerah dataran rendah (Kota Bawah) dan daerah perbukitan (Kota Atas). Kota Bawah merupakan pusat kegiatan pemerintahan, perdagangan dan industri, sedangkan Kota Atas lebih banyak dimanfaatkan untuk perkebunan, persawahan, dan hutan.

Sedangkan ciri masyarakat Kota Semarang terbagi dua yaitu masyarakat dengan karakteristik perkotaan dan masyarakat dengan karakteristik pedesaan. Sebagai salah satu kota metropolitan, Semarang boleh dikatakan belum terlalu padat.

Pada Tahun 2013 kepadatan penduduknya sebesar 4.207 (empat ribu dua ratus tujuh) jiwa per km² sedikit mengalami kenaikan bila dibandingkan dengan Tahun 2012. Bila dilihat menurut Kecamatan terdapat 3 (tiga) kecamatan yang mempunyai kepadatan di bawah angka rata-rata Semarang, sebagai berikut: Kecamatan Tugu sebesar 984 (sembilan ratus delapan puluh empat) jiwa per km², Kecamatan Mijen (1.006 jiwa/ km²), Kecamatan Gunungpati (1.402 jiwa/ km²). Dari ketiga Kecamatan tersebut, dua diantaranya merupakan daerah pertanian dan perkebunan, sedangkan satu kecamatan lainnya merupakan daerah pengembangan industri.

Namun sebaliknya untuk Kecamatan-Kecamatan yang terletak di pusat kota, dimana luas wilayahnya tidak terlalu besar tetapi jumlah penduduknya sangat banyak, kepadatan penduduknya sangat tinggi. Yang paling tinggi kepadatan penduduknya adalah Kecamatan Semarang Selatan 13.882 (tiga belas ribu delapan ratus delapan puluh dua) jiwa/km², kemudian Kecamatan Candisari 12.187 (dua belas ribu seratus delapan puluh tujuh) jiwa/km², dan Kecamatan Gayamsari 11.939 (sebelas ribu sembilan ratus tiga puluh sembilan) jiwa/km².

Bila dikaitkan dengan banyaknya keluarga atau rumah tangga, maka dapat dilihat bahwa rata-rata setiap keluarga di Kota Semarang memiliki 4 (empat) anggota keluarga, dan kondisi ini terjadi pada hampir seluruh Kecamatan yang ada .

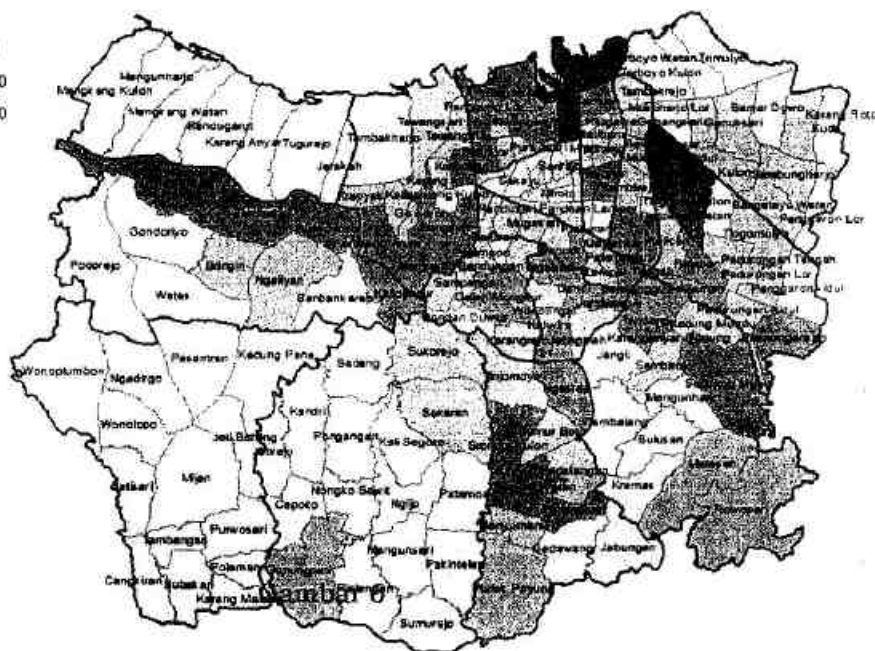
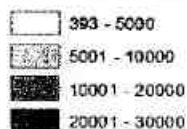
Berdasarkan sebaran atau distribusi penduduknya, kecamatan di Kota Semarang yang memiliki jumlah penduduk tertinggi dalam kurun waktu enam tahun terakhir (2010 - 2015) adalah Kecamatan Pedurungan. Adapun kecamatan lain yang memiliki penduduk relatif lebih tinggi (>100.000 jiwa) dibandingkan kecamatan lainnya adalah Kecamatan Semarang Barat, Tembalang, Banyumanik, Semarang Utara dan Ngaliyan.

Tabel 2
Sebaran Penduduk Per Kecamatan Kota Semarang
Tahun 2010 – 2015

No	Uraian	Tahun					
		2010	2011	2012	2013	2014	2015
1.	Kec. Mijen	52.711	54.875	56.570	57.887	59.425	61.405
2.	Kec. Gunungpati	71.174	73.459	75.027	75.885	77.333	78.641
3.	Kec. Banyumanik	125.909	127.287	128.225	130.494	131.404	132.508
4.	Kec. Gajahmungkur	62.413	63.182	63.430	63.599	63.660	63.707
5.	Kec. Smg Selatan	85.309	83.133	82.931	82.293	79.952	79.620
6.	Kec. Candisari	80.224	79.950	79.902	79.706	79.646	79.258
7.	Kec. Tembalang	133.434	138.362	142.941	147.564	154.697	156.868
8.	Kec. Pedurungan	171.599	174.133	175.770	177.143	178.544	180.282
9.	Kec. Genuk	85.877	88.967	91.527	93.439	95.218	97.545
10.	Kec. Gayamsari	74.748	73.052	73.584	73.745	73.850	74.178
11.	Kec. Smg Timur	80.433	79.615	78.889	78.622	78.019	77.331
12.	Kec. Smg Utara	127.170	127.417	127.921	128.026	128.134	127.752
13.	Kec. Smg Tengah	73.174	72.525	71.674	71.200	70.727	70.259
14.	Kec. Smg Barat	159.946	160.112	158.981	158.668	158.510	158.131
15.	Kec. Tugu	27.846	29.807	30.904	31.279	31.592	31.954
16.	Kec. Ngaliyan	115.466	118.482	120.922	122.555	124.195	125.828
	Jumlah	1.527.433	1.544.358	1.559.198	1.572.105	1.584.906	1.595.267

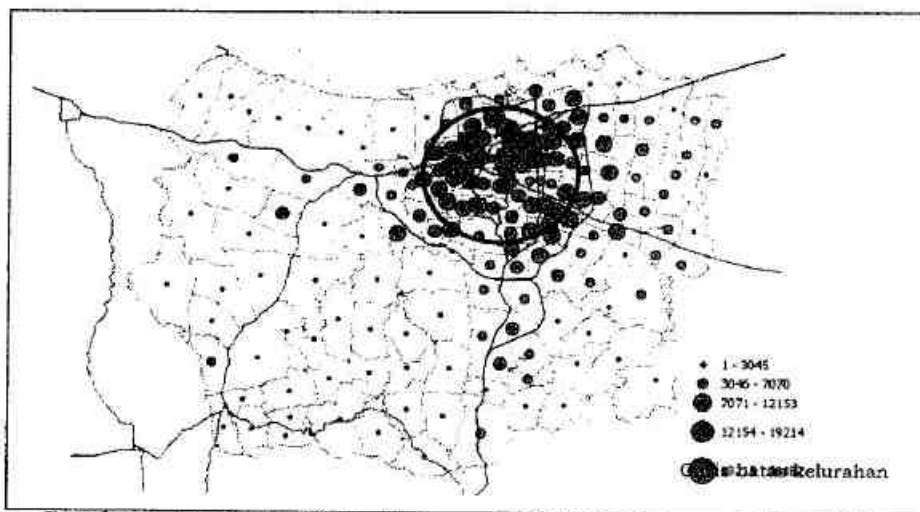
Sumber : Badan Pusat Statistik Kota Semarang, 2016

Jumlah Penduduk



Peta Sebaran Penduduk Kota Semarang Tahun 2015

Meskipun relatif memiliki luasan lahan yang lebih sedikit dibandingkan kecamatan lain yang berada di pinggiran, kecamatan – kecamatan yang termasuk kedalam area pusat kota memiliki kepadatan penduduk yang tinggi dibanding kecamatan lain di wilayah pinggiran. Sebagian penduduk yang memilih bermukim di area pusat kota umumnya lebih mengutamakan kemudahan akses terhadap aktivitas perdagangan dan jasa yang sebagian besar terpusat di pusat Kota Semarang.



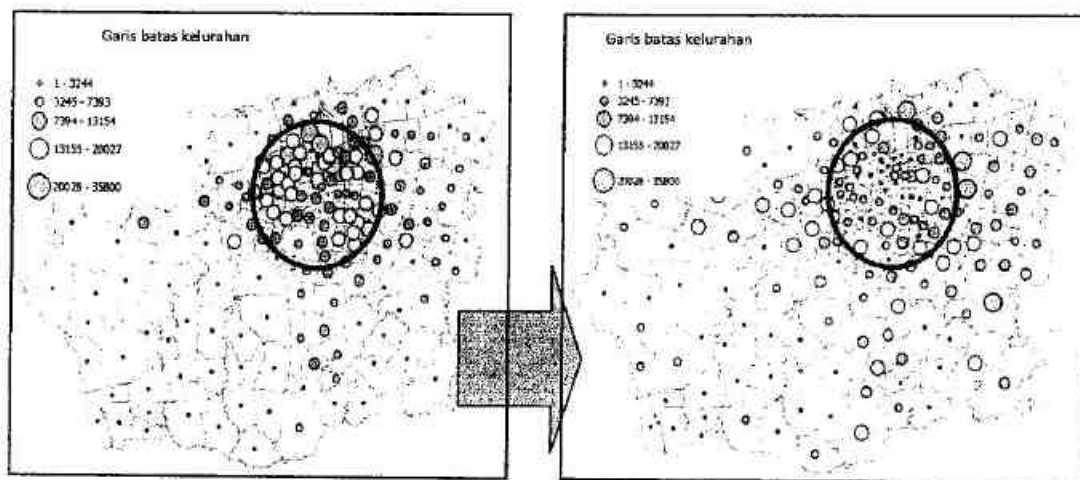
Sumber : Bappeda Kota Semarang, 2015

Gambar 7

Sebaran Kepadatan Penduduk di Kota Semarang 2013

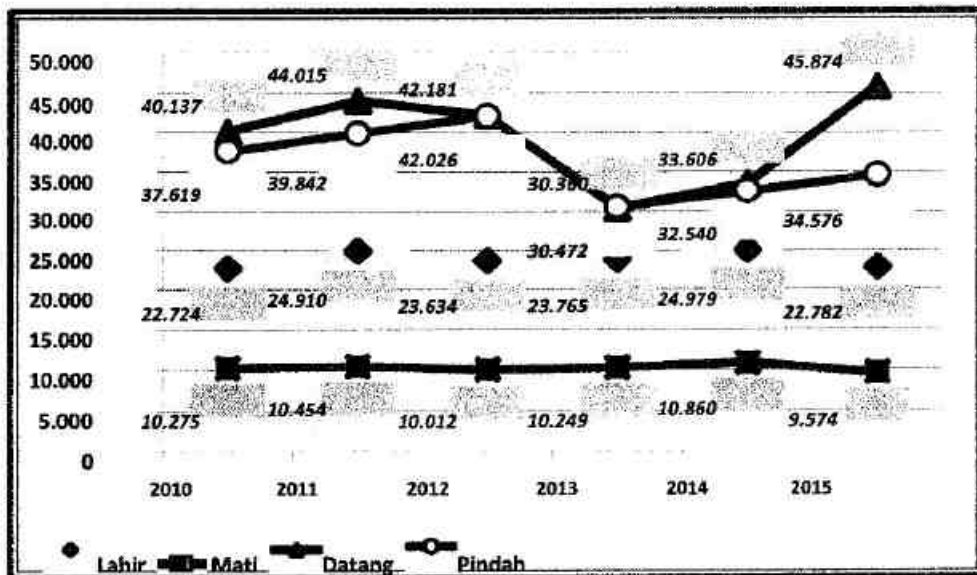
Gambar 2.21 di bawah ini menjelaskan bahwa dalam kurun waktu enam tahun terakhir (2010 – 2015) kecenderungan sebaran penduduk Kota Semarang mengarah kearah pinggiran seperti di Kecamatan Pedurungan, Tembalang, Banyumanik dan Ngaliyan. Tren meningkatnya penduduk di wilayah pinggiran Kota Semarang disebabkan beberapa faktor diantaranya meningkatnya harga lahan di pusat kota. Selain itu, berkembangnya aktivitas perdagangan dan jasa yang membutuhkan dukungan industri yang sebagian besar berada di wilayah pinggiran kota, menjadi daya tarik tersendiri bagi penduduk untuk bermukim di wilayah tersebut.

Berkembangnya Kota Semarang khususnya pada sektor perdagangan dan industri juga menarik penduduk di daerah sekitar seperti dari Kabupaten Semarang, Demak dan Kendal untuk beraktivitas khususnya di wilayah pinggiran Kota Semarang. Kecenderungan peningkatan jumlah penduduk tentu akan berdampak langsung pada peningkatan pemanfaatan lahan dan penyediaan infrastruktur di wilayah tersebut. Kondisi yang demikian juga secara perlahan akan berpengaruh kepada arah perkembangan Kota Semarang yang tidak lagi terpusat melainkan ke arah pinggiran. Oleh karena itu pembangunan yang akan datang memerlukan pengelolaan wilayah pinggiran tidak hanya oleh Pemerintah Kota Semarang saja, tetapi juga koordinasi wilayah KEDUNGSAPUR.



Gambar 8
Perubahan Sebaran Penduduk Kota Semarang
Tahun 2010 – 2015

Gambar 2.22 dibawah ini menampilkan jumlah penduduk yang datang relatif lebih tinggi dibandingkan jumlah penduduk yang lahir, mati maupun pindah. Kondisi yang demikian disebabkan salah satunya oleh daya tarik Kota Semarang sebagai pusat aktivitas khususnya perdagangan dan jasa, industri dan pendidikan. Sebagian besar penduduk yang datang ke Kota Semarang memiliki kecenderungan menetap di wilayah pinggiran.

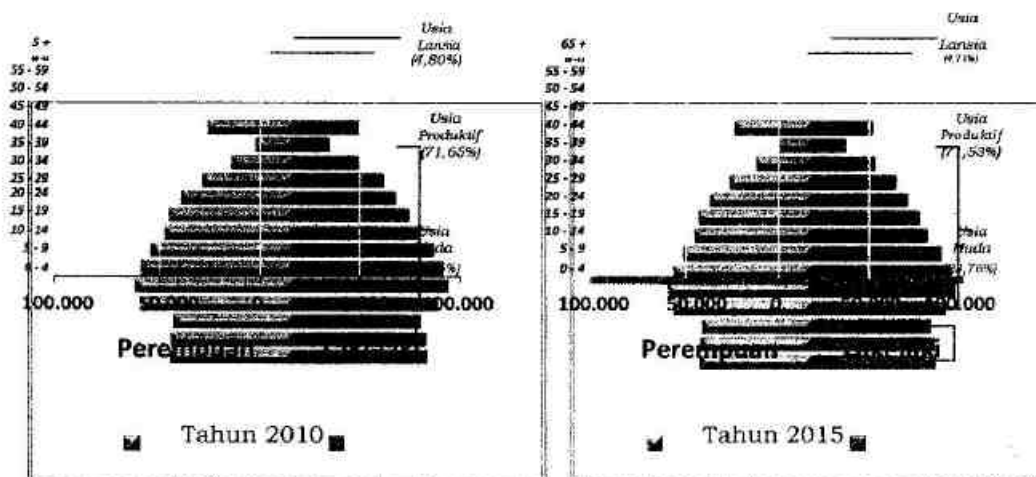


Sumber : Badan Pusat Statistik Kota Semarang, 2016

c. Komposisi Penduduk

1) Komposisi Penduduk Kota Semarang Per Kelompok Umur

Komposisi penduduk di Kota Semarang enam tahun terakhir (2010-2015) didominasi oleh penduduk berusia 15 (lima belas) tahun hingga 39 (tiga puluh sembilan) tahun. Hal ini menunjukkan bahwa Kota Semarang memiliki penduduk usia produktif yang dapat dimanfaatkan untuk menunjang pembangunan lima tahun kedepan.



Sumber : Badan Pusat Statistik Kota Semarang, 2016

Gambar 9
Piramida Penduduk Kota Semarang Berdasarkan Kelompok Umur
Tahun 2010 dan Tahun 2015

Berdasarkan Gambar 2.25 diatas, diketahui bahwa persentase penduduk Kota Semarang kategori usia muda, usia produktif dan usia lansia tidak banyak berubah sejak Tahun 2010 hingga 2015. Sebagaimana yang tercantum pada gambar 2.25, baik di tahun 2010 maupun 2015, komposisi penduduk usia produktif di Kota Semarang memiliki persentase terbesar yaitu mencapai 71 % (tujuh puluh satu persen). Kondisi ini mengindikasikan bahwa Kota Semarang sudah memasuki tahapan bonus demografi (*demographic dividend*). Bonus demografi adalah suatu keadaan kependudukan dimana ketergantungan penduduk berada pada rentang yang terendah.

Jika dikaitan dengan angka ketergantungan, besarnya proporsi usia produktif (>50%) menanggung sedikit penduduk usia non produktif seringkali disebut sebagai bonus demografi. Berdasarkan kondisi tersebut, bonus demografi dapat menjadi asset terbesar bagi Kota Semarang apabila penduduk usia produktifnya memiliki kualitas yang cukup baik (baik tingkat pendidikan, skill, profesionalitas dan kreativitas) sehingga mampu menekan beban ketergantungan sampai tingkat terendah yang pada akhirnya berguna untuk mendorong pembangunan ekonomi.

Bonus demografi dapat dianggap sebagai peluang (*windows opportunity*) jika diiringi dengan peningkatan kesempatan kerja. Terlebih dengan diberlakukannya Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA), persiapan yang matang seperti menyiapkan tenaga kerja yang berkualitas perlu dilakukan sehingga kehadiran MEA di Kota Semarang akan menjadi peluang Kota Semarang untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakatnya. Namun sebaliknya, jika persiapan yang dilakukan untuk menghadapi MEA kurang matang, maka bukan tidak mungkin peluang bonus demografi dapat berubah bencana demografi. Kehadiran MEA akan menjadi tantangan terbesar baik bagi Pemerintah Kota Semarang maupun bagi warganya untuk meningkatkan kesejahteraan kota. Oleh karena itu, perlu bagi seluruh pelaku pembangunan untuk lebih memprioritaskan pembangunan manusia sebagai akhir tujuan dari seluruh pembangunan yang dilakukan di Kota Semarang.

2) Komposisi Penduduk Kota Semarang Per Jenis Kelamin

Untuk dapat menggambarkan tentang keadaan penduduk secara khusus dapat dilihat dari komposisinya, salah satunya adalah penduduk menurut jenis kelamin. Menurut data dari Dispendukcapil Kota Semarang dari 1.776.618 (satu juta tujuh ratus tujuh puluh enam ribu enam ratus delapan belas) penduduk Kota Semarang pada tahun 2015 terdiri dari 885.804 (delapan ratus delapan puluh lima ribu delapan ratus empat) jiwa penduduk laki-laki dan 890.814 (delapan ratus sembilan puluh ribu delapan ratus empat belas) jiwa penduduk perempuan. Indikator dari variabel jenis kelamin adalah rasio jenis kelamin yang merupakan angka perbandingan antara penduduk laki-laki dan perempuan.

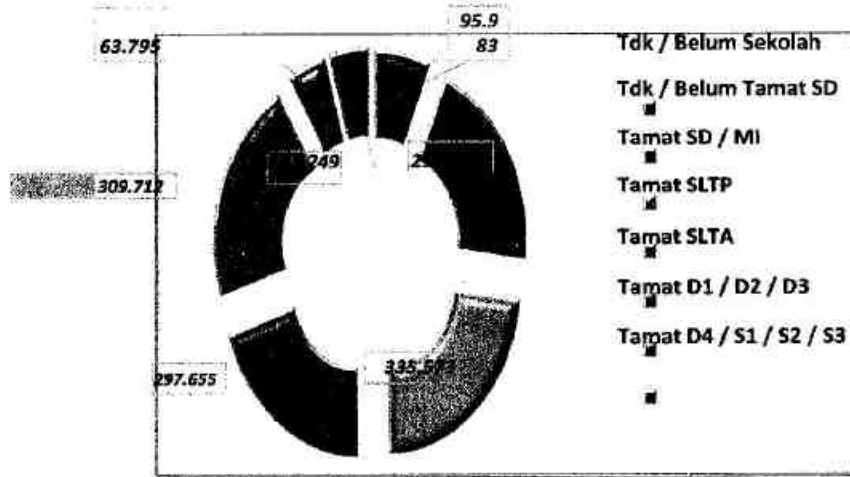
**Komposisi Penduduk Menurut
Jenis Kelamin Tahun 2015**



Sumber data : Dispendukcapil Kota Semarang

3) Komposisi Penduduk Kota Semarang Per Tingkat Pendidikan

Komposisi penduduk di Kota Semarang enam tahun terakhir (2010-2015) dalam konteks tingkat pendidikan, didominasi oleh penduduk dengan tingkat pendidikan Tamatan SD (atau yang sederajat), SMP (atau yang sederajat) dan SMA (atau yang sederajat). Sedangkan untuk tamatan Akademi DIII dan Universitas memiliki jumlah yang relatif rendah dibandingkan tingkat pendidikan lainnya.

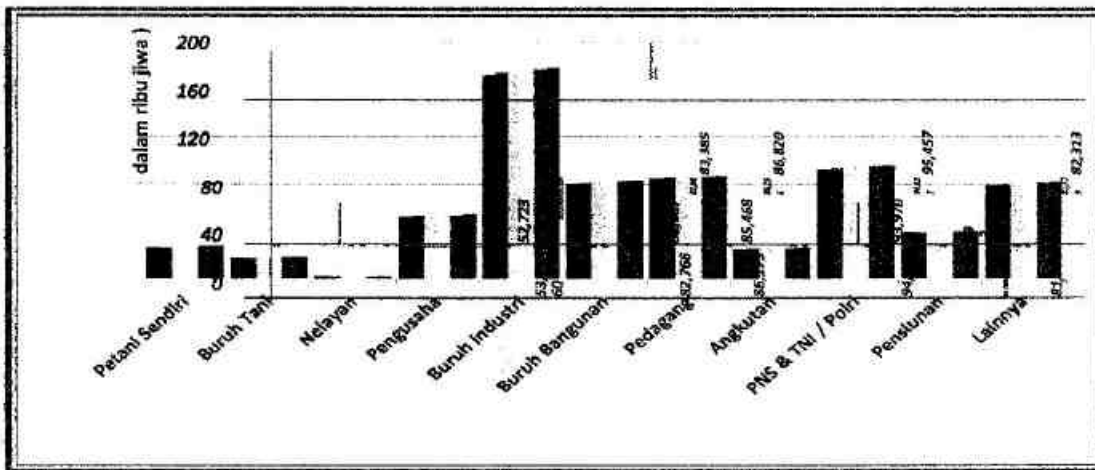


Sumber : Badan Pusat Statistik Kota Semarang, 2016

Gambar 10
Jumlah Penduduk Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Kota Semarang Tahun 2015

4) Komposisi Penduduk Kota Semarang Berdasarkan Mata Pencaharian

Komposisi penduduk di Kota Semarang berdasarkan mata pencaharian dalam waktu lima tahun terakhir sebagian besar adalah buruh industri (lihat Gambar 2.28 dibawah ini). Jika dikaitkan dengan mayoritas tingkat pendidikan yang dimiliki oleh penduduk Kota Semarang dimana sebagian besar hanyalah tamatan SD, SMP dan SMA, maka perlu berbagai upaya untuk meningkatkan kualitas SDM penduduk Kota Semarang. Terlebih pada lima tahun kedepan dimana MEA mulai diberlakukan. Upaya peningkatan kualitas SDM penduduk Kota Semarang perlu diprioritaskan sehingga tenaga kerja lokal mampu bersaing dengan tenaga kerja asing.



■ 2010 ■ 2011 ■ 2012 ■ 2013 ■ 2014 ■ 2015

Sumber : Badan Pusat Statistik Kota Semarang, 2016

Gambar 11
Mata Pencaharian Penduduk Kota Semarang 2010 – 2015

d. Kelahiran, Kematian Penduduk

Pada umumnya, pertumbuhan jumlah penduduk di Kota Semarang dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya adalah kelahiran, kematian, kedatangan dan perpindahan. Secara keseluruhan, dalam kurun enam tahun terakhir (2010 – 2015) kedatangan dan kepindahan penduduk Kota Semarang dinilai cukup signifikan dibandingkan kelahiran dan kematian.

Potensi permasalahan jumlah penduduk yang besar dipengaruhi oleh tingkat pertumbuhan penduduk yang dimiliki. Bila jumlah penduduk yang besar sedangkan tingkat pertumbuhannya tinggi, maka beban untuk mencukupi kebutuhan pangan, sandang, perumahan, pendidikan, kesehatan dan sebagainya menjadi sangat berat.

Tingkat pertumbuhan penduduk dibedakan atas tingkat pertumbuhan alamiah dan tingkat pertumbuhan karena migrasi. Tingkat pertumbuhan alamiah secara sederhana dihitung dengan membandingkan jumlah penduduk yang lahir dan mati. Pada periode waktu tertentu digambarkan dengan Angka Kelahiran Kasar atau *Crude Birth Rate* (CBR) dan Angka Kematian Kasar atau *Crude Death Rate* (CDR) yang merupakan perbandingan antara jumlah kelahiran dan kematian selama 1 tahun dengan jumlah penduduk pertengahan tahun.

Selama periode 10 tahun terakhir perkembangan kelahiran dan kematian penduduk di Kota Semarang terlihat cukup berfluktuasi. Hal ini dilihat bahwa untuk CBR periode Tahun 2006 – 2015. Dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3. Perkembangan Kelahiran dan Kematian Penduduk Kota Semarang Periode 2006 – 2015

Tahun	Jml Penduduk	CBR (/1000 pddk)	CDR (/1000 pddk)
2006	1.434.025	15,10	6,35
2007	1.454.594	16,06	7,04
2008	1.481.640	16,60	6,79
2009	1.506.924	17,01	6,98
2010	1.527.433	14,98	6,77
2011	1.544.358	16,09	6,76
2012	1.559.198	15,23	6,45
2013	1.575.068	15,18	6,5
2014	1.584.906	16,63	6,8
2015	1.776.618*		

Sumber data : BPS Kota Semarang – Profil Kependudukan

*Tahun 2015: Data dari Dispendukcapil Kota Semarang

C. TATA PEMERINTAHAN KOTA SEMARANG DAN KESEHATAN:

Secara administratif, Kota Semarang terbagi atas 16 (enam belas) wilayah Kecamatan dan 177 (serratus tujuh puluh tujuh) Kelurahan. Dari jumlah tersebut, terdapat 2 (dua) Kecamatan yang mempunyai wilayah terluas yaitu Kecamatan Mijen dengan luas wilayah sebesar 57,55 (lima puluh tujuh koma lima puluh lima) Km² dan Kecamatan Gunungpati dengan luas wilayah sebesar 54,11 (lima puluh empat koma sebelas) Km². Kedua Kecamatan tersebut terletak di bagian selatan yang merupakan wilayah perbukitan yang sebagian besar wilayahnya masih memiliki potensi pertanian dan perkebunan. Sementara itu wilayah kecamatan dengan mempunyai luas terkecil adalah Kecamatan Semarang Selatan dengan luas wilayah 5,93 (lima koma Sembilan puluh tiga) Km² dan Kecamatan Semarang Tengah dengan luas wilayah sebesar 6,14 (enam koma empat belas) Km².

Selain itu di Kota Semarang banyak sekali terdapat Fasilitas Kesehatan, diantaranya :

1. Ada 37 (tiga puluh tujuh) Puskesmas Induk dan 35 (tiga puluh lima) Puskesmas Pembantu
2. Ada 2 Rumah Sakit Pusat, 2 Rumah Sakit Umum Daerah, 2 (dua) rumah Sakit POLRI dan 12 (dua belas) Rumah Sakit Swasta. Terdiri dari 2 (dua) Rumah sakit type A, 5 (lima) RS Type B dan 11 (sebelas) Rumah Sakit Type C.
3. 36 (tiga puluh enam) Klinik Utama dan 92 (sembilan puluh dua) BP Umum (Klinik Pratama)
4. Jumlah Tenaga Kesehatan 1.940 (seribu sembilan ratus empat puluh) dokter umum dan 745 (tujuh ratus empat puluh lima) dokter spesialis
5. Jumlah apotek yang tersedia 401 (empat ratus satu) dan 28 (dua puluh delapan) laboratorium kesehatan
6. Jumlah Fakultas Kedokteran di Kota Semarang ada 4 (empat), yaitu: Fakultas Kedokteran di Universitas Diponegoro, Fakultas Kedokteran Univesitas Islam Sultan Agung, Fakultas Kedokteran Wahid Hasyim dan Fakultas Kedokteran di Universitas Muhammadiyah Semarang.
7. Jumlah Fakultas/Program Studi Kesehatan Masyarakat di Kota Semarang ada 5 (lima) : Fakultas Kesehatan Masyarakat di Universitas Diponegoro, Universitas Dian Nuswantoro, Universitas Negeri Semarang, Universitas Muhammadiyah Semarang dan STKES HAKLI.

Sebagai ibu kota Provinsi Kota Semarang, sangat lah wajar segala fasilitas kesehatan dapat ditemui di kota ini. Namun yang penting dari semua itu

adalah bagaimana fasilitas yang tersedia dapat berperan positif untuk pencegahan dan penanggulangan penyakit menular khususnya TB.

D. SITUASI EPIDEMIOLOGI TB DI KOTA SEMARANG

1. Program P2 TB Paru

Penanggulangan Tuberkulosis merupakan program nasional yang harus dilaksanakan di seluruh Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) termasuk Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik-klinik Kesehatan dan juga Dokter Praktek Swasta. DOTS Merupakan strategi penanggulangan Tuberkulosis nasional yang dilaksanakan melalui pengobatan jangka pendek dengan pengawasan langsung, dengan demikian bentuk pelayanan pasien tuberkulosis di seluruh unit pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi DOTS.

Implementasi strategi DOTS diantaranya adalah adanya pojok DOTS disetiap fasyankes yang merupakan tempat untuk konsultasi pasien TB. Hal ini diadakan karena memerlukan pengelolaan yang lebih spesifik, dibutuhkan kedisiplinan dalam penerapan semua standart prosedur operasional yang ditetapkan, disamping itu perlu adanya koordinasi antar unit pelayanan dalam bentuk jejaring serta penerapan standart diagnosa dan terapi yang benar, dan dukungan yang kuat dari jajaran pimpinan FASYANKES berupa komitmen dalam pengelolaan penanggulangan TB.

Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien, prioritas diberikan kepada pasien TB tipe menular. Strategi ini akan memutuskan penularan TB dan dengan demikian menurunkan insidens TB di masyarakat. Menemukan dan menyembuhkan pasien merupakan cara terbaik dalam upaya pencegahan penularan TB.

Strategi DOTS terdiri dari 5 (lima) komponen kunci:

- a. komitmen politis;
- b. pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya;
- c. pengobatan jangka pendek yang standart bagi semua kasus TB dengan tatalaksana kasus yang tepat, termasuk pengawasan langsung pengobatan;
- d. jaminan ketersediaan OAT yang bermutu; dan

- e. sistem pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program secara keseluruhan.

Strategi DOTS di atas telah dikembangkan oleh kemitraan global dalam penanggulangan TB (*stop TB partnership*) dengan memperluas strategi DOTS sebagai berikut:

- a. mencapai, mengoptimalkan dan mempertahankan mutu DOTS;
- b. merespon masalah TB-HIV, MDR-TB dan tantangan lainnya;
- c. berkontribusi dalam penguatan sistem kesehatan;
- d. melibatkan semua pemberi pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta;
- e. memberdayakan pasien dan masyarakat; dan
- f. melaksanakan dan mengembangkan riset.

Sejalan dengan program nasional penanggulangan TB, Dinas Kesehatan Kota Semarang yang merupakan salah satu OPD (Organisasi Perangkat Daerah) bertanggung jawab atas peningkatan derajat kesehatan masyarakat Kota Semarang dalam kontribusinya atas terwujudnya pelaksanaan strategi DOTS adalah memberikan dukungan secara maksimal atas penyediaan logistic OAT dan Non OAT, melakukan pembinaan SDM dalam bentuk pelatihan bersertifikat, seminar, symposium dan refreshing program dengan mendatangkan tenaga ahli. Disamping itu juga diselenggarakannya monitoring dan evaluasi (monev) P2TB bagi pengelola program TB dan melakukan pencatatan dan pelaporan sebagai bentuk pertanggungjawabab kepada masyarakat atas keberhasilan program yang dilaksanakan.

2. PELAKSANAAN PROGRAM PENANGGULANGAN PENYAKIT TB DINAS KESEHATAN KOTA SEMARANG

Berikut ini merupakan gambaran kegiatan program pemberantasan penyakit TB-Paru di Kota Semarang di Tahun 2016.

a. Penemuan Kasus TB Di Kota Semarang

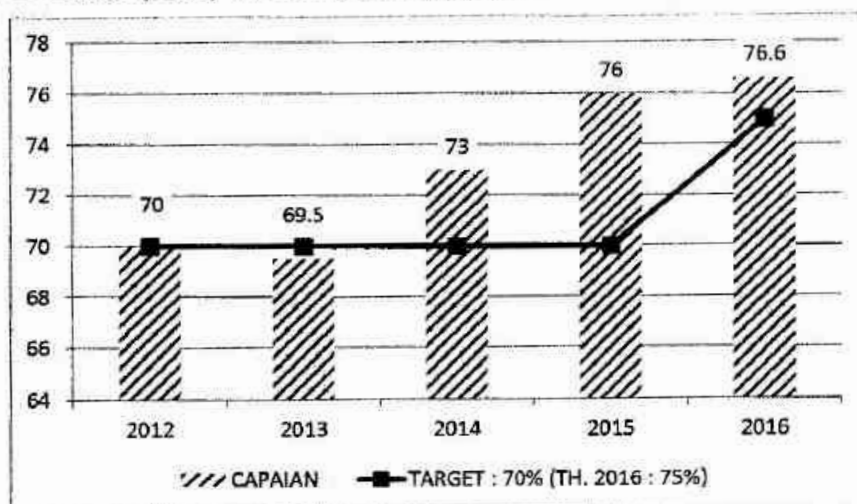
1) Penemuan Kasus Baru (CDR)

Case detection rate (CDR) adalah prosentase jumlah pasien baru BTA (+) yang ditemukan dan diobati dibanding jumlah pasien baru BTA (+) yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut. *Case detection rate (CDR)* menggambarkan cakupan penemuan pasien baru BTA (+) pada suatu wilayah.

Target *case detection rate (CDR)* pada program penanggulangan Tuberculosis Kota Semarang adalah sebesar 70 (tujuh puluh) % angka ini paralel dengan target CDR program penanggulangan Tuberculosis Nasional.

Grafik 1

Penemuan Kasus (CDR) TB-Paru BTA (+) Kota Semarang Tahun 2012 s.d 2016



Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui cakupan CDR Kota Semarang dalam kurun waktu 5 (lima) tahun terakhir terus mengalami peningkatan cakupan. Bahkan di Tahun 2016 dengan peningkatan target cakupan 75% (tujuh puluh lima persen) angka temuan kasus dapat dicapai dengan angka 76.6% (tujuh puluh enam koma enam persen). Dengan demikian CDR kasus TB di Tahun 2016 adalah 1.6 % (satu koma enam persen) diatas target. Hal ini terjadi karena peningkatan kinerja seluruh pengelola program P2TB (Penanggulangan Penyakit TB) yang didukung oleh semua pihak terkait, sehingga di tahun-tahun mendatang hal ini perlu dipertahankan dan bahkan ditingkatkan.

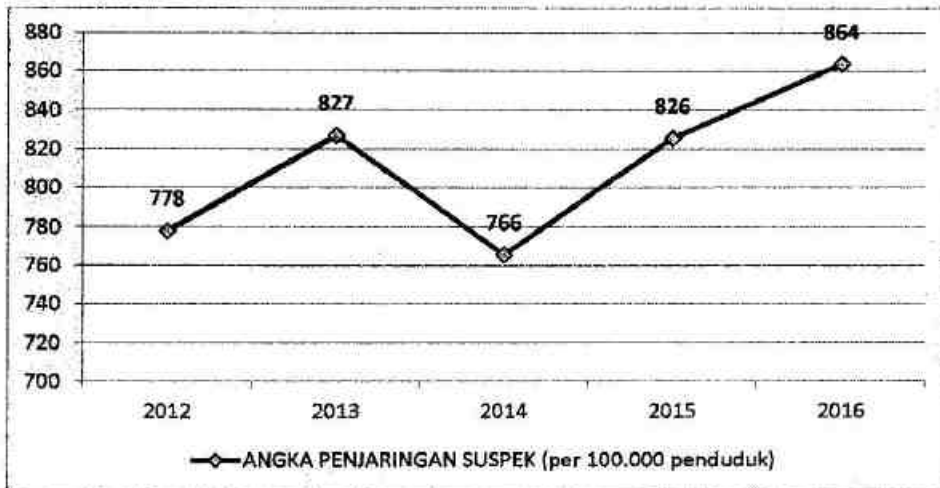
2) Angka Penjaringan Suspek

Angka penjaringan suspek adalah jumlah suspek yang diperiksa dahaknya diantara 100.000 (seratus ribu) penduduk pada suatu wilayah tertentu dalam 1 (satu) tahun. Angka ini digunakan untuk mengetahui upaya penemuan pasien dalam suatu wilayah tertentu dengan memperhatikan kecenderungan dari waktu ke waktu (triwulan/tahunan).

Penemuan suspek tahun 2016 sebanyak 864/100.000 penduduk. Jika dibandingkan dengan penemuan tahun sebelumnya telah terjadi peningkatan sebesar 38/100.000 penduduk

Grafik 2

Angka Penjaringan Suspek TB Kota Semarang Tahun 2012 s.d 2016



Hal tersebut disebabkan oleh kepekaan petugas dalam penetapan kriteria suspek, keberhasilan penyuluhan kesehatan yang dilakukan tenaga kesehatan maupun kader kesehatan sehingga masyarakat mengetahui tentang penyakit TB dan cara pencegahannya, dari segi penderitanya telah terjadi peningkatan kesadaran dan disiplin dalam pengobatan, pemakaian APD (alat pelindung diri utamanya penggunaan masker), dan tidak berdahak disembarang tempat sehingga tidak menularkan penyakitnya kepada orang.

3) Proporsi Pasien TB BTA (+) diantara Suspek

Proporsi Pasien TB BTA (+) diantara Suspek adalah prosentase pasien BTA (+) yang ditemukan diantara seluruh suspek yang diperiksa dahaknya. Angka ini menggambarkan mutu dari proses penemuan sampai diagnosis pasien, serta kepekaan menetapkan kriteria suspek. Secara nasional angka ini berkisar 5 % (lima persen) s.d 15 % (lima belas persen).

Bila angka ini kurang dari 5 % (lima persen) , kemungkinan disebabkan oleh :

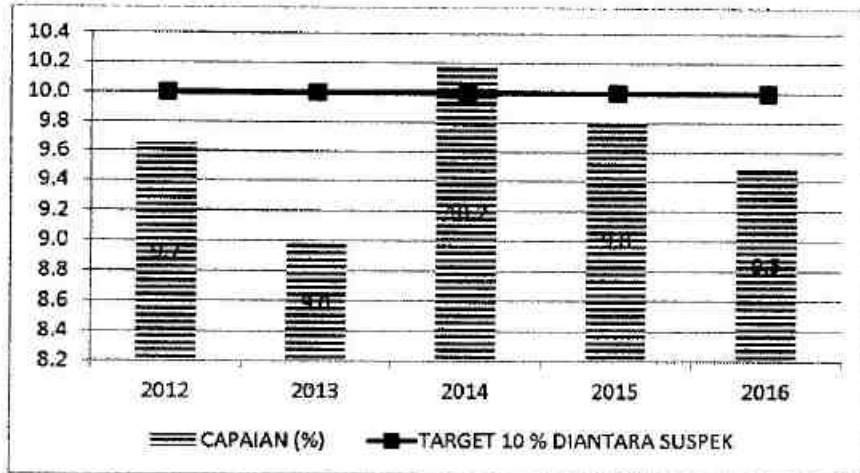
- Penjaringan suspek terlalu longgar (banyak yang tidak memenuhi kriteria suspek).
- Terjadi banyak negative palsu dalam pemeriksaan laboratorium.

Bila angka ini lebih dari 15 % (lima belas persen), kemungkinan disebabkan oleh :

- Penjaringan terlalu ketat.
- Terjadi banyak positif palsu dalam pemeriksaan laboratorium.

Grafik 3

Proporsi Pasien TB BTA (+) diantara Suspek di Kota Semarang Th 2012 - 2016



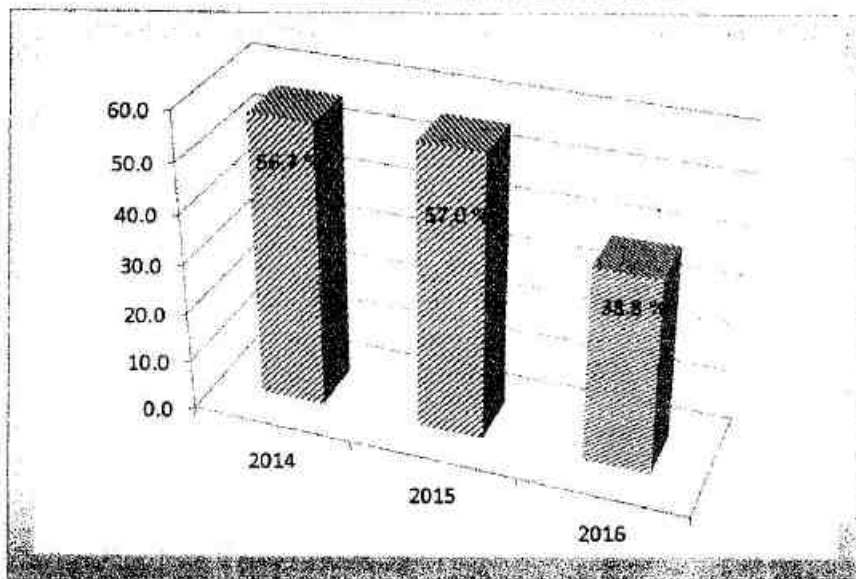
Berdasarkan grafik diatas Proporsi Pasien TB BTA (+) diantara Suspek di Kota Semarang Tahun 2012 s.d 2016 angkanya tidak lebih dari 15 % (lima belas persen) maupun kurang dari 5 % (lima persen), hal ini menunjukkan bahwa mutu dari proses penemuan sampai diagnosis pasien TB-Paru adalah sesuai standart baku mutu nasional.

4) Proporsi Pasien TB Paru Terkonfirmasi Bakteriologis diantara Semua Pasien TB Paru Tercatat/Diobati

Proporsi pasien TB Paru terkonfirmasi bakteriologis diantara semua pasien TB Paru tercatat/diobati adalah prosentase pasien Tuberculosis paru terkonfirmasi bakteriologis diantara semua pasien tuberculosis paru tercatat (bakteriologis dan klinis).

Grafik 4

Proporsi Pasien TB BTA (+) diantara Semua Pasien TB Paru Tercatat/Diobati di Kota Semarang Tahun 2014 - 2016



Handwritten signature

Indikator ini menggambarkan prioritas penemuan pasien tuberkulosis yang menular diantara seluruh pasien Tuberkulosis yang diobati.

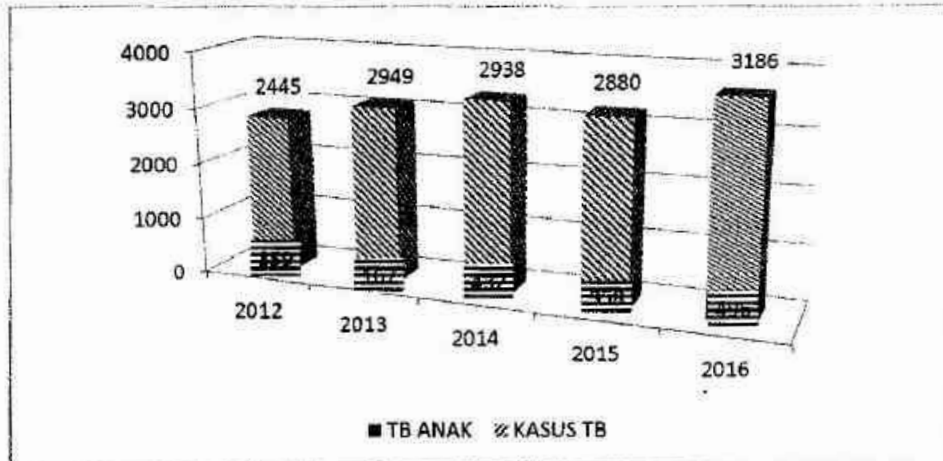
5) Proporsi Pasien TB Anak diantara seluruh Pasien TB

Proporsi Pasien TB Anak diantara seluruh Pasien TB adalah prosentase pasien TB anak (< 15 tahun) diantara seluruh pasien TB yang tercatat. Angka ini sebagai salah satu indicator untuk menggambarkan ketepatan dalam mendiagnosis TB pada anak. Angka ini berkisar antara 8 % (delapan persen) – 12 % (dua belas persen), bila angka ini terlalu besar dari 12 % kemungkinan terjadi *overdiagnosis*, dan bila lebih kecil dari 8 % (delapan persen) kemungkinan terjadi *underdiagnosis*. Bila angka indikator ini kurang atau melebihi kisaran yang diharapkan, maka perlu diperiksa prosedur diagnosis TB anak yang telah dilakukan. Berikut ini adalah gejala dan pemeriksaan sebagai parameter penunjang diagnosis TB pada anak :

- a) Kontak dengan pasien TB BTA (+);
- b) Uji Tuberkulin (Mantoux test);
- c) Berat badan/keadaan gizi;
- d) Demam yang tidak diketahui penyebabnya;
- e) Batuk kronik;
- f) Pembesaran kelenjar limfe kolli, aksila dan inguinal;
- g) Pembengkakan tulang/sendai panggul, lutut dan falang; dan/atau
- h) Foto thoraks.

Grafik 5

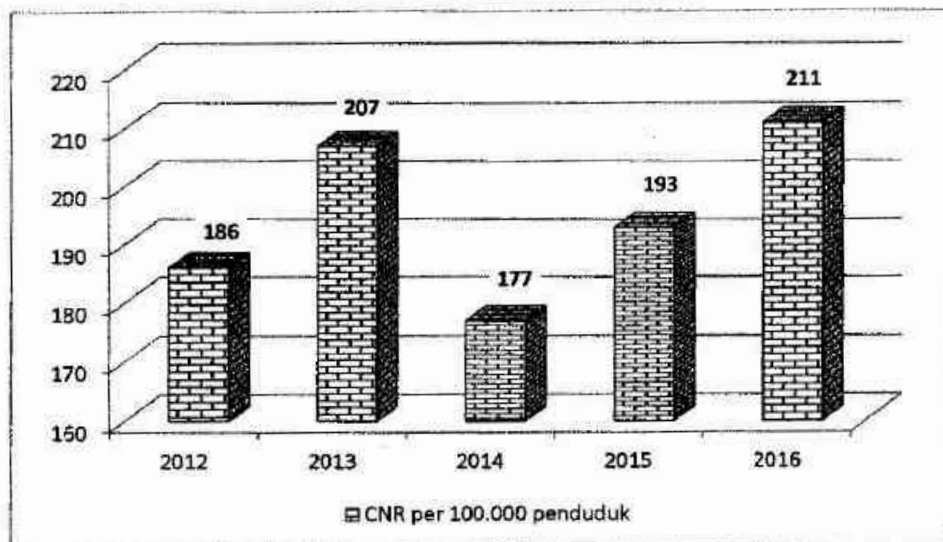
Proporsi Pasien TB Anak diantara Seluruh Pasien TB di Kota Semarang Tahun 2012 - 2016



6) Case Notification Rate (CNR)

Grafik 6

Case Notification Rate Pasien TB di Kota Semarang Tahun 2012 s.d 2016



Case Notification Rate (CNR) adalah angka yang menunjukkan jumlah pasien baru (semua tipe) yang ditemukan dan tercatat diantara 100.000 penduduk di suatu wilayah. Angka ini bila dikumpulkan serial (*time series*) akan menggambarkan kecenderungan (meningkat atau menurun) penemuan kasus dari tahun ke tahun di suatu wilayah.

Berdasarkan grafik diatas, dapat diketahui bahwa kasus TB ternotifikasi di Kota Semarang dari tahun ke tahun mengalami fluktuasi kasus. Dalam kurun waktu 5 (lima) tahun terakhir CNR tertinggi di tahun 2013 yaitu 207 (dua ratus tujuh) penderita tuberkulosis diantara 100.000 (seratus ribu) penduduk. Secara gradual dari tahun 2015 ke tahun 2016 terjadi peningkatan CNR sebesar 18 (delapan belas) penderita tuberkulosis per 100.000 (seratus ribu) penduduk (16/100.000). Dengan demikian upaya penemuan kasus TB semua tipe perlu lebih diintensifkan dan diobati sampai sembuh, cegah putus obat, cegah default, intensifkan peran PMO, pertahankan kesinambungan dan ketersediaan OAT serta upayakan secara maksimal pemutusan mata rantai penularan di masyarakat.

7) Angka Kesembuhan (*Cure Rate*)

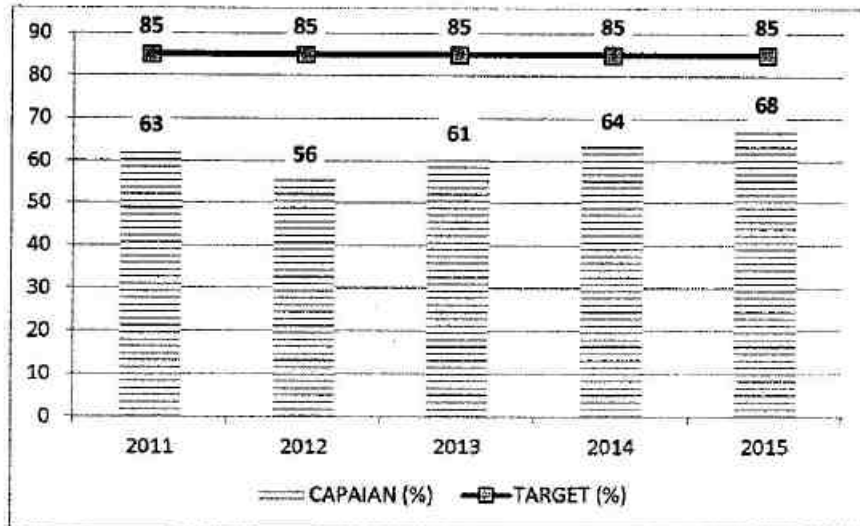
Angka kesembuhan adalah angka yang menunjukkan prosentase pasien baru TB Paru BTA (+) yang sembuh setelah selesai masa pengobatan, diantara pasien baru TB Paru BTA.(+) yang tercatat, secara nasional *cure rate* minimal 85 % (delapan puluh lima persen).

Angka kesembuhan juga dihitung untuk pasien BTA (+) pengobatan ulang, hal ini dilakukan dengan tujuan :

- untuk mengetahui seberapa besar kemungkinan kekebalan terhadap obat terjadi di komunitas;
- untuk mengambil keputusan program pada pengobatan menggunakan *second-line drugs*; dan
- menunjukkan prevalens HIV, karena biasanya kasus pengobatan ulang terjadi pada pasien dengan HIV.

Grafik 7

Angka Kesembuhan Pasien TB di Kota Semarang Tahun 2011 s.d Tahun 2015



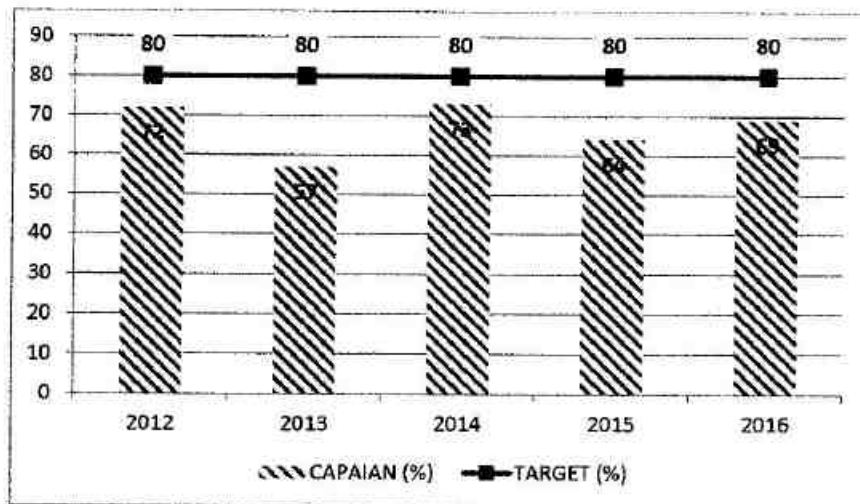
Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui bahwa angka kesembuhan Kota Semarang dalam kurun waktu 5 (lima) tahun terakhir tidak pernah mencapai target nasional, yang tertinggi sebesar 68 % (enam puluh delapan persen) CR di tahun 2015, yang terendah sebesar 56 % (lima puluh enam persen) di tahun 2012 sedangkan ditahun 2013 sebesar 61 % (enam puluh satu persen) dan meningkat 3 % (tiga persen) di tahun 2014 yaitu sebesar 64 % (enam puluh empat persen). Rata-rata pencapaian CR pertahunnya sebesar 22,6 % (dua puluh dua koma enam persen) di bawah target CR nasional.

8) Angka Konversi (Conversion Rate)

Angka konversi adalah prosentase pasien baru TB Paru BTA (+) yang mengalami perubahan menjadi BTA (-) setelah menjalani masa pengobatan intensif. Indikator ini berguna untuk mengetahui secara cepat hasil pengobatan dan untuk mengetahui apakah pengawasan langsung menelan obat dilakukan dengan benar. Angka konversi secara nasional adalah 80 % (delapan puluh persen). Berdasarkan grafik 2.9 dapat diketahui bahwa angka konversi pasien TB Paru BTA(+) dalam kurun 5 (lima) tahun terakhir masih di bawah target nasional 80 % (delapan puluh persen). Secara gradual 5 (lima) tahun berjalan mengalami penurunan rata-rata sebesar 11,8 % (sebelas koma delapan persen) dari angka/target nasional.

Grafik 8

Angka Konversi (*Conversion Rate*) Pasien TB Paru BTA (+) di Kota Semarang
Tahun 2012 s.d Tahun 2016



Penurunan yang paling tajam terjadi di tahun 2013 yaitu sebesar 23 % dari angka nasional.

Penyebab tidak konversinya pasien kemungkinan dapat disebabkan oleh:

- kepatuhan minum obat yang kurang;
- Very delayed conversion;
- MoTT (Mycobacterium other Than Tuberculosis);
- Multiple Drug Resistant;
- Dead Bacilli;
- Lesi Paru yang luas dengan Tuberculoma; dan/atau
- Komorbid lain.

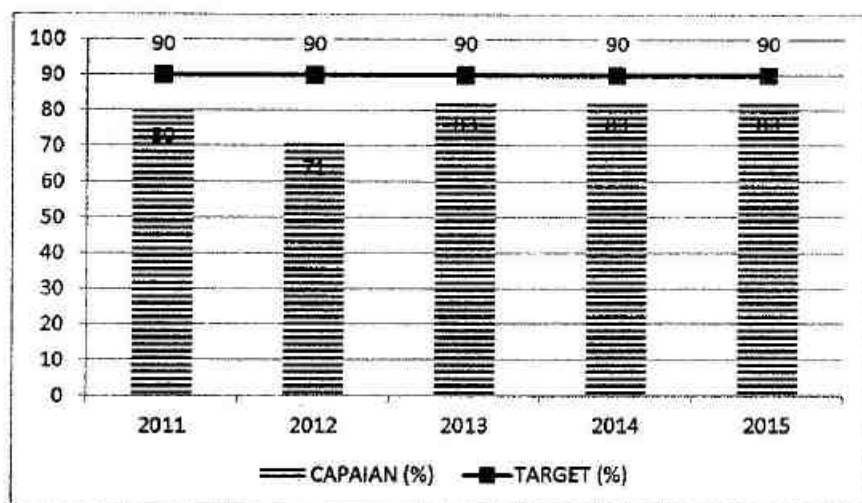
Tujuh penyebab tidak konversinya pasien TB-Paru dalam pengobatan tersebut haruslah di pandang secara proporsional dan tidak semata-mata menganggap sebagai kesalahan/kelalaian petugas kesehatan dalam mengontrol pengobatan pasien. Sehingga hal ini perlu mendapatkan perhatian yang lebih serius lagi dari semua pihak yang terkait dalam program P2TB.

9) Angka Keberhasilan Pengobatan

Angka keberhasilan pengobatan adalah angka yang menunjukkan prosentase pasien baru TB Paru BTA (+) yang menyelesaikan pengobatan (sembuh dan pengobatan lengkap).

Grafik 9

Angka Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Paru BTA (+) di Kota Semarang
Tahun 2011 s.d Tahun 2015



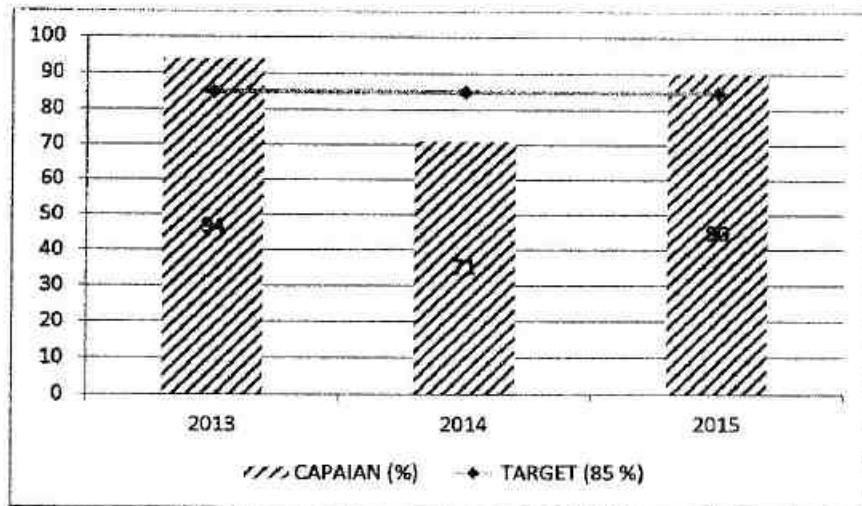
Angka keberhasilan pengobatan erat kaitannya dengan angka kesembuhan, pada grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian Kota Semarang belum mencapai 90 % (target nasional angka keberhasilan pengobatan). Rata-rata tingkat capaiannya masih dalam kisaran angka 83 % (delapan puluh tiga persen), sehingga kekurangan 9 % (sembilan persen) harus lah diupayakan secara serius ditahun mendatang.

10) Angka Keberhasilan Pengobatan TB Anak

Angka keberhasilan pengobatan TB Anak adalah persentase TB Anak yang dinyatakan sembuh dan pengobatan lengkap diantara seluruh pasien TB Anak yang diobati. Angka ini menggambarkan kualitas tatalaksana TB Anak dalam program nasional. Angka indikator ini diharapkan sebesar 85 % (delapan puluh lima persen). Apabila kurang dari angka yang diharapkan maka perlu di lakukan evaluasi pemantauan pengobatan kasus TB Anak di suatu wilayah

Grafik 10

Angka Keberhasilan Pengobatan TB Anak
Kota Semarang Tahun 2013 s.d Tahun 2015



Untuk Kota Semarang capaian angka keberhasilan pengobatan TB Anak di tahun 2013 dan tahun 2015, masing-masing 9 % (sembilan persen) dan 5 % (lima persen) diatas target capaian nasional, sedangkan untuk tahun 2014 menurun 14 % (empat belas persen) di bawah target nasional.

b. Gambaran Epidemiologi Penyakit TB Kota Semarang Tahun 2016

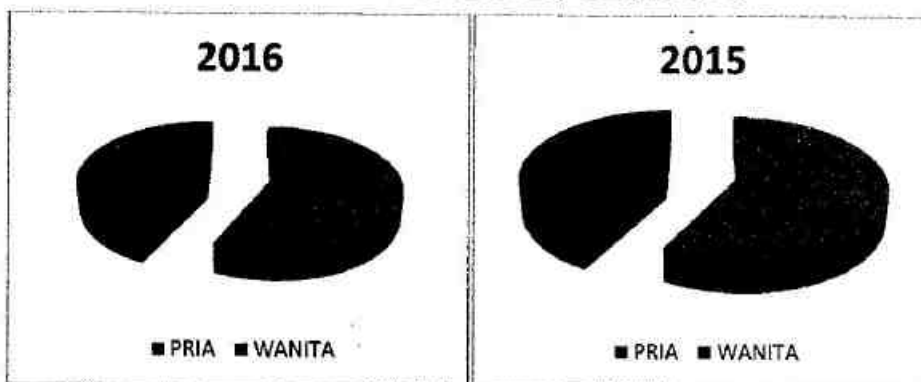
Gambaran epidemiologi di fokuskan pada distribusi penyakit dan factor determinannya pada masyarakat. Secara deskriptif akan dikelompokkan ke dalam variable orang, tempat dan waktu.

1) Variabel Orang (*Man*)

Variabel ini berkaitan dengan siapa yang berpenyakit Tuberkulosis (TB), akan dideskripsikan berdasarkan jenis kelamin dan kelompok usia.

Grafik 11

Distribusi Frekwensi Penderita TB Paru BTA (Semua Tipe) berdasarkan Jenis Kelamin di Kota Semarang Tahun 2016



Penderita TB Semua Tipe tahun 2015 berjumlah 2.916 (dua ribu sembilan ratus enam belas) kasus, jenis kelamin laki - laki sebanyak 1.683

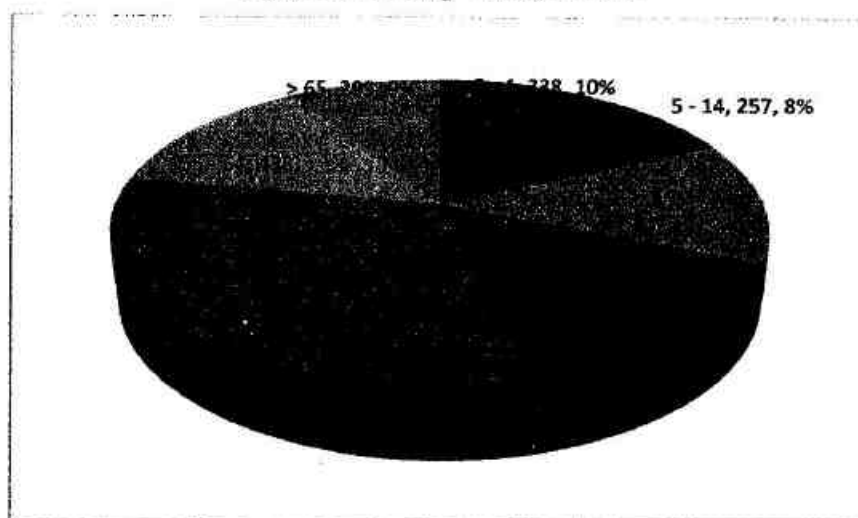
d

(seribu enam ratus delapan puluh tiga) kasus atau 58 % (lima puluh delapan persen) dan jenis kelamin perempuan sebanyak 1.233 (seribu dua ratus tiga puluh tiga) kasus atau 42 % (empat puluh dua persen). Hal ini menunjukkan bahwa penderita laki-laki lebih banyak dibandingkan dengan perempuan. Hal ini terjadi juga di tahun 2016, persentase TB Semua Tipe pada laki-laki sebanyak 1.835 (seribu delapan ratus tiga puluh lima) kasus atau 57 % (lima puluh tujuh persen) lebih besar dari pada perempuan sebanyak 1.393 (seribu tiga ratus sembilan puluh tiga) kasus atau 43 % (empat puluh tiga persen). Hal ini disebabkan karena (fakta kualitatif) pada laki-laki lebih intens kontak dengan faktor risiko dan kurang peduli terhadap aspek pemeliharaan kesehatan individu dibandingkan dengan wanita.

Berdasarkan grafik 2.13 di bawah ini penderita TB semua tipe terbanyak pada kelompok usia produktif : 15-55 tahun sebanyak 60 % (enam puluh persen) kasus, pada kelompok usia bayi dan anak : 0-14 tahun sebanyak 18 % (delapan belas persen) kasus, dan pada kelompok usia lansia : ≥ 56 tahun sebanyak 22 % (dua puluh dua persen) kasus. Melihat fakta ini haruslah menjadi bahan renungan bagi kita semua, karena penyakit TB-Paru sangat mudah menular dan infeksius pada kelompok usia manapun, terlebih lagi 60 % (enam puluh persen) kasus terjadi pada usia produktif. Implikasi negative terjadi pada aspek ekonomi yang dapat menurunkan tingkat pendapatan yang dapat berimbas secara luas.

Grafik 11

Distribusi Frekwensi Kejadian TB Semua Tipe berdasarkan Kelompok Usia di Kota Semarang Tahun 2016



Rasio dependensi akan meningkat antara kelompok usia produktif dan nonproduktif yang diakibatkan karena morbiditas pada kelompok usia produktif (terjadi beban ganda pada usia produktif). Permasalahan ini harus segera diatasi baik secara lintas program maupun lintas sektoral. Kelompok usia bayi dan anak sebanyak 595 (lima ratus sembilan puluh lima) kasus atau 18 % (delapan belas persen), dan kelompok usia > 56 tahun sebanyak 731 (tujuh ratus tiga puluh satu) kasus atau 22 % (dua puluh dua persen). Meskipun kasus TB Semua Tipe banyak terjadi pada kelompok usia produktif, upaya serius dalam pencegahan dan pengobatan tetap harus dilakukan karena dapat menularkan pada segala kelompok umur.

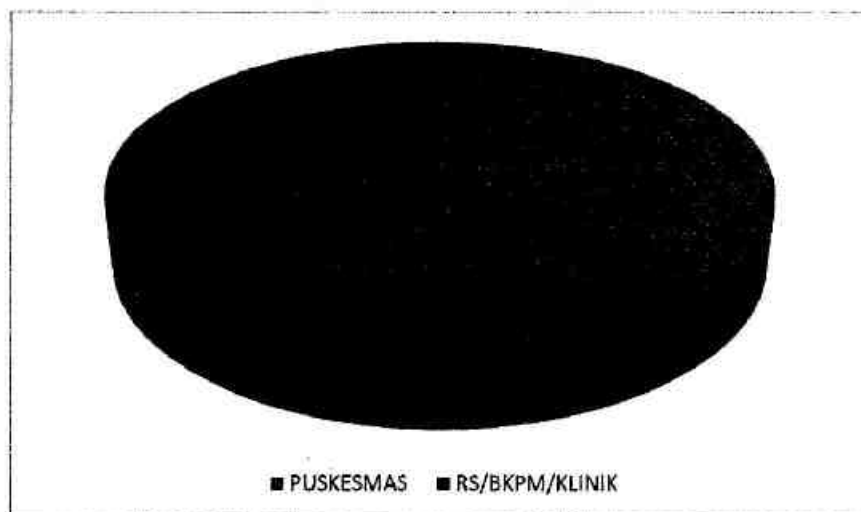
Catatan : Kasus TB Semua Tipe yang terjadi kelompok usia ≤ 4 tahun, di tahun 2015 sebanyak 252 (dua ratus lima puluh dua) kasus dan di tahun 2016 sebanyak 338 (tiga ratus tiga puluh delapan) kasus (dengan demikian penerapan PP-INH (Pengobatan Pencegahan Isonicotinylhydrazide) harus lebih intensif ditingkatkan, untuk menekan kejadian TB Semua Tipe pada kelompok usia tersebut).

2) Variabel Tempat

Variabel tempat di dasarkan pada lokasi kejadian penyakit TB yang dalam hal ini di bedakan berdasarkan karakteristik fasyankes yang menanganinya yaitu Rumah Sakit/BKPM/Klinik dan Puskesmas.

Grafik 12

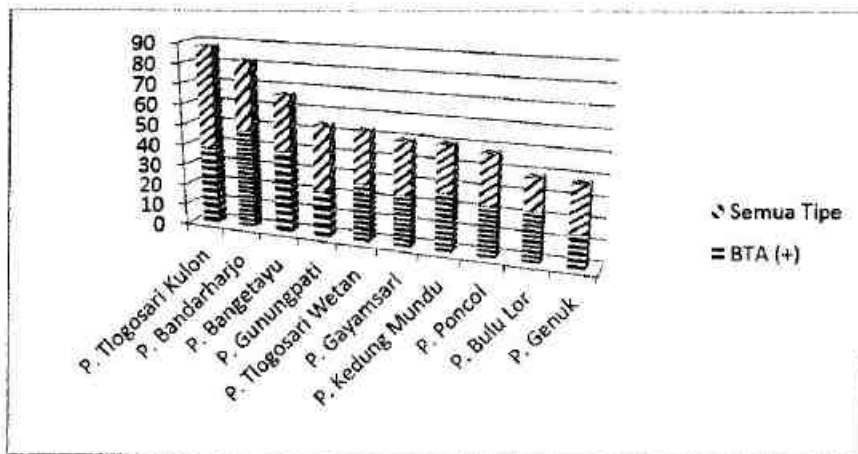
Rasio Kasus TB Semua Tipe berdasarkan Fasyankes (RS/BKPM/KLINIK dan Puskesmas) di Kota Semarang Tahun 2016



Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui bahwa rasio pasien TB Semua Tipe yang ditemukan di RS/BKPM/Klinik rasionya lebih besar jika dibandingkan dengan pasien yang ditemukan di Puskesmas. Hal ini disebabkan Puskesmas hanya menjangkau pasien di wilayah kerjanya saja sedangkan kelompok RS/BKPM/Klinik jangkauan pasien lebih luas dari berbagai wilayah disamping itu juga merupakan tempat rujukan . Pada grafik-grafik di bawah ini akan dideskripsikan distribusi pasien yang ditemukan pada tiap-tiap fasyankes bersarkan rangking (banyaknya) kasus yang ditemukan. Dikelompokkan menjadi 2 (dua) kelompok fasyankes yaitu kelompok pertama adalah kelompok puskesmas dan kelompok ke dua adalah RS, BKPM, Lapas dan PPTI (rasio TB BTA (+) dengan TB Semua Tipe).

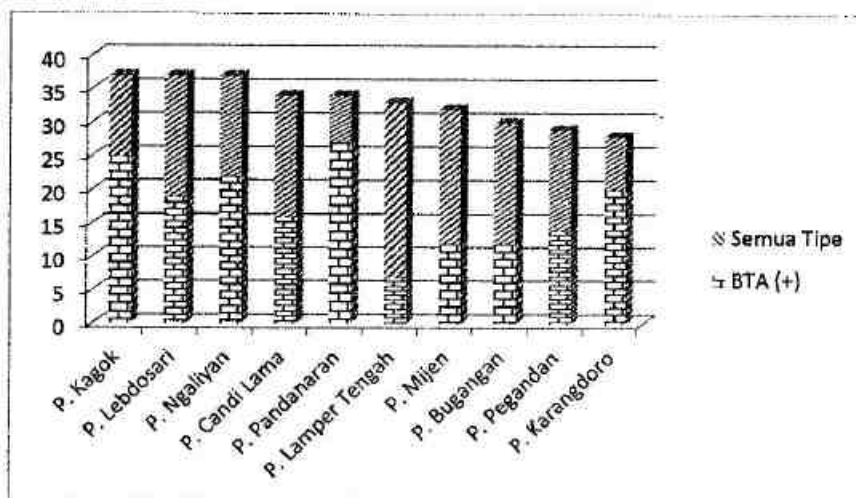
Grafik 13

Case Detection Rate (CDR – rasio TB BTA (+) dengan TB Semua Tipe) di Puskesmas Kota Semarang (Rangking 1 – 10) Tahun 2016



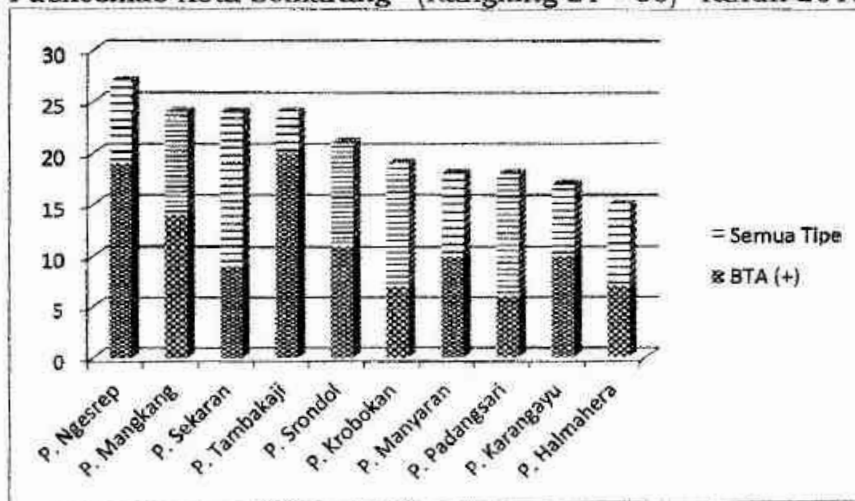
Case Detection Rate (CDR – rasio TB BTA (+) dengan TB Semua Tipe) di Puskesmas Kota Semarang (Rangking 11 – 20) Tahun 2016

Grafik 14



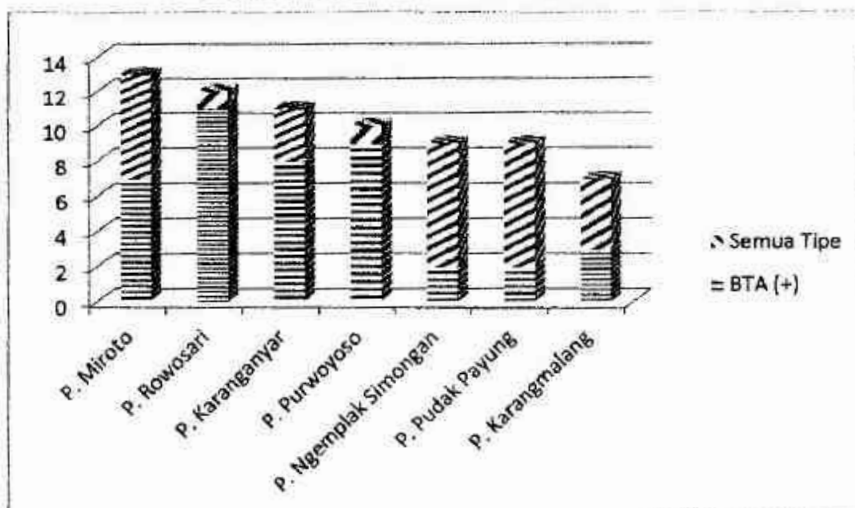
Grafik 15

Case Detection Rate (CDR - rasio TB BTA (+) dengan TB Semua Tipe) di Puskesmas Kota Semarang (Rangking 21 - 30) Tahun 2016



Grafik 16

Case Detection Rate (CDR - rasio TB BTA (+) dengan TB Semua Tipe) di Puskesmas Kota Semarang (Rangking 31 - 37) Tahun 2016

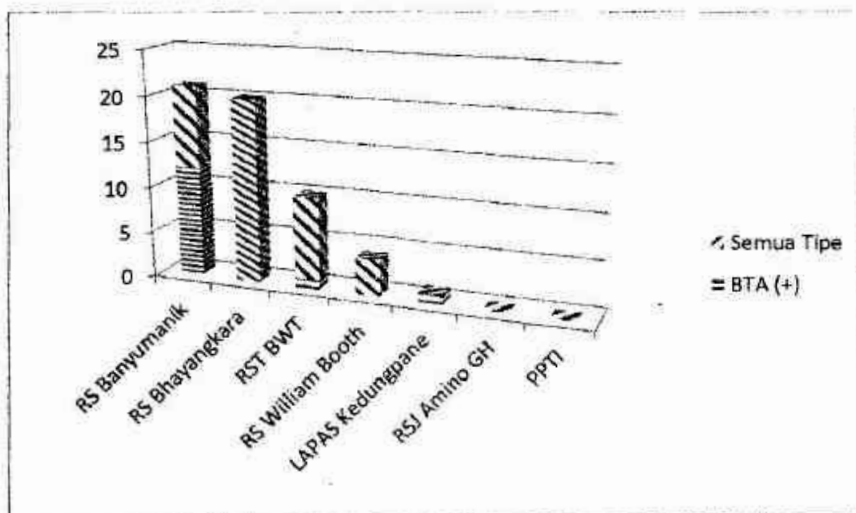
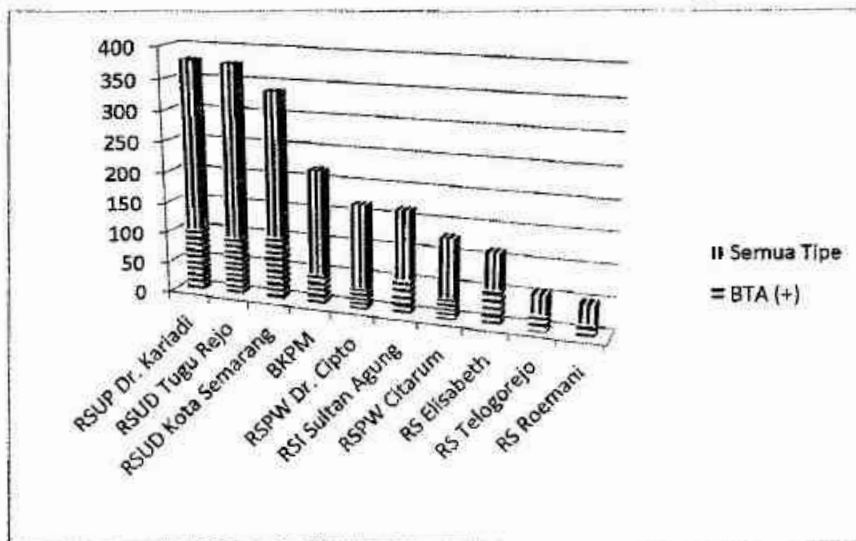


Berdasarkan kelompok pertama yaitu kelompok puskesmas kasus BTA (+) prosentase capaian tertinggi diatas target 70 % (tujuh puluh persen) didapatkan di Puskesmas Bandarharjo yaitu sebesar 75 % (tujuh puluh lima persen), diikuti oleh Puskesmas Karangdoro yaitu 72 % (tujuh puluh dua persen). Sedangkan 35 (tiga puluh lima) puskesmas lainnya capaian kasusnya masih dibawah 70 % (tujuh puluh persen) atau dibawah target yang telah ditetapkan. Capaian terendah ada di Puskesmas Puskesmas Pudukpayung, yaitu sebesar 8 % (delapan persen) dan untuk lebih detailnya dapat dilihat pada grafik tersebut diatas.

Pada kelompok fasyankes kedua yaitu kelompok RS, BKPM, PPTI dan Lapas, kasus tertinggi didapatkan oleh BKPM sebanyak 99 (sembilan puluh sembilan) kasus BTA (+) dan RSUP dr. Kariadi serta RSUD Kota Semarang masing-masing sebesar 98 (sembilan puluh delapan) kasus. Untuk lebih jelasnya sebaran kasus dapat dilihat pada grafik 2.17 di bawah ini.

Grafik 17

Case Detection Rate (CDR – rasio TB BTA (+) dengan TB Semua Tipe) di RS/BKPM/Klinik Pelaksana DOTS di Kota Semarang Tahun 2016



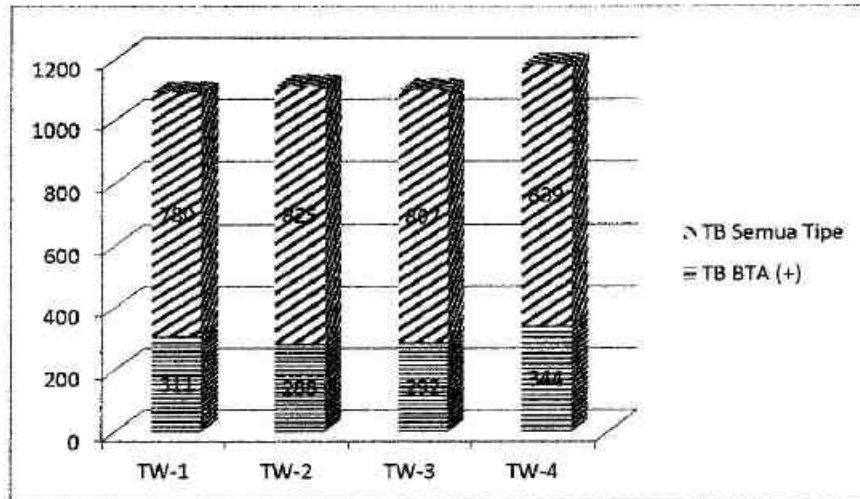
3) Variabel Waktu

Variabel waktu ini dinilai berdasarkan laporan rutin yang diselenggarakan dalam kegiatan validasi data yang dilakukan per tri wulan, meliputi tri wulan pertama, kedua, ketiga dan ke empat.

Dari pembagian waktu tersebut akan di dapatkan karakteristik distribusi kasus TB.

Grafik18

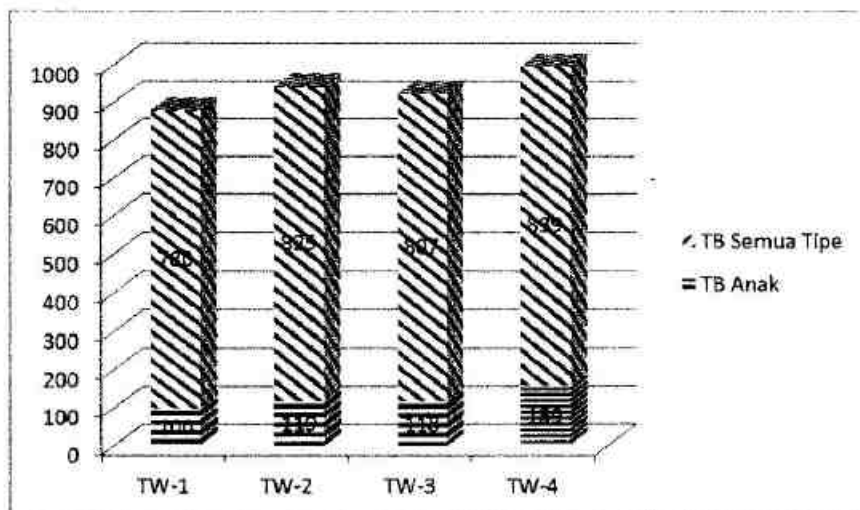
Penemuan Kasus TB (Proporsi TB BTA (+) dengan TB Semua Tipe) Per Tri Wulan di Kota Semarang Tahun 2016



Pada tahun 2016 Kasus TB Paru BTA Positif tertinggi ditemukan pada tri wulan ke 4 (sebanyak 344 kasus) dan terendah pada tri wulan ke 2 (sebanyak 288 kasus).

Grafik 19

Jumlah Kasus TB-Anak (Proporsi TB Anak dengan TB Semua Tipe) Per Tri Wulan di Kota Semarang Tahun 2016



Distribusi kasus TB-Anak di tahun 2016 secara gradual mengalami peningkatan mulai dari tri wulan 1, terus meningkat sampai tri wulan 4

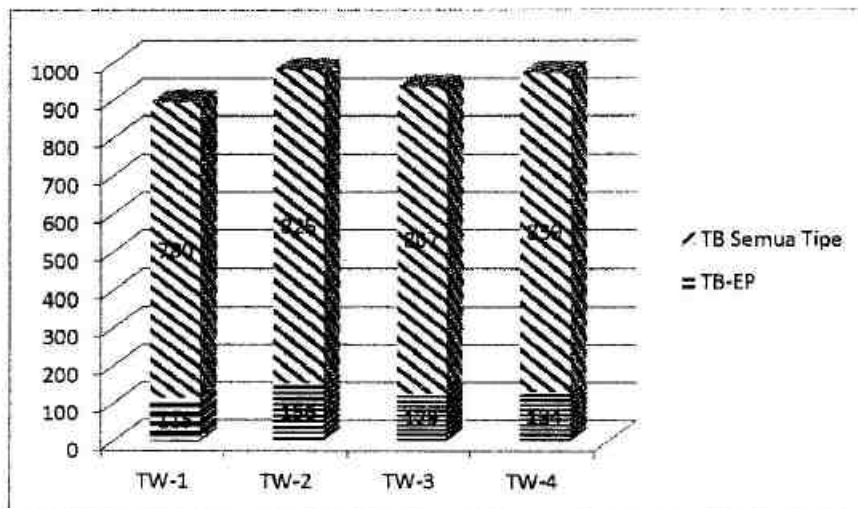
[Handwritten signature]

dengan besar beda 59 (lima puluh sembilan) kasus antara triwulan 1 dengan tri wulan 4. Hal tersebut dapat dilihat pada grafik diatas.

TB ekstra paru (TB-EP) adalah infeksi MTB di luar organ paru-pari. Pada tahun 2016 Kasus TB Ekstra Paru tertinggi ditemukan pada tri wulan kedua yaitu sebanyak 156 (seratus lima puluh enam) kasus, kemudian secara drastis menurun di tri wulan ke tiga yaitu sebanyak 129 (seratus dua puluh sembilan) kasus. Dari tri wulan ke dua sampai dengan tri wulan ke 4 terus mengalami penurunan penemuan kasus. Peningkatan penemuan kasus hanya terjadi di tri wulan ke satu menuju tri wulan ke dua. Hal tersebut dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Grafik 20

Jumlah Kasus TB-Ekstra Paru (Proporsi TB Ekstra Paru dengan TB Semua Tipe) Per Tri Wulan di Kota Semarang Tahun 2016



Pada grafik di bawah ini menggambarkan klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya, yaitu pasien yang pernah diobati TB diantaranya adalah pasien kambuh, pasien gagal pengobatan dan pasien putus obat (loss to follow up/LFU).

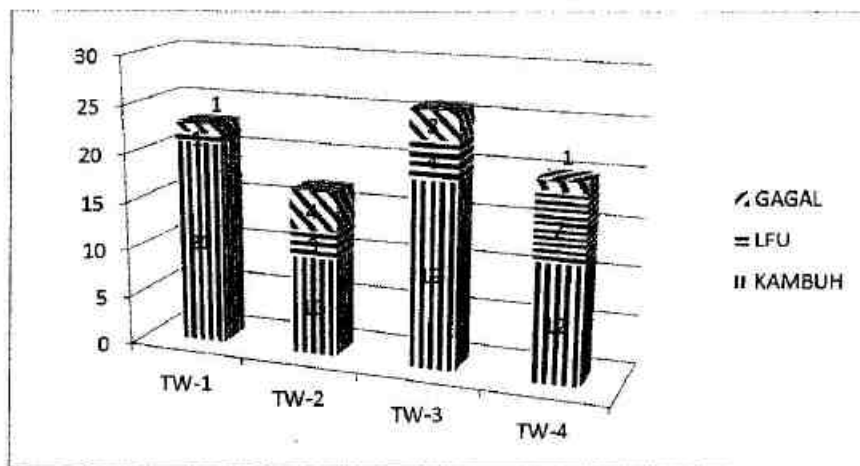
Pasien kambuh adalah pasien TB yang pernah diobati dan dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap dan setelah itu pasiennya terkena penyakit yang sama. Selama tahun 2016 di Kota Semarang total kasus kambuhnya sebanyak 62 (enam puluh dua) kasus, dan kasus terbanyak terjadi di tri wulan pertama yaitu sebanyak 21 (dua puluh satu) kasus.

Pasien Loss to Follow Up (LFU) adalah pasien yang pernah diobati dan dinyatakan putus berobat dan pasien ini mendapatkan pengobatan

kembali. Selama tahun 2016 di Kota Semarang total kasus LFU sebanyak 15 (lima belas) kasus.

Pasien TB Gagal Pengobatan adalah pasien TB Paru BTA (+) yang tidak mengalami konversi di bulan ke dua dan atau tetap positif dalam pemeriksaan dahak di bulan ke 5 (lima) pengobatan. Di Kota Semarang selama tahun 2016 terdapat 9 (sembilan) kasus pasien TB gagal pengobatan.

Grafik 21
Jumlah Kasus TB-Kambuh, LFU dan Gagal Pengobatan
Per Tri Wulan di Kota Semarang Tahun 2016



c. Gambaran Epidemiologi Penyakit TB-MDR Kota Semarang Tahun 2016

Pada tahun 2013 WHO memperkirakan terdapat 6800 (enam ribu delapan ratus) kasus baru TB-MDR di Indonesia setiap tahunnya. Diperkirakan 2 % (dua persen) berasal dari kasus TB baru dan 12 % (dua belas persen) dari kasus TB pengobatan ulang merupakan kasus TB-MDR.

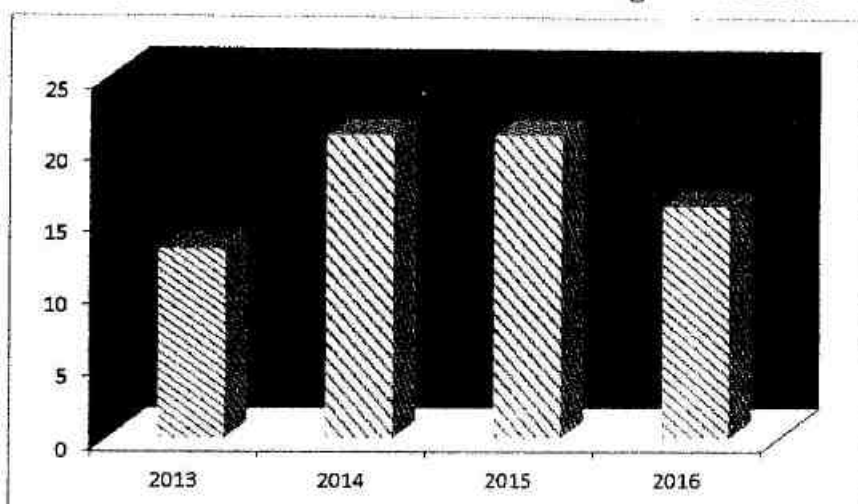
Indonesia telah memulai program MPTRO sejak tahun 2009 dan di kembangkan secara bertahap ke seluruh wilayah Indonesia sehingga seluruh pasien TB-MDR dapat mengakses penatalaksanaan TB-MDR yang terstandar dan cepat, sedangkan di Kota Semarang memulai program MPTRO di tahun 2013. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13/MENKES/PER/II/2013 program MPTRO (Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resisten Obat) merupakan bagian integral dari Program Pengendalian TB Nasional.

1) Situasi TB-MDR Kota Semarang

a) Kasus TB-MDR Kota Semarang

Grafik 22

Perkembangan Kasus TB-MDR di Kota Semarang Tahun 2013 – 2016



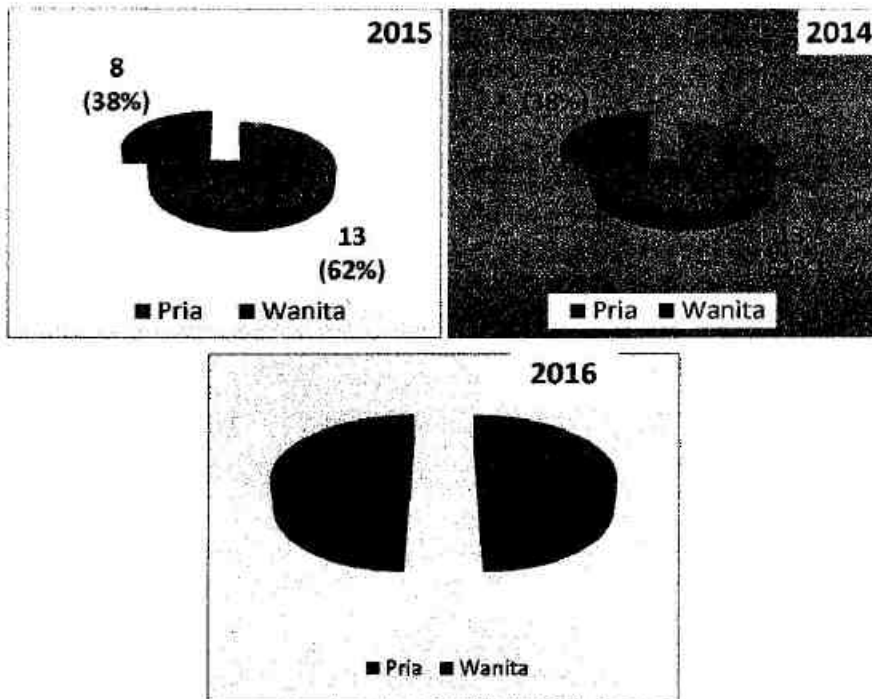
Total kasus TB-MDR dari tahun 2013 s.d tahun 2016 sebanyak 71 (tujuh puluh satu) kasus. Insiden kasus tahun 2014 dan tahun 2015 menunjukkan angka yang sama yaitu sebesar 29.6 % (dua puluh sembilan koma enam persen) dari total kasus. Dikaitkan dengan proporsi kejadian TB-MDR pada kasus TB Baru dan TB Kambuh di tahun 2016 terdapat 16 (enam belas) kasus baru TB-MDR, sehingga CDR pada TB-MDR tahun 2016 sebesar 50 % (lima puluh persen), tahun 2015 sebesar 68 % (enam puluh delapan persen). Jika dibandingkan dengan CDR TB-MDR tahun 2014 menunjukkan penurunan masing-masing sebesar 20 % (dua puluh persen) dan 2 % (dua persen) (CDR TB-MDR tahun 2014 : 70 %). Hal tersebut dapat dilihat pada grafik diatas.

b) Kasus TB-MDR Berdasarkan Jenis Kelamin.

Kecenderungan kasus TB-MDR sejak tahun 2014 s.d tahun 2016 rata-rata rasio kejadian 58 % (lima puluh delapan persen) lebih banyak terjadi pada jenis kelamin laki-laki, seperti yang terlihat pada grafik diatas.

Grafik 23

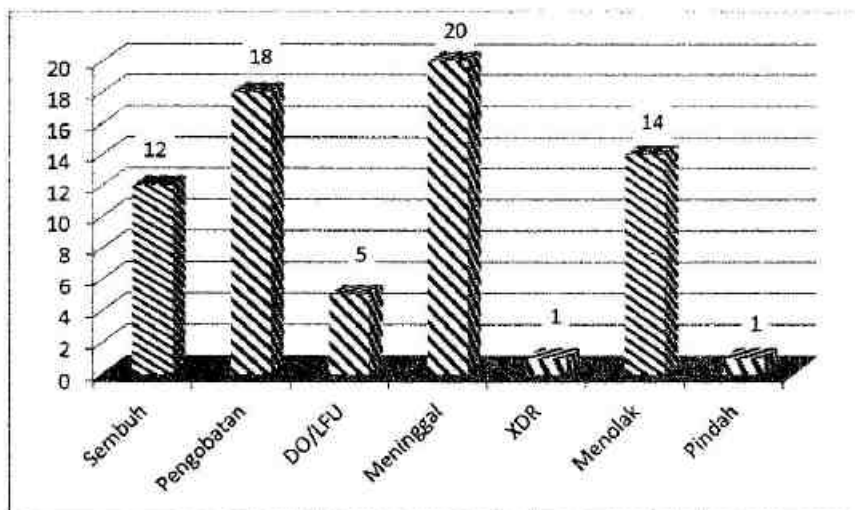
Distribusi Kasus TB-MDR di Kota Semarang Tahun 2013 – Tahun 2015



c) Pantauan Pengobatan Kumulatif

Grafik 23

Pantau Pengobatan Kasus TB-RO di Kota Semarang Tahun 2013 – Tahun 2016



Di Kota Semarang sejak tahun 2013 s.d tahun 2016 jumlah akumulatif pasien TB Kebal Obat sebanyak 71 (tujuh puluh satu) kasus. Dari jumlah tersebut hingga saat ini tercatat sebanyak 20 (dua puluh) kasus meninggal dunia, 18 (delapan belas) kasus masih dalam

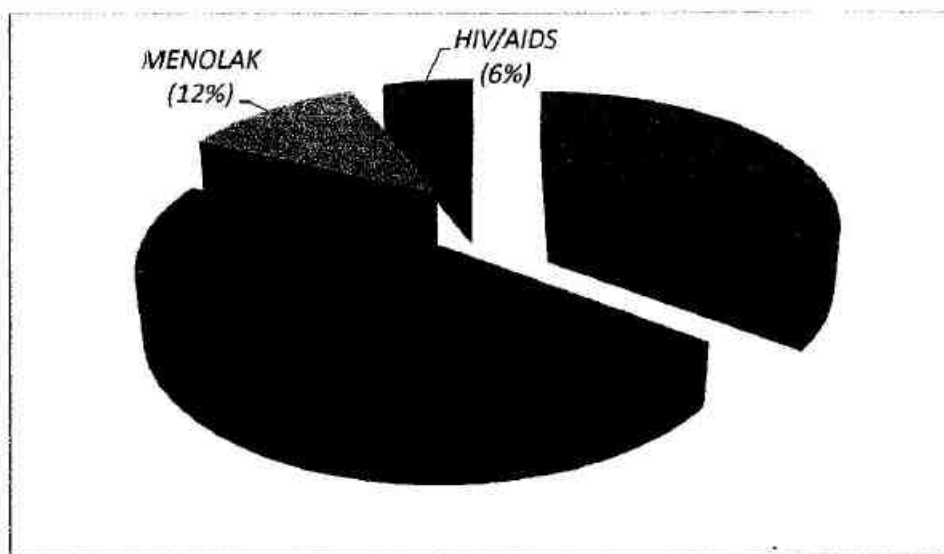
proses pengobatan dan 12 (dua belas) kasus dinyatakan sembuh. Terdapat 1 (satu) kasus yang gagal pengobatan dan berdasarkan evaluasi TAK kasus tersebut dinyatakan sebagai kasus TB-XDR (Extrem Drug Resistance), yang merupakan kasus langka dan satu-satunya kasus di Kota Semarang dan juga di Jawa Tengah. Untuk jelasnya dapat dilihat pada grafik di atas.

d) Penyebab Meninggalnya pasien TB-MDR

Penyebab meninggalnya pasien TB-MDR terbanyak disebabkan karena 2 (dua) hal. Pertama : 47 % (empat puluh tujuh persen) dikarenakan proses terapi yang sedang dijalani oleh pasien, biasanya pasien ini terdapat penyakit penyerta DM, kerusakan jaringan paru yang berat dan kondisi umum pasien yang jelek pada saat dimulainya program pengobatan TB-MDR dan yang kedua : 35 % (tiga puluh lima persen) karena *loss to follow up*.

Grafik 24

Penyebab Meninggalnya Pasien TB-MDR di Kota Semarang Tahun 2013 – Tahun 2016



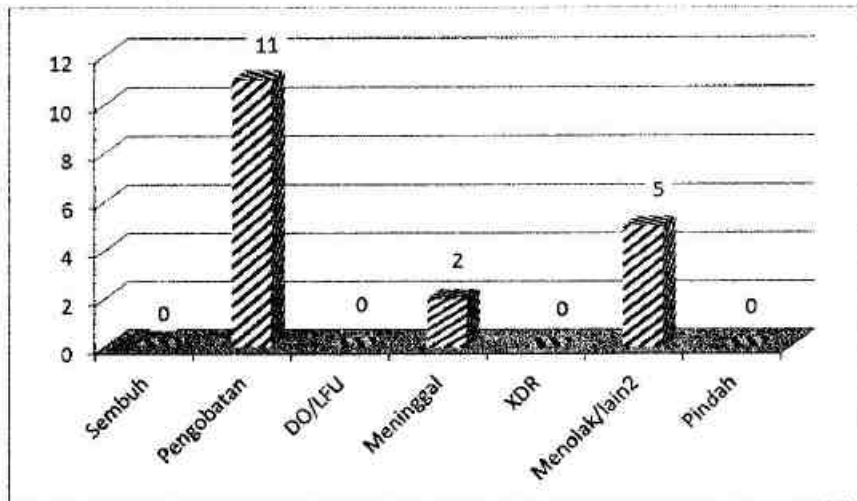
Permasalahan *loss to follow up* ini disebabkan munculnya ESO (Efek samping Obat) yang dirasakan berat dan sangat berat oleh pasien dan juga kurangnya dukungan psikososial orang-orang terdekat pasien. Bahkan pada beberapa kasus ada yang harus berpisah dengan keluarganya dan di PHK (Pemutusan Hubungan Kerja) dari pekerjaannya.

e) Pantauan Pengobatan Tahun 2016

Di tahun 2016 selama proses pengobatan pasien TB-MDR tidak ditemukan asus yang sangat langka (TB-XDR). Untuk kesembuhan belum bisa dievaluasi karena diperlukan waktu minimal 19 (sembilan belas) bulan untuk pemantauan kesembuhan pasien. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik diatas.

Grafik 25

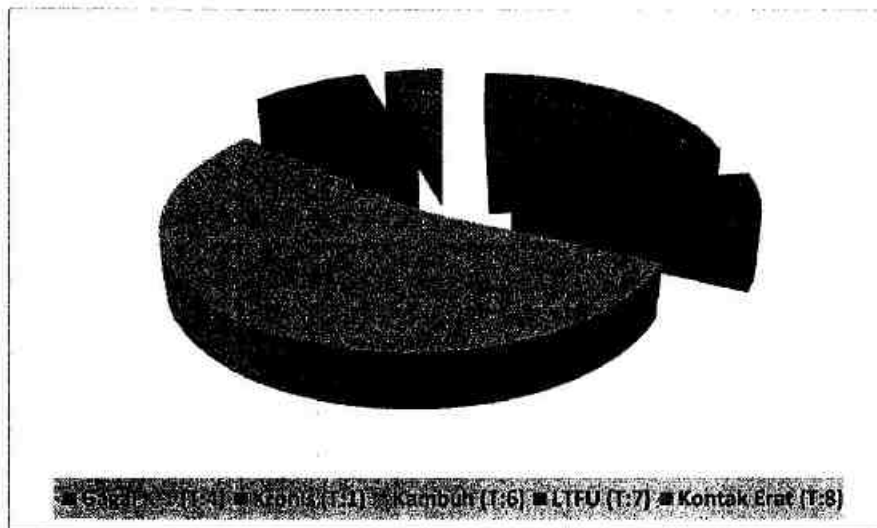
Pantauan Pengobatan Kasus TB-RO di Kota Semarang Tahun 2016



f) Kriteria terduga TB-MDR

Grafik 26

Kriteria Terduga/Suspek Pasien TB-MDR di Kota Semarang Tahun 2016



Terdpat 9 (sembilan) kriteria suspek/terduga TB-MDR, dimana penomoran urut 1 s.d 9 merupakan perkiraan banyaknya kasus

TB-MDR yang berasal dari suspek tersebut, 9 (sembilan) kriteria tersebut diantaranya adalah :

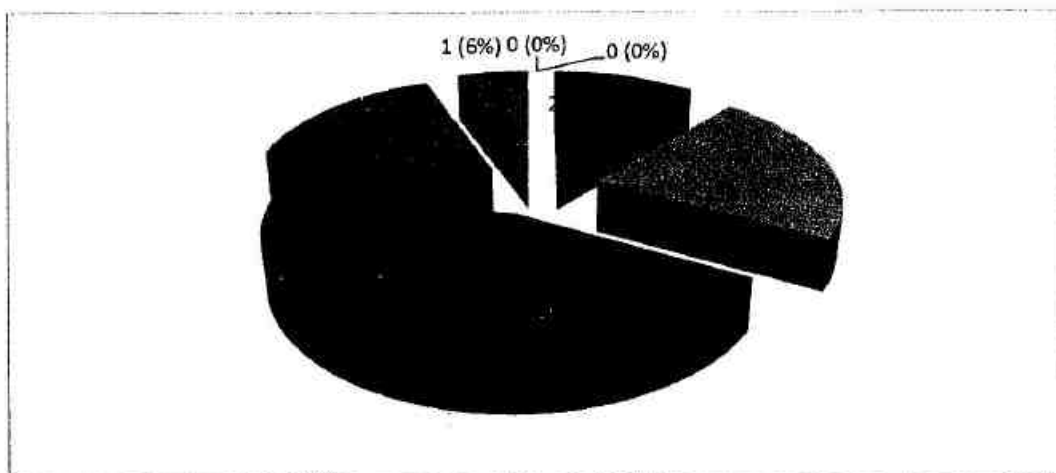
1. kasus kronik / gagal katagori 2;
2. tidak konversi katagori 2;
3. terapi non DOTS atau pernah terapi OAT lini-2;
4. gagal katagori 1;
5. tetap positif setelah sisipan kat-1;
6. kasus kambuh (katagori 1 maupun katagori 2);
7. setelah default (katagori 1 maupun katagori 2);
8. kontak erat pasien konfirm TB MDR; dan
9. kasus TB-HIV.

Berdasarkan grafik diatas sebagian besar 55 % (lima puluh lima persen) suspek TB-MDR berasal dari kriteria suspek 6 (enam) yaitu pasien kambuh baik kambuh katagori 1 (satu) maupun kambuh katagori 2 (dua). Sedangkan jumlah yang prosentasenya kecil adalah kriteria suspek 8 (delapan) yaitu kontak erat dengan penderita TB-MDR.

g) Kasus TB-MDR berdasarkan Usia

Berdasarkan grafik di bawah ini penderita TB terbanyak pada golongan umur 45 (empat puluh lima) tahun - 54 (lima puluh empat) tahun sebanyak 34 % (tiga puluh empat persen) kasus, pada golongan umur 35 (tiga puluh lima) tahun - 44 (empat puluh empat) tahun dan golongan umur 15 (lima belas) tahun - 19 (sembilan belas) tahun masing-masing sebesar 19 % (sembilan belas persen) kasus, dan pada golongan umur 25 (dua puluh lima) tahun - 34 (tiga puluh empat) tahun sebanyak 14 % (empat belas persen) kasus.

Grafik 26
Distribusi Kejadian TB-MDR berdasarkan Kelompok Usia di Kota Semarang
Tahun 2016



Catatan :

Program Kerja P2TB Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2017

No.	Kegiatan	Frek.	Anggaran (Rp.)
1.	Pertemuan Koordinasi dan Validasi data Rumah Sakit	4	11.250.000
2.	Pertemuan Koordinasi dan Validasi data Puskesmas	4	11.400.000
3.	Pertemuan TB Lintas Sektor	4	12.300.000
4.	Pertemuan analisis dalam rangka uji silang slide	4	15.600.000
5.	Peringatan TB Day	1	7.750.000
6.	Pengadaan PMT untuk pasien TB-TB MDR	1	100.000.000
7.	Cetak form laporan TB	1	16.756.000
8.	Pertemuan Evaluasi Kader	4	16.500.000
9.	Pertemuan Jejaring Internal Rumah Sakit	5	30.750.000
	T o t a l		222.306.000

3. Dampak Sosial Ekonomi Penderita TB dan Keluarga

Hampir semua penyakit yang melanda manusia dapat berdampak pada keadaan sosial ekonomi para penderitanya dan juga keluarganya. Demikian pula yang terjadi pada penderita TB. Oleh karena dampak sosial ekonomi penderita TB sangat besar sekali pengaruhnya terutama bagi produktivitas kerja manusia.

Dicontohkan seorang penderita TB dalam usia produktif yaitu 35 tahun, maka dampak sosial yang harus ditanggung oleh penderita sebagai berikut :

- menjadi beban keluarga;
- penderita tidak dapat bekerja secara maksimal;
- mendapatkan stigma dari masyarakat; dan
- bila penderita TB MDR harus meminum obaatnya dalam jangka panjang akan menanggung efek sampingnya.

Sedangkan dampak ekonominya adalah :

- kehilangan pendapatan dalam jangka waktu tertentu;
- tabungan atau uang yang tersedia habis untuk mempertahankan hidup, karena tidak adanya pendapatan;

- c. negara harus memberikan subsidi untuk jaminan pengobatannya sampai dengan sembuh dalam jumlah tertentu;
- d. akibatnya biaya untuk pembangunan infra struktur dan pengembangan ekonomi sebuah kota, tersedot untuk biaya pengobatan penderita TB; dan
- e. sekitar 75% (tujuh puluh lima persen) penderita tuberkulosis paru adalah kelompok usia produktif secara ekonomis (15 tahun - 50 tahun). Diperkirakan seorang penderita tuberkulosis paru dewasa akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 (tiga) bulan sampai dengan 4 (empat) bulan, hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20% (dua puluh persen) - 30% (tiga puluh persen). Sebanyak 50% (lima puluh persen) pasien TB mengalami penurunan pendapatan per tahunnya. Lebih menyedihkan lagi kalau kemudian terjadi kematian akibat TB. Apalagi jika yang meninggal adalah kepala keluarga yang menafkahi seluruh anggota keluarga, maka keluarga yang ditinggalkan tentu akan kehilangan sumber nafkah mereka dan sangat boleh jadi akan terjerumus dalam kemiskinan. Hal penelitian menunjukkan, jika seseorang yang merupakan kepala keluarga meninggal akibat TB, maka keluarga yang ditinggalkannya akan kehilangan sekitar 13 (tiga belas) tahun - 15 (lima belas) tahun penghasilan.

Asumsi beban ekonomi per kasus Tb adalah sebagai berikut:

Tabel 4

(berdasar *The Economic Burden of Tb in Indonesia 2013*, 1 \$ = Rp.13.000)

Biaya rata-rata per kasus	TB diobati	TB MDR diobati	TB tidak diobati	TB MDR tidak diobati
biaya pelayanan medis	3.029.000	133.757.000	-	-
biaya pasien non-medis	183.040	5.376.280	183.040	5.376.280
hilangnya produktivitas secara ekonomi	4.138.290	9.196.200	39.850.200	39.850.200
hilangnya produktivitas karena kematian yang lebih awal	20.657.000	80.054.000	107.523.000	212.927.000
total	28.007.330	228.383.480	147.556.240	258.153.480

Besarnya biaya sektor kesehatan yang harus disediakan pada program penanggulangan TB melalui pemutusan mata rantai, dapat dihitung sebagai berikut:

- a. Bila berdasarkan data kasus TB BTA + (2015) maka terdapat 1.222 kasus Tb. Bila seluruh kasus tersebut dimasukkan ke dalam program paket pengobatan OAT kategori 1 (satu) dengan biaya Rp.360.000 untuk 6 (enam) bulan pengobatan, maka beban biaya sektor kesehatan adalah $1.222 \text{ kasus} \times \text{Rp.360.000} = \text{Rp.439.920.000,-}$ setahun. Bila TB mempertimbangkan juga TB bermasalah seperti kasus pengobatan ulang dan TB kronik sehingga perlu pengobatan OAT kategori 2 (dua) dengan biaya Rp.1.200.000,- maka beban biaya obat yang harus disediakan semakin berlipat ganda bagi sektor kesehatan. Belum lagi bila harus mempertimbangkan biaya pemeriksaan laboratorium, X - ray serta penggunaan alternatif obat lainnya.
- b. Sedangkan beban pada kasus TB MDR terdapat 21 (dua puluh satu) kasus dengan biaya paket pengobatan adalah Rp.100.000.000,- maka biaya kesehatan yang harus disediakan mencapai 2 (dua) milyar rupiah. Selain itu dapat dihitung potensi kehilangan pendapatan keluarga bila penderita TB MDR harus melakukan pengobatan wajib secara rutin selama 2 (dua) tahun atau 24 (dua puluh empat) bulan. Bila UMR per bulan adalah Rp.1.909.000,00 maka kehilangan pendapatan per kasus Tb adalah $\text{Rp.1.909.000} \times 1 \text{ orang} \times 24 \text{ bulan} = \text{Rp.45.816.000,-}$. Karena TB mengenai kelompok produktif (15-59 tahun), yaitu sebanyak 751 (tujuh ratus lima puluh satu) kasus 61% (enam puluh satu persen) maka akan berpengaruh terhadap kinerja produktivitas daerah. Secara kumulatif kondisi ini akan berpotensi terhadap penurunan anggaran belanja dan pendapatan daerah Kota Semarang karena turunnya pajak pendapatan daerah.

4. Program Pengendalian TB dalam Kebijakan Pembangunan Daerah

Kota Semarang tahun 2015 telah menyelenggarakan Pemilihan Walikota dan Wakil Walikota. Dalam pemilihan kepala daerah tersebut, Walikota dan Wakil Walikota terpilih telah menyampaikan visi dan misinya. Pada tahun 2016, Kota Semarang telah menetapkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kota Semarang tahun 2016 – tahun 2021 yang merupakan penjabaran dari visi dan misi Walikota terpilih.

Selain itu Dinas Kesehatan kota Semarang juga telah menyusun Rencana Strategis Kota Semarang tahun 2016 – tahun 2021 sebagai bagian yang terpisahkan dari RPJMD. Tentunya salah satu isi dari Rencana strategis tersebut adalah upaya-upaya Pemerintah Kota Semarang dalam rangka meningkatkan kesehatan warga masyarakatnya. Bila dalam RPJMD memuat

hal-hal general yang bersifat makro pembangunan Kota Semarang, maka dalam Rencana Strategis Dinas Kesehatan juga memuat hal-hal yang lebih spesifik atau khusus diantaranya adalah Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular khususnya TB.

Dalam RPJMD Kota Semarang sudah menunjukkan komitmen yang tinggi terhadap pembangunan kesehatan, khususnya dalam hal penanggulangan TB (*tuberculosis*). Hal ini tertuang dengan jelas dalam visi pembangunan daerah Kota Semarang Tahun 2016 – Tahun 2021 adalah: “*Semarang Kota Perdagangan dan Jasa yang Hebat Menuju Masyarakat Semakin Sejahtera*” Visi tersebut mengandung maksud bahwa Semarang sebagai kota metropolitan berwawasan lingkungan akan menjadi kota yang handal dan maju dalam perdagangan dan jasa, dengan dukungan infrastruktur yang memadai serta tetap menjadi daerah yang kondusif untuk meningkatkan kesejahteraan warganya dengan dukungan pengembangan politik, keamanan, sosial, ekonomi, dan budaya. *KOTA METROPOLITAN*, mengandung arti bahwa Kota Semarang mempunyai sarana prasarana yang dapat melayani seluruh aktivitas masyarakat kota dan *hinterland*-nya dengan aktivitas ekonomi utama berupa perdagangan, jasa, dan industri serta didukung sektor ekonomi lainnya untuk mewujudkan masyarakat yang sejahtera. Metropolitan juga mengandung makna dapat menjamin kehidupan masyarakatnya yang aman, tentram, lancar, asri, sehat dan berkelanjutan.

Dalam merealisasikan visi tersebut komitmen pemerintah Kota Semarang tertuang secara jelas dalam misi, tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan. Dimana dijelaskan dalam;

Misi 1: Mewujudkan Kehidupan Masyarakat yang Berbudaya dan Berkualitas dengan tagline SEMARANG SEHAT DAN CERDAS mempunyai tujuan meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia dengan sasaran meningkatnya derajat kesehatan masyarakat. Penyakit TB dapat menyebabkan kerusakan terutama pada paru, menimbulkan gangguan berupa batuk, sesak napas, bahkan dapat menyebar ke tulang otak dan organ lainnya. Bila dibiarkan, kuman Tb dapat menggerogoti tubuh dan menyebabkan kematian. Oleh karena itu penyakit TB menjadi hal penting dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Misi 2: Mewujudkan Pemerintahan yang Semakin Handal untuk Meningkatkan Pelayanan Publik, dengan tagline SEMARANG MELAYANI,

tujuannya adalah meningkatkan kualitas pelayanan publik. Pelayanan publik disini mempunyai makna terwujudnya pelayanan prima di pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan dalam pengobatan TB.

Misi 3: Mewujudkan Kota Metropolitan yang Dinamis dan Berwawasan Lingkungan, dengan tagline SEMARANG TANGGUH dan tujuan meningkatkan pelayanan sarana dan prasarana dasar perkotaan serta sasaran terwujudnya sarana dan prasarana dasar perkotaan yang berkualitas. Sebagaimana diketahui bahwa salah satu penyebab penularan penyakit TB adalah faktor lingkungan yang tidak sehat, yaitu kelembaban rumah tinggal (ventilasi) dan sanitasi tidak layak. Dengan misi ketiga ini, maka secara jelas Pemerintah Kota Semarang mempunyai perhatian besar terhadap lingkungan yang sehat untuk mendukung program penanggulangan TB.

Hal ini sangat relevan dengan perhatian pemerintah Kota Semarang dalam program prioritasnya, yaitu Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular, dengan salah satu indikator kinerja yaitu Angka keberhasilan pengobatan TB, melalui kegiatan:

- a. Indikator Kerja Program TB yaitu keberhasilan pengobatan TB yang pada akhir RPJMD tahun 2021 ditetapkan sebesar 90 % (sembilan puluh persen), yang pada tahun 2015 dicapai 83 % (delapan puluh tiga persen).
- b. Indikator Kinerja Daerah : Penemuan dan Penanganan Penyakit TBC, BTA, yang pada akhir RPJMD tahun 2021 akan dicapai sebesar 81 % (delapan puluh satu persen), yang pada tahun 2015 dicapai 60 % (enam puluh persen).
- c. Indikator Kinerja Daerah lainnya (tidak langsung) sebagai pendukung penanggulangan TB di kota Semarang adalah renovasi/perbaikan rumah tidak layak huni. Pada akhir RPJMD tahun 2021 ditetapkan sebanyak 6.567 (enam ribu lima ratus enam puluh tujuh) rumah yang akan dilakukan perbaikan menjadi rumah sehat dan layak huni, yang pada tahun 2015 dicapai sebanyak 2.251 (dua ribu dua ratus lima puluh satu) rumah.
- d. Hal lain yang terdapat dalam RPJMD, adalah meningkatnya budget untuk Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular termasuk didalamnya adalah TB. Dalam dokumen RPJMD Kota Semarang tahun 2016 - tahun 2021, angkanya sebagai berikut : (dalam ribuan/000)

2016	2017	2018	2019	2020	2021
11.393.849	8.568.854	11.903.541	12.561.718	13.189.804	13.849.294

Dengan demikian, komitmen dan kepedulian Pemerintah Kota Semarang dalam Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular termasuk TB didalamnya sangatlah kuat. Indikatornyanya adalah adanya jaminan pembeayaan/anggaran sampai tahun 2021, sesuai yang dinyatakan dalam RPJMD tahun 2016 – tahun 2021.

5. PROGRAM PENGENDALIAN TB DALAM RENCANA STRATEGIS DINAS KESEHATAN KOTA SEMARANG TAHUN 2016-2021.

Perencanaan Pembangunan Daerah merupakan upaya terencana untuk memberdayakan dan meningkatkan kapasitas masyarakat dan potensi yang dimiliki daerah dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Upaya untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat tersebut dilakukan melalui serangkaian pelaksanaan pembangunan daerah dari berbagai aspek, baik ekonomi, sosial, budaya, infrastruktur maupun aspek lainnya. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN), ruang lingkup perencanaan pembangunan daerah meliputi perencanaan jangka panjang (Rencana Pembangunan Jangka Panjang), menengah (Rencana Pembangunan Jangka Menengah) dan tahunan (Rencana Kerja Pemerintah). Selanjutnya untuk memenuhi ketentuan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah berikut aturan pelaksanaannya, Dinas kesehatan mempunyai tugas melaksanakan kewenangan Otonomi Daerah di bidang pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan sebagai bagian integral dari pembangunan kota Semarang diselenggarakan dengan tujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Untuk mewujudkan tujuan tersebut maka diperlukan Visi Dinas Kesehatan yang lebih menekankan pada upaya memandirikan masyarakat untuk hidup sehat. Visi ini dapat dicapai melalui proses pembangunan kesehatan yang berkesinambungan baik oleh pemerintah kota maupun oleh masyarakat termasuk swasta. Pembangunan kesehatan tersebut diawali dengan suatu proses perencanaan untuk menentukan tindakan masa depan yang tepat melalui urutan dengan memperhitungkan sumberdaya yang tersedia. Adapun Visi Dinas Kesehatan Terwujudnya Derajat Kesehatan Masyarakat Kota Semarang Yang Terbaik Se Jawa Tengah Tahun 2021. Visi tersebut mengandung filosofi pokok yaitu Kesehatan adalah tanggungjawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Apapun peran yang dimainkan oleh pemerintah, tanpa kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatan mereka, hanya sedikit hasil yang

akan dapat dicapai. Perilaku masyarakat kota Semarang yang mandiri untuk hidup sehat diharapkan adalah yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Disamping itu semua lapisan masyarakat di Kota Semarang juga mempunyai akses dan mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu.

Misi adalah sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang sebagai penjabaran visi yang telah ditetapkan. Adapun rumusan Misi Dinas kesehatan Kota Semarang adalah :

- a. meningkatkan Upaya Pencegahan Penyakit dan Promosi Kesehatan;
- b. meningkatkan Pelayanan Kesehatan Dengan Sumber daya Kesehatan yang Handal dan Berprestasi;
- c. mengembangkan Kemitraan dan Menggerakkan Masyarakat untuk Hidup Sehat; dan
- d. mengembangkan Keunggulan Teknologi Informasi

Dengan visi dan misi telah dituangkan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang menunjukkan komitmen yang kuat untuk melaksanakan penanggulangan TB di kota Semarang. Hal ini terutama tertuang dalam misi ke 1.

Penjabaran Misi 1 Meningkatkan Upaya pencegahan penyakit & Promosi Kesehatan

Tujuan : Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal

Sasaran :

- a. meningkatnya pencegahan dan penanganan penyakit menular langsung;
- b. meningkatnya pencegahan dan penanggulangan penyakit bersumber binatang;
- c. meningkatnya Pencegahan penyakit; dan
- d. meningkatnya pelayanan Gizi sesuai standar.

Indikator Kinerja :

- a. Incident rate Demam Berdarah Dengue (DBD);
- b. penemuan dan penanganan penderita DBD (%);
- c. kasus Demam Berdarah yang dilakukan PE \leq 48 jam;
- d. kasus Demam Berdarah yang difogging sesuai standart \leq 5 hari;
- e. Case Fatality Rate Demam Berdarah (CFR);
- f. penderita Demam Berdarah yang ditangani;
- g. angka keberhasilan pengobatan TB;
- h. penemuan dan penanganan penderita penyakit TBC,BTA (%);
- i. Prosentase ODHA yang aktif minum ARV;
- j. penemuan Penderita Pnemonia balita (cakupan);
- k. Angka Kematian Diare;
- l. proporsi kasus TB yang berhasil diobati dengan DOTS (sukses rate);
- m. Prevalensi HIV/AIDS persen dari total populasi per 10.000 (sepuluh ribu per penduduk);
- n. kasus IMS yang diobati;
- o. proporsi penduduk usia 15 tahun - 24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV dan AIDS;
- p. penderita yang selesai pengobatan Kusta (RFT);

- q. Kelurahan UCI (Universal Child Immunization);
- r. AFP (Acute Flacid Paralysis) rate per 100.000 (seratus ribu) penduduk usia < 15 tahun;
- s. Kelurahan mengalami KLB PD3I (Kejadian Luar Biasa Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi) dan keracunan makanan yang ditangani < 24 jam;
- t. Jejaring survailance PTM (Penyakit Tidak Menular) di RS dan Puskesmas;
- u. Puskesmas yang melakukan deteksi dini PTM (Penyakit Tidak Menular) tertentu;
- v. Ketepatan laporan penyakit tdk menular;
- w. Cakupan BIAS (Bulan Imunisasi Anak Sekolah);
- x. Cakupan imunisasi CJH (Xalon Jemaah Haji);
- y. Cakupan pelacakan K3JH; (Kartu Kewaspadaan Kesehatan Jemaah Haji)
- z. cakupan Bias;
- aa. Prevalensi balita kurang gizi; dan
- bb. Bayi mendapat ASI eksklusif.

Strategi :

- a. peningkatan pelayanan Kesehatan kepada masyarakat;
- b. mengoptimalkan petugas Gasurkes DBD, KIA dengan memanfaatkan dukungan Pemerintah sekaligus bekerjasama dengan masyarakat, LSM, Perguruan Tinggi;
- c. mengembangkan & memantapkan kualitas pelayanan Gizi dengan melibatkan peran serta masyarakat.

Arah Kebijakan :

- a. Peningkatan pelayanan kesehatan dasar (Program Upaya Kesehatan Masyarakat);
- b. Pengendalian Penyakit Menular (Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular); dan
- c. Peningkatan pemantauan pertumbuhan Gizi Balita (Program Perbaikan Gizi Masyarakat).

Sasaran adalah hasil yang diharapkan dari suatu tujuan yang diformulasikan secara terukur, spesifik, mudah dicapai, rasional, untuk dapat dilaksanakan dalam jangka waktu 5 (lima) tahun ke depan. Hasil rumusan sasaran pada Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2016 – Tahun 2021 berdasarkan misi dan tujuan, sebagai berikut:

a /

✓
X

MISI	TUJUAN	SASARAN
Meningkatkan Upaya pencegahan Penyakit & Promosi Kesehatan	Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal	Meningkatnya perilaku hidup bersih sehat dan berkembangnya upaya kesehatan bersumber daya masyarakat
	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Masyarakat & perorangan yang efektif,efisien	Menurunnya angka kesakitan, kematian dan mencegah kecacatan akibat penyakit
		Meningkatnya pelayanan kesehatan dasar, rujukan dan penunjang
Meningkatkan Pelayanan Kesehatan dengan SDK yang handal & prestasi	Tersedianya SDK (Sumber Daya Kesehatan) yang berkualitas	Meningkatnya ketersediaan,kemampuan & keterampilan SDK (Sumber Daya Kesehatan)
	Meningkatnya derajat kesehatan melalui pelayanan Gizi kepada masyarakat	Meningkatkan pelayanan masyarakat serta kemandirian keluarga dalam upaya perbaikan Gizi
		Meningkatnya pelayanan kepada Ibu hamil dan Bayi
		Meningkatnya pelayanan kesehatan Bayi dan Balita
Mengembangkan Kemitraan & Menggerakkan Masyarakat utk Hidup sehat	Meningkatnya derajat kesehatan melalui penyehatan lingkungan	Meningkatnya kualitas kesehatan lingkungan
	Tersedianya Toko Obattradisional dan industry rumah tangga yang memenuhi syarat kesehatan	Meningkatnya ketersediaan dan mutu pelayanan obat
		Meningkatnya kualitas makanan & minuman produksi industry rumah tangga yg memenuhi syarat kesehatan
Mengembangkan keunggulan teknologi Informasi	Tersedianya data dan informasi serta terintegrasinya DKK (Dinas Kesehatan Kota), RS (Rumah Sakit) dan Puskesmas	Mengembangkan system informasi kesehatan yg komprehensif & berdayaguna
	Tersedianya Sarana Prasarana kesehatan yg sesuai dengan standar	Peningkatan kualitas dan kuantitas Sarana prasarana kesehatan

Mengidentifikasi berbagai faktor yang mempengaruhi keberhasilan dibidang kesehatan di masa lalu serta hal-hal yang masih belum berjalan secara optimal melalui perumusan permasalahan agar dapat disusun perencanaan pembangunan kesehatan untuk jangka lima tahun ke depan. Selanjutnya rumusan permasalahan tersebut dikelompokkan menjadi isu strategis yang merupakan permasalahan utama untuk dijadikan prioritas. Analisis isu strategis menghasilkan rumusan kebijakan yang bersifat antisipatif dan solutif atas berbagai kondisi yang tidak ideal di masa depan untuk meningkatkan efektivitas perencanaan. Dengan demikian, rumusan tentang permasalahan pembangunan kesehatan dan isu strategis merupakan bagian penting dalam penentuan kebijakan pembangunan Kesehatan Kota Semarang. Berdasarkan hasil analisis permasalahan tersebut di atas maka diketahui permasalahan utama antara lain :

- a. Masih Tingginya angka kematian Ibu dan Bayi
- b. Masih Tingginya kasus Demam berdarah dengue (DBD)
- c. Masih rendahnya penemuan kasus baru HIV
- d. Meningkatkan kasus TB paru

Berkaitan dengan kasus TB maka perlu diidentifikasi akar permasalahannya agar dapat dicarikan solusi yang tepat untuk mengatasinya. Dari hasil identifikasi ditemukan akar permasalahan meningkatnya kasus TB adalah: kurangnya partisipasi pengiriman laporan kasus TB yg rendah dr BP (Balai Pengobatan) /klinik, praktek dokter; keterlambatan pengiriman laporan kasus TB dari RS (Rumah Sakit), banyaknya drop out pengobatan penderita TB.

Dari hasil identifikasi terdapat beberapa indikator yang menjadi prioritas antara lain :

- a. mengurangi tingkat kematian Ibu pada tahun 2021 sejumlah 25 (dua puluh lima) orang;
- b. menurunkan kasus Insiden rate Demam berdarah dengue (DBD) sampai dengan tahun 2021, 93/100.000 (sembilan puluh tiga per seratus ribu) penduduk;
- c. donor Darah yang di Skrining HIV-AIDS, ditargetkan sampai dengan tahun 2021, sebesar 100 (seratus) persen;
- d. meningkatkan penemuan kasus TB BTA (Basil Tahan Asam), CDR (Case Detection rate) positif ditargetkan sampai dengan tahun 2021 sebesar 75,5 (tujuh puluh lima) persen; dan
- e. menekan kasus kematian bayi ditergetkan sampai dengan tahun 2021 sebesar 205 (dua ratus lima) bayi.

Keterangan :

Kegiatan kegiatan tersebut diatas bertujuan untuk :

- a. update informasi petugas TB;
- b. penemuan suspek dan kasus TB;
- c. meningkatkan angka konversi;
- d. meningkatkan angka cure rate;
- e. meningkatkan cakupan Treatment Success Rate;
- f. meningkatkan Case Notification Rate;
- g. untuk meningkatkan mutu sediaan pemeriksaan mikroskopis;

- h. untuk pencegahan dan pengendalian infeksi TB;
- i. untuk meningkatkan kinerja pengelola program TB; dan
- j. untuk tersedianya data TB yang update dan akurat.

Kebijakan anggaran yang terkait dengan Pengendalian TB dan kebijakan terkait TB lainnya.

Bila kita melihat data trend jumlah APBD Kota Semarang menunjukkan kecenderungan peningkatan jumlahnya. Peningkatan jumlah ini merupakan hal positif sekaligus merupakan konsekuensi logis bahwa masalah TB tercantum dalam RPJMD Kota Semarang tahun 2016-2021.

Berikut data-datanya :

Tabel 5

Propinsi : JAWA TENGAH
Kabupaten : KOTA SEMARANG
Tanggal : 16-Nov-16

Pendapatan (Rupiah)

Tahun	2013	+/-	2014	+/-	2015	+/-	2016	+/-	2017
	Realisasi		Realisasi		Realisasi		Murni		RKA
APBD									
Pendapatan	2.594.562.688.000		2.865.509.578.000		3.263.824.536.000		3.425.203.229.000		3.887.985.617.000
Belanja Daerah	3.184.087.019.000		3.727.961.383.850		4.358.328.271.526		4.187.918.414.800		4.261.990.137.000
Pembinaan Daerah	585.524.331.000		872.000.132.000		1.094.503.795.526		762.715.185.000,0		
Sisa	121.072.078.563		91.923.061.078		244.966.383.507				

Realisasi Belanja (Rupiah)

Tahun	2013	+/-	2014	+/-	2015	+/-	2016	+/-	2017
	Realisasi		Realisasi		Realisasi		Murni		RKA
APBD	2.473.490.809.437		2.957.432.539.076		3.018.858.152.493				
URUSAN KESEHATAN (10% APBD) (kode rekening)									
Dinas Kesehatan	79.118.106.135		91.170.468.414		131.918.856.440		109.923.199.513		
Sie. Penyakit Menular	2.702.364.550		2.603.492.115		7.147.897.277		7.104.739.680		
Total TB	310.021.000		181.819.000		281.683.000		153.016.500		222.306.000

Rasio/ Perbandingan

Tahun	2013	2014	2015	2016	2017
Belanja/ Pendapatan	81,49%	76,87%	74,83%	81,79%	91,23%
URUSAN KESEHATAN / APBD					
Dinkes/ APBD	3,48%	2,44%	3,02%	2,62%	0,00%
PMTM/ APBD	0,08%	2,86%	5,41%	6,46%	
PMTM/ Dinkes	3,52%	2,86%	5,41%	6,46%	
TB / APBD	0,01%	0,00%	0,01%	0,00%	0,01%
TB/ Dinkes	0,39%	0,20%	0,21%	0,14%	
TB / PMTM	11,47%	6,96%	3,94%	3,15%	

Catatan:

APBD : Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
Dinkes : Dinas Kesehatan
PM : Bagian/Seksi Penyakit Menular
TB : Unit Tuberkulosis

Kebijakan lainnya, apakah ada Surat Edaran ataukah Peraturan Kepala Dinas Kesehatan khususnya tentang TB

- a. SK Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang Nomor 443.24/6259 tgl 22 Juni 2015 Tentang Pembentukan Tim PPM Penanggulangan TB Kota Semarang periode 2015 -2017;
- b. Surat Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang Kepada Kepala Puskesmas se Kota Semarang Nomor 443.24/2685 tgl 1 Maret 2017 Tentang Peningkatan Penemuan kasus dan pengobatan Tuberkulosis.

Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TB Kota Semarang tahun 2017-2021

III ISU-ISU STRATEGIS

Berangkat dari hasil analisis situasi dan identifikasi kesenjangan dalam penanggulangan TB kota Semarang maka setelah dilakukan kajian yang mendalam dengan memperhatikan beberapa faktor, maka isu strategis yang perlu dijadikan prioritas untuk lima tahun ke depan, adalah sebagai berikut :

1. Bahwa angka konversi kasus TB di Kota Semarang capaian tahun 2016 adalah sebesar 69 % (enam puluh sembilan persen). Capaian ini masih dibawah angka target nasional yaitu sebesar 80 % (delapan puluh persen)
2. Bahwa angka kesembuhan (Cure rate) kasus TB di Kota Semarang capaiannya masih dibawah target yaitu sebesar 69 % (enam puluh sembilan persen), sementara target nasional adalah sebesar 85 % (delapan puluh lima persen), masih ada kesenjangan untuk hal ini.
3. Sementara itu untuk Angka Treatment Success Rate di Kota Semarang, capaiannya yaitu sebesar 83 % (delapan puluh tiga persen). Capaian ini masih dibawah angka nasional yaitu sebesar sebesar 90 % (sembilan puluh persen)
4. Bahwa angka Mandatory Notification pada DPM (Dokter Praktek Mandiri) dan Klinik di Kota Semarang, belum maksimal, angkanya capaiannya untuk Kota Semarang sekitar 0,8 % (nol koma delapan persen)
5. Bahwa PPM (Public Privat Mix) di Kota Semarang, belum berjalan secara optimal,
6. Bahwa di Kota Semarang munculnya kasus TB resisten obat masih dibawah standard, 50 % (lima puluh persen) dari kasus yang seharusnya ditemukan.

IV INDIKATOR DAN TARGET

A. Indikator dan Target

Untuk mendukung percepatan eliminasi TB tahun 2035, telah ditetapkan indikator dan target yang harus dicapai, yang terdiri atas : indikator utama dan indikator operasional

1. Indikator Utama

- a. Cakupan pengobatan semua kasus TB-CDR (*case detection rate*) berdasarkan insidensi TB;
- b. Angka notifikasi semua kasus TB yang diobati- CNR (*case notification rate*) per 100.000 (seratus ribu) penduduk;
- c. Angka keberhasilan pengobatan penderita TB semua kasus;
- d. Cakupan penemuan kasus TB resisten obat;

- e. Angka keberhasilan pengobatan pasien TB resistan obat; dan
f. Persentase penderita TB yang mengetahui status HIV.

Tabel 6
Indikator Utama dan Target
Rencana Aksi Daerah (RAD) Penanggulangan TB Kota Semarang
Tahun 2016-2021

Indikator	dasar 2015	target per tahun					
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
% (Persentase) Cakupan pengobatan semua kasus TB-CDR (<i>case detection rate</i>)	53.7 %	50 %	57 %	67 %	83 %	83 %	83 %
Indikator	dasar 2015	target per tahun					
Angka notifikasi semua kasus TB yg diobati- CNR (<i>case notification rate</i>) per 100.000 (seratus ribu) penduduk	193	158	173	196	231	231	231
% (Persentase) Angka keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus (<i>succes rate</i>)	83%	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %
Cakupan penemuan kasus TB resistan obat (absolut)	21	34	44	58	69	69	69
% (Persentase) Angka keberhasilan pengobatan pasien TB resistan obat	65 %	65 %	70 %	70 %	75%	75 %	75 %
% (Persentase) pasien TB yang mengetahui status HIV	24 %	45 %	60 %	75 %	90 %	90 %	90 %

2. Indikator Operasional

- a. Jumlah semua kasus TB yang ditemukan dan diobati
- b. Persentase kasus pengobatan ulang TB yang diperiksa uji kepekaan obat dengan tes cepat molukuler atau metode konvensional
- c. Persentase kasus TB resistan obat yang memulai pengobatan lini kedua
- d. Persentase Pasien TB-HIV dapat ARV (Anti Retro Viral) selama pengobatan TB
- e. Persentase laboratorium mikroskopik yang mengikuti uji silang
- f. Persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti uji silang dengan hasil baik
- g. Cakupan penemuan kasus TB anak
- h. Persentase anak < 5 tahun (kurang dari lima tahun) mendapat pengobatan pencegahan dibandingkan estimasi anak < 5 (kurang dari lima tahun) tahun yang memenuhi syarat diberikan pengobatan pencegahan

Tabel 7

Indikator Operasional dan Target

Rencana Aksi Daerah (RAD) Penanggulangan TB Kota Semarang
Tahun 2016-2021

Indikator	dasar	target per tahun					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Jumlah semua kasus TB yang ditemukan dan diobati	2908	5.461	5.329	5.199	5.069	5.069	5.069
% (Prosentase) kasus TB pengobatan ulang yang diperiksa uji	98.7 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

kepekaan obat dengan tes cepat molekuler / metode konvensional							
% (Persentase) kasus TB resistan obat yang memulai pengobatan lini kedua	63 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
% (Persentase) Penderita TB-HIV yang mendapatkan ARV selama pengobatan TB	43 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
% (Persentase) laboratorium mikroskopik yang mengikuti uji silang	100 %	50 %	60 %	80 %	90 %	90 %	90 %
% (Persentase) laboratorium mikroskopis yang mengikuti uji silang dengan hasil baik	7 %	40 %	60 %	80 %	100 %	100 %	100 %

+

Indikator	Data dasar 2015	target per tahun					
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
% (Persentase) Cakupan penemuan kasus TB anak	12 %	42 %	48 %	62 %	83 %	83 %	83 %
% (Persentase) anak < 5 tahun (kurang dari lima tahun) yang dapat pengobatan pencegahan dibandingkan estimasi anak < 5 tahun (kurang dari lima tahun) yang memenuhi syarat diberikan pengobatan pencegahan	0 %	20 %	30 %	40 %	50 %	50 %	50 %

↓ /

V. STRATEGI, TUJUAN, KEGIATAN DAN LUARAN

1 Strategi 1 : Penguatan Kepemimpinan Program TB di Kabupaten/Kota

Dalam beberapa tahun terakhir ini, komitmen pemerintah daerah, khususnya, Pemerintah Kota Semarang, menunjukkan kecenderungan meningkat. Hal ini dibuktikan dengan memasukkannya isyu TB kedalam RPJMD (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah) tahun 2016-2021, melalui Program Pemberantasan Penyakit Menular. Dengan memasukkannya TB kedalam RPJMD, maka sampai dengan tahun 2021, maka isyu TB akan tetap menjadi prioritas pembangunan kesehatan di kota Semarang. Oleh karena dengan disusunnya RAD (Rencana Aksi Daerah) TB di Kota Semarang, maka arah kebijakan Program dan dukungan Pendanaan akan lebih terarah, sehingga diharapkan memberikan sumbangan yang signifikan terhadap penurunan jumlah kasus TB di Kota Semarang

Tujuanya :

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

Untuk mendukung Strategi 1 kegiatan yang dilakukan adalah :

- a. Penyusunan Rencana Aksi Daerah (RAD) TB
- b. Penyusunan Perwali RAD TB
- c. Penyusunan Perda TB
- d. Melakukan Advokasi Penanggulangan TB
- e. Melakukan Monitoring & Evaluasi pelaksanaan RAD TB

Luaran :

Memastikan terjadinya dukungan para pihak (pemerintah dan non pemerintah) Penanggulangan TB di Kota Semarang.

2. Peningkatan Akses Layanan TB yang Bermutu

Peningkatan akses layanan TB yang bermutu, merupakan hal penting untuk mendukung keberhasilan penanggulangan program TB di Kota Semarang. Peran penting para pihak (stakeholder kesehatan & non kesehatan) dalam rangka peningkatan temuan kasus sangat penting. Bila selama ini temuan kasus didapatkan dari hasil layanan dari Puskesmas, maka perlu di buat langkah-langkah terobosan dan inovasi untuk peningkatan temuan kasus, diantaranya adalah melibatkan dokter praktek swasta di tingkat kecamatan, dan melakukan kegiatan-kegiatan skreening massal di asrama, di sekolah, di pondok pesantren, di pabrik, dapat mulai dilakukan.

Selain itu perlunya peningkatan kapasitas para pelaksana pelayanan seperti petugas lab, dan peningkatan koordinasi antar pihak pelaku layanan di lapangan

Tujuan :

Meningkatkan akses layanan sehingga segera dapat menemukan dan mengobati pasien TB sampai sembuh melalui layanan TB yang bermutu

Untuk mendukung Strategi 2, kegiatan yang dilakukan adalah :

1. Pertemuan koordinasi dengan PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) (1x tahun)
2. Pertemuan koordinasi dengan IDI (Ikatan Dokter Indonesia)
3. Pertemuan koordinasi dengan IBI (Ikatan Bidan Indonesia)
4. Pertemuan koordinasi dengan CSR (Corporate Social Responsibility)
5. Pengiriman slide uji silang ke laboratorium RUS (Rujukan Uji Silang)
6. Pengembangan puskesmas satelit menjadi puskesmas pelaksana mandiri
7. Pemeliharaan alat diagnostik TB
8. Pembentukan PPM (Public Privat Mix) tingkat Kecamatan
9. Workshop Pengembangan Manajemen PPM (Public Private Mix) tingkat Kecamatan
10. Revitalisasi PPM (Public Private Mix) tingkat Kecamatan
11. Pertemuan Rutin PPM (Public Private Mix) tingkat Kecamatan
12. Workshop Penyusunan MoU (Memory of Understanding) Lintas Sektor (industri, perusahaan, lapas, Pondok pesantren)

13. Workshop Penyusunan MoU (Memory of Understanding) dengan Organisasi Profesi
14. Workshop Penyusunan MoU (Memory of Understanding) dengan Perguruan Tinggi
15. Workshop pembentukan dan penguatan jejaring layanan
16. Pemantauan pelaksanaan jejaring layanan
17. Workshop pembentukan dan penguatan jejaring layanan
18. Pertemuan penyusunan kesepakatan dan jejaring layanan dengan Dinas Kesehatan
19. Workshop Petugas Analis Batuk Efektif dan Teknik Pengeluaran Dahak
20. Workshop Metode LQAS (Lot Quality Assurance Sampling) bagi Tenaga Analis Faskes
21. Pertemuan Koordinasi Petugas Analis
22. Workshop Petugas TB (agenda keberhasilan pengobatan pasien TB) dan Penanganan ESO (Efek Samping Obat)
23. Pertemuan Jejaring Internal TB Faskes 60 (enam puluh) fasilitas kesehatan
24. Monitoring Evaluasi P2TB (Program Penanggulangan TB) untuk semua fasilitas kesehatan
25. Pemetaan orang terduga TB berdasarkan endemisitas wilayah
26. Penjaringan dan pelacakan orang terduga TB
27. Integrasi layanan TB melalui PPKP (Pendekatan Praktis Kesehatan Paru)
28. Koordinasi dan pembentukan jejaring antara pemberi layanan TB dengan Pemberi layanan HIV
29. Koordinasi lintas program dan lintas sektor
30. Perencanaan bersama TB-HIV untuk integrasi layanan TB-HIV
31. Skrining TB pada ODHA (Orang Dengan HIV AIDS)
32. Tes dan konseling HIV pada pasien TB
33. Pemberian OAT (Obat Anti Tuberkulosis) dan ARV (Anti Retro Viral) bagi pasien TB HIV
34. Koordinasi dan pembentukan jejaring antara pemberi layanan TB dengan DM (Diabetes Melitus)
35. Koordinasi lintas program dan lintas sektor
36. Perencanaan bersama untuk integrasi layanan TB dan DM (Diabetes Melitus)

37. Skrining TB pada pasien DM (Diabetes Melitus)
38. Skrining DM (Diabetes Melitus) pada pasien TB
39. Koordinasi lintas program dan lintas sektor
40. Perencanaan bersama TB dan KIA (Kesehatan Ibu Anak) untuk integrasi layanan
41. Skrining TB pada ibu dan anak dengan risiko (high risk mothers and child mother)
42. Perencanaan bersama TB dan gizi untuk integrasi layanan
43. Skrining TB pada orang dengan gizi kurang
44. Assessment kesiapan fasyankes rujukan dan satelit untuk TB MDR (Multi Drug Resistance)
45. Pembentukan/penguatan jejaring rujukan diagnosis dan pengobatan
46. Monitoring jejaring rujukan diagnosis dan pengobatan
47. Pembentukan sistem transportasi contoh uji
48. Sosialisasi sistem transportasi contoh uji
49. Penyediaan biaya pengiriman contoh uji faskes, lab TCM (Tes Cepat Molukuler), lab kultur/DST (Drug Susceptibility Testing)
50. Kunjungan rumah (Home Visit)
51. Desentralisasi pasien TB RO (Resisten Obat) ke fasilitas kesehatan satelit
52. Investigasi kontak dalam keluarga dan lingkungan terdekat

Luaran :

Memastikan terjadinya peningkatan mutu pelayanan TB kepada masyarakat

3. Pengendalian Fator Risiko

Pengendalian faktor risiko TB ditujukan untuk mengurangi penularan dan kejadian sakit TB dengan melakukan upaya pencegahan penularan TB di masyarakat dan di fasyankes. Faktor risiko terjadinya TB meliputi kuman penyebab TB, individu yang bersangkutan, dan lingkungan. Sekitar 10% (sepuluh persen) orang yang terinfeksi TB akan jatuh sakit. Tingkat penularan pasien TB BTA positif adalah 65% (enam puluh lima), pasien TB BTA (Bakteri Tahan Asam) negatif dengan hasil kultur positif adalah 26% (dua puluh enam persen), sedangkan pasien TB dengan hasil

kultur negatif dan foto toraks mendukung TB adalah 17% (tujuh belas persen)

Risiko menjadi sakit TB meningkat pada anak usia <5 tahun, dewasa muda, ibu hamil, lansia, ODHA (Orang Dengan HIV AIDS), penyandang DM (Diabetes Melitus), gizi buruk, keadaan immuno-supressive, serta perilaku hidup yang tidak sehat seperti kebiasaan merokok risiko terkena TB paru sebanyak 2,2 kali (dua koma dua kali lebih besar)

Tujuan :

Seluruh pihak yang terlibat dapat melaksanakan pengendalian faktor risiko melalui PHBS (Perilaku Hidup Bersih & Sehat), pencegahan dan pengendalian infeksi TB, pemberian kekebalan, dan pemberian pengobatan pencegahan untuk anak < 5 tahun dan ODHA (Orang Dengan HIV AIDS)

Untuk mendukung Strategi 3, kegiatan yang dilakukan adalah :

- 1 Pencetakan dan pengiriman materi
- 2 Workshop PPI (Pencegahan Pengendalian Infeksi) TB untuk komisi PPI fasilitas kesehatan
- 3 Sosialisasi PPI (Pencegahan Pengendalian Infeksi) TB untuk petugas Sanitasi lingkungan

Luaran :

Memastikan terkendalinya faktor risiko penularan TB

4. Peningkatan Kemitraan Melalui Forum Koordinasi TB

Penanggulangan penyakit TB, tidak hanya menjadi tugas dan tanggung jawab Dinas Kesehatan, namun juga merupakan tanggung bersama antara stakeholder kesehatan dan non kesehatan. Oleh karena itu kemitraan berbagai pihak sangat penting. Forum Koordinasi TB memiliki peran dan posisi yang sangat strategis dalam memadu serasikan berbagai pihak dalam rangka mencapai satu tujuan yaitu penanggulangan TB.

Tujuan :

Meningkatkan kemitraan melalui Forum Koordinasi TB di tingkat provinsi dan kabupaten/kota sebagai wadah koordinasi pelaksanaan kebijakan strategis dan penanggulangan TB. ↵

Untuk mendukung strategi 4, kegiatan yang dilakukan adalah :

1. Pertemuan koordinasi rutin masing masing Komisi dan pleno Forum Koordinasi TB
2. Bimbingan teknis Dokter Praktek Mandiri

Luaran :

Memastikan terjadinya sinergitas antar para pihak (pemerintah & non pemerintah) untuk Penanggulangan Penyakit TB

5.Peningkatan Kemandirian Masyarakat Dalam Penanggulangan TB

Peran masyarakat dalam penanggulangan TB sangatlah penting. Masyarakat dalam berbagai dimensinya seperti Ormas, dan kader memiliki posisi yang sangat penting dan strategis dalam penanggulangan TB. Masyarakat tidak hanya menjadi subyek pembangunan kesehatan namun juga dapat memerankan subyek pembangunan kesehatan. Dengan memerankan Ormas (Organisasi Masyarakat) dan kader, maka tugas pendampingan kepada para penderita TB dan keluarganya akan menjadi lebih ringan, komunikasi dan koordinasi dengan para penderita TB akan lebih mudah dilakukan.

Tujuan :

Memandirikan masyarakat melalui promosi dan pemberdayaan mereka yang terdampak dalam pencegahan dan pengobatan TB serta melibatk aktifkan mereka dalam upaya penanggulanganTB.

Untuk mendukung strategi 5, kegiatan yang dilakukan adalah :

1. Pelatihan Kader TB
2. Pertemuan Monev Kader
3. Lokakarya untuk Pengembangan pendidik sebaya
4. Dukungan transport kader
5. Lokakarya sensitisasi pengetahuan TB dasar kepada komunitas
6. Pengembangan KMP –TB Kelompok Masyarakat Peduli TB
7. Penyuluhan TB, pemberian makanan tambahan bagi pasien oleh Masyarakat peduli TB
8. Lokakarya pengetahuan TB untuk Toma dan Toga

9. Pengembangan, pengadaan dan distribusi Media KIE (Komunikasi, Informasi & Edukasi) seperti brosur, poster, Lembar balik, pin
10. Pengembangan dan pengadaan media KIE dengan konten lokal

Luaran :

Memastikan terjadinya kemandirian masyarakat dalam Penanggulangan TB

6. Penguatan Sistem Kesehatan

Penguatan Manajemen Program melalui penguatan sistem kesehatan (Health System Strenghtening) merupakan komponen sangat penting dalam strategi nasional Program Penanggulangan TB. Bab ini akan membicarakan tentang rencana aksi peningkatan pelayanan, sumber daya manusia, logistik dan sistem informasi strategis, termasuk riset operasional, karena komponen lainnya sudah dibicarakan dalam bab sebelumnya yaitu pada strategi-1 tentang penguatan kepemimpinan program TB di kabupaten / kota tentang pembiayaan.

Tujuan :

Menguatkan manajemen program ditujukan untuk berkontribusi pada penguatan sistem kesehatan nasional

Untuk mendukung strategi 6, kegiatan yang dilakukan adalah :

1. Pengumpulan data
2. Pengolahan dan analisis data
3. Pertemuan penyusunan draft Juknis surveilans TB
4. Workshop analisis data untuk tindak lanjut bagi program
5. Pembinaan teknis terpadu program TB
6. Workshop penyusunan rencana pelatihan bagi koordinator pelatihan provinsi dan kabupaten/kota

Luaran :

Memastikan adanya sistem kesehatan yang memadai dalam rangka mendukung penanggulangan TB

Matriks Kegiatan Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TB Kota Semarang
Strategi 1 Penguatan Kepemimpinan Daerah RAD TB Kota Semarang

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Kegiatan	Pelaksana		Sumber pendanaan	Tahun					
				Lead	Pendukung		2017	2018	2019	2020	2021	
TB belum menjadi prioritas di Kota Semarang	Alokasi anggaran TB masing sangat minim	Penguatan Kepemimpinan Program TB di Kota Semarang	1. Pertemuan Advokasi Lintas Sektor untuk peningkatan Anggaran, diikuti 40 (empat puluh) orang dari berbagai pihak, selama satu hari. Selama setahun pertemuan dilakukan selama dua kali kegiatan	Dinkes	Bappeda, Org Profesi & PT	Donor	√					
	Kota Semarang belum mempunyai komitmen politis yang ditandai belum adanya peraturan daerah untuk P2TB (Program		2. Menyusun dan menerbitkan Peraturan Kepala Daerah (Perwali) tentang RAD TB									
			1. 1. Melaksanakan workshop penyusunan draft Perwal RAD TB selama satu hari yang diikuti oleh 35 (tiga puluh lima) orang dari berbagai stakeholder	LSM	Dinkes, PT	Donor	√					

Penanggula ngan TB)	2. 2 Melaksanakan workshop draft Perwal selama satu hari dengan Bagian Hukum Pemkot Kota Semarang	LSM	Dinkes, PT	Donor	√				
	3.3. Melaksanakan workshop draft Perwal RAD TB selama 1 hari , dengan pihak Stakeholder diikuti 35 (tiga puluh lima) orang peserta	LSM	Dinkes, PT	Donor	√				
	4. 4 Melakukan Pertemuan Tim RAD selama 1(satu) hari dengan pihak Sekda Kota Semarang untuk penyelesaian dalam rangka pengesahan draft RAD TB Kota Semarang dengan jumlah peserta 35 (tiga puluh lima) orang	LSM	Dinkes, PT	Donor	√				
	2. Menyusun dan menerbitkan Peraturan Daerah (Perda) tentang Penanggulangan TB	Pergurua n Tinggi	Dinkes	APBD		√			

		2.1. Menyusun Naskah Akademik Perda Kolaborasi TB, HIV, dan KIA	Perguruan Tinggi	Dinkes,	APBD		√		
		2.2. Melaksanakan workshop penyusunan Draft Perda selama 1 hari yang diikuti oleh 35 (tiga puluh lima) orang peserta	Dinkes	Bappeda, Org Profesi & PT	APBD		√		
		2.3. Melaksanakan workshop public hearing dengan berbagai pihak untuk mendapatkan masukan draft Perda. Kegiatan ini dilakukan selama 3 (tiga) kali diikuti 35 (tiga puluh lima) peserta	Dinkes	Bappeda, Org Profesi & PT	APBD		√		
		2.4. Melaksanakan rapat Tim Perumus Draft Perda selama 3 (tiga) kali kegiatan diikuti 35 (tiga puluh) orang peserta	Dinkes	Bappeda, Org Profesi & PT	APBD		√		

Strategi 2 : peningkatan Pelayanan TB yang bermutu RAD TB Kota Semarang

Isu strategis	Analisa Masalah	Strategi	Kegiatan	Pelaksana		Sumber pendanaan	Tahun				
				Lead	Pendukung		2017	2018	2019	2020	2021
Angka penemuan kasus TB dan keberhasilan pengobatan yang masih rendah	Penemuan masih bersifat pasif	Peningkatan Akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB" (Temukan Obati Sampai Sembuh) di Kota Semarang	Penjaringan suspect di pondok pesantren, panti asuhan, bumil, ODHA, dll	Dinkes	LSM, Org Profesi	APBD, CSR & Donor		√	√	√	√
	Investigasi Kontak : Kemampuan petugas investigasi belum maksimal dan kesadaran masyarakat masih rendah		Workshop Petugas TB Pentalaksanaan TB dengan strategi DOTs	Organisasi Profesi	MOT	APBD		√	√	√	√
	Pemberian PPHN (Pengobatan Pencegahan Isonicotinylhydrazide) pada anak belum dilaksanakan secara maksimal		Desiminasi dan implementasi PPHN kepada dokter di Fasilitas Kesehatan	Dinkes	Faskea, IDAI & IDI	APBD	√	√	√	√	√
	Sosialisasi belum optimal		Meningkatkan KIE dan Sosialisasi	Dinkes (Promkes)	Dinkes, Faskes	APBD	√	√	√	√	√
	Peran masyarakat masih kurang		Pendampingan oleh kepada Penderita TB anggota PPNI Kota Semarang One Nurse One Client/ONOC (Pengabdian masyarakat)	PPNI	Dinkes	Mandiri	√	√	√	√	√
	Belum optimalnya penjangkauan terhadap kelompok2 rentan (tempat kerja)		Pertemuan Mantan Pasien TB secara berkala	Aisyiah	LSM, CSR, Lembaga Mitra, KMP TB TB MDR Hebat	APBD dan lembaga mitra		√	√	√	√

Fasilitas Kesehatan swasta belum semua DOTS dan belum semua Laboratorium klinik terlibat dalam penemuan kasus	1. Kunjungan Supervisi dalam rangka pembinaan ke Faskes	Dinkes - P2P	Dinkes (Bidang terkait)	APBD	√	√	√	√	√
	2. Pertemuan Koordinasi dengan IDI dan Asosiasi Laboratorium	Dinkes - P2P	IDI dan Asosiasi Laboratorium	APBD	√	√	√	√	√
Logistik untuk pemeriksaan TB anak dan pengobatan dan lab, TB kategori 2 belum mencukupi	1. Pengadaan OAT	Dinkes (P2P)	Bappeda	APBD	√	√	√	√	√
	2. Pertemuan Koordinasi antara Faskes rujukan dinkes kota, dan dinkes provinsi	Dinkes (P2P)	Bappeda	APBD		√	√	√	√
Logistik TCM masih terbatas									
TB sudah secara tegas dan jelas disebutkan dalam RPJMD maupun Renstra namun belum ada secara spesifik pengalokasian anggaran untuk pemberdayaan masyarakat dalam penemuan kasus secara aktif massif	Advokasi kepada Stakeholder	PKK	PPM, Aisyiah, Perdaki, NU, Muhammadiyah, Forum Kota Sehat, OP	Lembaga Mitra, Ormas, LSM	√	√	√	√	√
Kurangnya kerjasama/koordinasi lintas program dan sektor	1. Pertemuan Koordinasi lintas Sektor	Dinkes (Kepala Dinas)	Lembaga Mitra, Ormas, LSM	APBD dan Lembaga Mitra		√	√	√	√

			Pertemuan dengan Forum CSR	Assiten II	Lembaga Mitra, Ormas, LSM	Mandiri, lembaga mitra		√	√	√	√
			Pertemuan Jejaring dengan Perawat	Dinkes (Kepala Dinas)	Lembaga Mitra, Ormas, LSM	APBD		√	√	√	√
	Masih ada kelemahan dalam pencatatan dan pelaporan (kapasitas petugas, teknologi informasi)		Refreshing dan pertemuan validasi data	Dinkes (P2)	Lembaga Mitra	APBD	√	√	√	√	√
			Penyusunan SOP tentang penatalaksanaan dan pelaporan kasus TB kepada DPM	Dinkes (yankes)	Lembaga Mitra	APBD		√	√	√	√
Angka kesembuhan (CR) 64 % : masih dibawah standar (85 %) dan Succes Rate (83 %) : masih dibawah standar (90 %)	Pasien : Tingkat kepatuhan pasien : pengetahuan, sikap, perilaku										
		Peningkatan Akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB" (Temukan Obat Sampai Sembuh) di Kota Semarang	Melaksanakan KIE baik ditempat layanan dan masyarakat secara intensif dengan melibatkan tokoh-tokoh formal dan informal								
			Pengadaan media KIE	Dinkes (PKPKL)	Dinkes (Bid. Terkait)	APBD		√	√	√	√
	Merasa sudah sembuh tidak mau berobat lagi		Meningkatkan dukungan psikososial melalui support grup/peer grup melalui kegiatan Pertemuan sambung rasa	PPM (Program Pemberdayaan Masyarakat)	Kader, Lembaga Mitra, CSO	BOK	√	√	√	√	√
	Efek samping OAT		Recruitmen tenaga	PPM (Program Pemberday	Kader, Lembaga Mitra, CSO	BOK		√	√	√	√

	Terprovokasi pengobatan alternatif		Pelatihan PMO (Pengawas Menelan Obat)	aan Masyarakat			√	√	√	√	√
	Peran PMO belum optimal		Pembinaan PMO (Pengawas Menelan Obat)				√	√	√	√	√
	Petugas :										
	Beban kerja yang berlebih		Mengusulkan penambahan tenaga petugas ke Pemkot	Dinkes (Sekertariat)	Dinkes (Bid. Terkait), Faskes	APBD	√	√	√	√	√
	Rasio petugas tidak seimbang										
	Kapasitas dalam penyampaian KIE dan tatalaksana		Pelatihan Komunikasi	Dinkes (P2P)	Dinkes (Bid. Terkait), Faskes	APBD	√	√	√	√	√
Material, Sarana Prasarana											
	Ukuran obat besar (<i>unfriendly</i> dengan pasien)		Pelatihan penanganan efek samping obat (Prosedur penanganan efek samping obat pada pasien)	OP (Organisasi Profesi)	Dinkes	APBD	√	√	√	√	√
	Tidak semua obat penangkal efek samping OAT dicover										
	Tidak semua obat penangkal efek samping OAT dicover		Pengadaan Laptop /Komputer	Dinkes (Sekertariat)	Dinkes (Bid. Terkait), Faskes	APBD	√	√	√	√	√
Manajemen :											
	Pemanfaatan hasil penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan belum maksimal		Melakukan kompilasi hasil penelitian untuk dasar penyusunan program	Dinkes	Institusi Pendidikan, LSM	APBD	√	√	√	√	√

	Pelacakan kasus putus obat di Puskesmas relatif sudah bagus, namun di RS belum tertangani secara maksimal		Workshop Petugas TB dalam penanganan keberhasilan pengobatan TB dan penanganan ESO (Efek Samping Obat)	Kantor Diklat	Dinkes (Bid. Terkait), Faskes	APBD		√	√	√	√
			Pertemuan jejaring	Pimpinan RS	Dinkes	Lembaga Mitra		√	√	√	√
	Keterlambatan pelaporan		Supervisi dan Money	Dinkes (P2P)	Dinkes (Bid. Terkait), Faskes	APBD		√	√	√	√
	Lingkungan :										
	Ventilasi buruk		Kampanye tentang PHBS, pemenuhan syarat rumah sehat melalui berbagai media (elektronik dan cetak)	Dinkes (PKPKL)	OP (Org Profesi), Or mas, Intitusi Pendidikan dinas sosial	ABPD, CSR ,BOK (Bantuan Operasional Kesehatan)	√	√	√	√	√
	Kelembapan ruangan tinggi		Koordinasi dengan SKPD terkait untuk perbaikan rumah sehat	Dinas Tata Kota	Dinkes	ABPD, CSR ,BOK (Bantuan Operasional Kesehatan)		√	√	√	√
	Sinar matahari tidak bisa masuk rumah						√	√	√	√	
Kota Semarang memiliki jumlah kasus TB-RO tertinggi di provinsi Jateng Keberhasilan pengobatan TB RO di Kota Semarang masih sangat rendah, pada	Pasien										
	Kesadaran pasien untuk segera memeriksakan diri kurang	Peningkatan Akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB" di Kota Semarang	Melaksanakan kegiatan KIE yang lebih efektif dan tepat sasaran pada pasien dan masyarakat melalui media massa (Radio, TV, koran, billboard, videotron, dll	Dinkes (PKPKL)	Peer Edukator, OP, Institusi Pendidikan, PPM	APBD		√	√	√	√
Belum semua pasien yang mengetahui kalau pengobatan TB RO adalah gratis							√	√	√	√	

tahun 2014 sebanyak 28.6%	Adanya pasien yang menolak pengobatan setelah didiagnosa TB RO		Melakukan penguatan dukungan psikososial pada keluarga	Org Profesi	Toga, toma, LSM, Pejabat Publik, legis latif	No Cost	√	√	√	√	√
	Adanya pasien yang DO: tidak tahan terhadap efek samping obat, waktu pengobatan yang relatif lama		Memberdayakan keluarga, support group, PPNI, IBI untuk memotivasi pasien tetap menjalankan pengobatan			No Cost					
	Kurangnya dukungan psikososial dari keluarga dan lingkungan										
	Pasien harus datang ke Puskesmas untuk mendapatkan terapi (injeksi dan minum obat) dan PMO nya adalah petugas kesehatan		Rapat Koordinasi dengan pihak terkait untuk memberikan "punishment" terhadap pasien yang tidak mau berobat karena beresiko menularkan penyakit kepada orang lain (perlu kajian)	Dinkes (P2P)	Bagian Hukum Pemkot, Faskes, Tata Pemerintahan	APBD		√	√	√	√
	Pasien harus mengantri di RS Rujukan untuk mendapatkan terapi pengobatan		Melakukan penambahan dan pengembangan RS Rujukan	Dinkes (Yankes)	Persi	APBD		√	√	√	√
	Petugas Kesehatan										
	Takut tertular		Pelatihan Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan tentang PPI TB, penerapan manajemen PPI	Dinkes (P2P)	Faskes	Donor	√	√	√	√	√
	Belum optimalnya pemahaman tentang 9 kriteria suspect TB RO										
Kurangnya tenaga terlatih disemua Puskesmas dalam		Mengadakan Lokakarya tentang penatalaksanaan TB RO bagi petugas kesehatan	Dinkes (P2P)	Faskes, Lembaga Mitra	APBD		√	√	√	√	

penanganan pasien TB RO										
Adanya keberatan petugas saat memberikan terapi pengobatan dihari libur	Kegiatan Mini Lokakarya /Sharing pengalaman di Puskesmas	FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama)	Dinkes	BOK (Bantuan Operasional Kesehatan)	√	√	√	√	√	√
Manajemen :										
Jejaring internal belum berjalan secara optimal	Mengadakan pertemuan jejaring internal secara rutin setiap 1 bulan sekali	Faskes	Dinkes	APBD, Donor	√	√	√	√	√	√
Keterlibatan pengelola program dalam tata laksana TB RO belum dilaksanakan secara maksimal	Mengadakan simposium penatalaksanaan TB RO	Dinkes (P2P)	Petugas Faskes	Donor	√	√	√	√	√	√
Rujukan specimen belum berjalan secara maksimal	Melaksanakan kesiapan petugas analis dalam melakukan packing specimen TB RO	Dinkes (P2P)	Petugas Faskes dan Patelki	APBD	√	√	√	√	√	√
Pengobatan pencegahan belum dilaksanakan	Melakukan Desiminasi dan implementasi pengobatan pencegahan pada anak kontak TB RO	Dinkes Provinsi	Dinkes Kota	Donor	√	√	√	√	√	√
Ketersediaan rawat inap (enroll therapy) masih kurang di RS Rujukan	Penambahan dan pengembangan faskes rujukan	Dinkes Provinsi (P2PL)	Kementrian Kesehatan Sub Dit	APBD	√	√	√	√	√	√

Rotasi petugas belum memperhatikan kompetensi, sehingga sustainability program TB RO terhambat		Melakukan pengkaderan petugas pengelola program TB sebelum dilakukan rotasi	Kepala Faskes	Dinkes Kota	No Cost	√	√	√	√	√
Belum melaksanakan Screening TB pada petugas pemberi layanan		Melaksanakan screening TB pada petugas kesehatan secara periodik	Dinkes Kota	Faskes	No Cost	√	√	√	√	√
Pencatatan dan pelaporan TB RO melalui sistem e-TB manager belum maksimal		Workshop petugas TB dalam memahami dan melaksanakan sistem e-TB manager	Dinkes Kota	Faskes	Donor		√	√	√	√
Material :										
Ketersediaan cartridge kurang		Melakukan perbaikan sistem perencanaan ketersediaan logistik OAT dan non OAT bagi TB RO	RS	Dinkes Kota	APBD Provinsi	√	√	√	√	√
APD kurang										
Pendanaan										
Belum tersedianya dana untuk pelaksanaan kegiatan screening TB pada petugas kesehatan		Advokasi anggaran : 1. Pengalokasian kegiatan screening TB pada petugas Kesehatan, 2 Dukungan operasional petugas dan peer educator, 3 Dukungan operasional untuk transport specimen (tentatif), 4 Dukungan biaya hidup bagi penderita TB RO sesuai dengan standar UMR sampai selesai pengobatan (selektif)	Bappeda	Dinkes, faskes dinsa	APBN, APBD I, APBD II, CSR, DII	√	√	√	√	√

	Dukungan operasional untuk petugas dan peer edukator dari APBD belum ada											
	Dampak ekonomi bagi pasien sebagai tulang punggung keluarga, dimana selama melakukan pengobatan pasien tidak bisa bekerja dan kondisi fisik pasien yang menurun											
	PMT untuk pasien masih kurang		Memberikan dukungan PMT pada pasien TB RO (selektif)	Dinkes	CRS, Perusahaan, Faskes	APBD		√	√	√	√	√
Prosentase pasien TB HIV yang mengetahui status HIV belum mencapai standar nasional dan prosentase pasien TB yang mendapatkan ARV selama pengobatan masih dibawah standar	Pasien :	Peningkatan Akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB" di Kota Semarang										
	Kesadaran pasien untuk memeriksakan diri rendah		Sosialisasi HIV AIDS kepada penderita TB di setiap Faskes di Semarang	Dinkes (PKPKL)	Faskes, LSM, OP, Institusi Pendidikan, KPA (Komisi Peanggulan AIDS)	APBD		√	√	√	√	
	Pasien belum siap menerima hasil pemeriksaan/tes HIV							√	√	√	√	
	Takut untuk mengkonsumsi obat seumur hidup							√	√	√	√	
Dukungan psikososial keluarga dan lingkungan rendah	Melakukan Pendampingan dengan melibatkan peer grup	KPA (Komisi Penanggulan AIDS)	LSM, Ormas, OP (Org Profesi)	APBD	√	√	√	√	√	√		

	Kesadaran pasien untuk menginformasikan statusnya kepada keluarga masih rendah		dalam pemberian dukungan psikososial								
	Kesiapan pasien untuk mendapatkan pengobatan seumur hidup masih rendah										
	Belum semua petugas percaya diri untuk menyarankan pasien TB untuk tes HIV		Workshop PITC (Provider Initiative Testing & Counseling) bagi petugas TB di Faskes	Dinkes (P2P)	Faskes	APBD		√	√	√	√
	Kemampuan petugas TB dalam PITC perlu ditingkatkan										
	Kurang koordinasi antara petugas TB dan Petugas HIV		Pertemuan koordinasi melalui jejaring internal TB	Faskes	Dinkes	APBD					
	Beban kerja petugas TB (<i>double job</i>)		Melakukan analisa beban kerja petugas TB di Faskes	Faskes	Institusi Pendidikan Kesehatan, OP	No Cost	√	√	√	√	√
	Sarana Prasarana										
	Reagen hanya disediakan pada kelompok resti saja		Pengadaan Reagen baik dari pemerintah maupun swasta	Dinkes (P2P)	Faskes	APBD/BOK	√	√	√	√	√
	Adanya kekhawatiran stockout ARV		Membangun sistem perencanaan pengadaan TB HIV yang berbasis kebutuhan (obat, bahan habis pakai, media KIE)	Dinkes (P2P)	Faskes	APBD	√	√	√	√	√
	Media KIE TB-HIV masih kurang										

	Ketersediaan PPINH pada ODHA belum ada		Pertemuan Koordinasi program TB dan Program HIV untuk pengadaan PPINH bagi ODHA	Dinkes- (P2P, PKPKL)	Bappeda, Dinas Pendidikan	Donor							
			Advokasi kepada Faskes untuk penerimaan ODHA	Dinkes (P2P)	Faskes	APBD	√	√	√	√	√	√	
	Keterbatasan tempat layanan PDP (Perawatan Dukungan & Pengobatan)		Melakukan penambahan jumlah layanan PDP (Perawatan Dukungan & Pengobatan)	Dinkes (Yankes)	Faskes	Donor		√	√	√	√	√	
	Biaya												
	Kurang alokasi biaya untuk program pencegahan dan pengendalian TB HIV		Melakukan Advokasi untuk penambahan anggaran	Dinkes	Bappeda, DPRD	No Cost	√	√	√	√	√	√	
	Manajemen												
	Koordinasi program TB dan program HIV belum maksimal dalam hal pengadaan PPINH pada ODHA, TIPK (Test & Konseling HIV atas Inisiatif Petugas Kesehatan), Pelaporan		Melaksanakan pertemuan Koordinasi program TB HIV	Dinkes	Faskes	APBD	√	√	√	√	√	√	
Persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti uji silang nasih dibawah standar nasional dan persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti uji silang dengan hasil baik masih dibawah	Pasien	Peningkatan Akses Layanan TB yang Bermutu dengan TOSS (Temukan Obati Sampai Sembuh) -TB* di Kota Semarang											
	Kualitas dahak tidak adekuat (volume dan kualitas dahak)												
	Pasien tidak bisa mengeluarkan dahak		Pelatihan Pasien untuk pengeluaran dahak	Faskes	Dinkes	BOK							
	Kurangnya pemahaman pasien untuk cara mengeluarkan dahak yang adekuat		Pemasangan Poster pada sputum booth	Faskes	Dinkes	APBD	√	√	√	√	√	√	

Standar Nasional	Petugas									
		Kurangnya kemampuan petugas dalam membantu pengeluaran dahak bagi pasien yang kesulitan	Pelatihan kapasitas petugas dalam membantu mengeluarkan dahak bagi pasien yang kesulitan		Faskes				√	√
Kepedulian petugas dalam mendampingi pasien pada saat mengeluarkan dahak masih kurang maksimal		Dinkes (P2P)		APBD		√	√	√	√	√
Kompetensi petugas analis difaskes masih banyak yang belum dilatih untuk pemeriksaan mikroskopis	Workshop Petugas analis tentang pemeriksaan LQAS (Lot Quality Assurance Sampling) dan teknik efektif mengeluarkan dahak dengan melibatkan lab swasta	Dinkes (P2P)	Faskes	Donor		√	√	√	√	√
Kelebihan beban kerja petugas laborat	Melakukan analisa beban kerja	Faskes	Dinkes	No Cost	√	√	√	√	√	√
Tindak lanjut belum semua dilaksanakan sesuai jadwal	Melakukan pertemuan jejaring internal ketertiban petugas dalam mencatat jadwal pemeriksaan (follow up) dahak berikutnya	Faskes	Dinkes	APBD		√	√	√	√	√

	Tenaga analis terlatih di RUS (Rujukan Uji Silang) 1 kurang		Pengusulan penambahan tenaga analis terlatih di RUS (Rujukan Uji Silang) 1 berdasarkan analisa beban kerja	Faskes	Dinkes Provinsi	No Cost	√	√	√	√	√
	Sarana Prasana										
	Ketersediaan alat untuk induksi sputum, masker oksigen masih kurang		Pengadaan alat induksi sputum dan masker oksigen untuk setiap puskesmas	Dinkes	Bappeda	APBD		√	√	√	√
	Kondisi mikroskope di beberapa tempat faskes sudah tidak memadai		Pengadaan dan pelatihan pemeliharaan alat mikroskop	Dinkes	Balai Diklat, Faskes & bappeda	APBD	√	√	-	-	-
	Belum tersedia minyak emersi		Permohonan ke suprasistem (dinkes provinsi) untuk pengusulan minyak emersi	Dinkes (P2P)	Faskes, Dinkes provinsi	No Cost	√	√	√	√	√
	Pemanfaatan TCM (Tes Molukduler Cepat) masih dibawah standar: 23% (dua puluh tiga persen) Target 80% (delapan puluh persen)		Melaksanakan pengiriman specimen dahak sesuai dengan 9 (sembilan) kriteria suspect TB RO	Dinkes (P2P)	Faskes,	Donor	√	√	√	√	√
	Jumlah cartridge yang tersedia masih kurang		Pengadaan dan realokasi cartridge	Faskes	Dinkes	APBD Provinsi	√	√	√	√	√
	Belum semua puskesmas memiliki sputum booth		Pembangunan dan penempatan sputum booth pada puskesmas	Faskes	Dinkes	APBD		√	-	-	-
	Poster tentang teknik pengeluaran dahak yang efektif belum ada		Pengadaan poster teknik pengeluaran dahak	Faskes	Dinkes	No Cost	√	√	√	√	√

Blaya											
	Belum adanya alokasi anggaran untuk pengadaan alat induksi sputum mikroskop		Pengajuan anggaran pengadaan alat induksi sputum mikroskop	Dinkes	Bappeda	No Cost	√	√	√	√	√
Manajemen											
	Belum semua faskes PPM (Puskemas Pelaksana Mandiri) dan PRM (Puskemas Rujukan Mikroskopis) melakukan uji silang		Melakukan monitoring Penegakan SOP Uji Silang	Dinkes	Faskes	No Cost	√	√	√	√	√
	Penyusunan rencana kegiatan tahunan belum disesuaikan dengan jumlah tenaga yang ada		Sinkronisasi kegiatan dengan jumlah tenaga	Faskes	Dinkes, BKD	No Cost	√	√	√	√	√
	Asistensi teknis yang dilakukan oleh RUS 1 (Rujukan Uji Silang 1) frekuensinya masih kurang		Melakukan Bintek/Supervisi untuk Peningkatan Asistensi teknis	Faskes	Dinkes, Lembaga Mitra	APBD		√	√	√	√
	Quality control terhadap reagen ZN masih kurang		Peningkatan quality control terhadap reagen ZN	Dinkes	Dinkes, Faskes	No Cost	√	√	√	√	√

Strategi 3: Pengendalian faktor risiko RAD TB Kota Semarang

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Kegiatan	Pelaksana		Sumber pendanaan	Tahun				
				Lead	Pendukung		2017	2018	2019	2020	2021
Faktor Risiko penularan TB masih ada	Kesadaran/kepatuhan dalam penggunaan masker masih rendah : mengakibatkan penularan kasus di masyarakat	Pengendalian Faktor Risiko	Melakukan kegiatan penyuluhan PHBS (TB) sebanyak 30 (tiga puluh) kegiatan di 16 (enam belas) Kecamatan, yang diikuti 25 (dua puluh lima) orang peserta	Dinkes (P2PKL)	Ormas, LSM, PKK	APBD		√	√	√	√
	Kurang pengetahuan tentang penyakit TB dan penularannya		Melaksanakan Workshop ttg PPI selama satu hari yang diikuti oleh 20 (dua puluh) orang Petugas TB dari Puskesmas	Dinkes (P2P)	Faskes, Ormas, LSM	APBD		√	√	√	√
	Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TB di tempat-tempat khusus (lapas / rutan, dsb) yang belum optimal		Melakukan Sosialisasi pelaksanaan PPI TB kepada pihak-pihak terkait, sebanyak 3 (tiga) kali kegiatan yang diikuti 20 (dua puluh) orang peserta selama 1 (satu) hari	Dinkes(P2P)	Lapas	APBD		√	√	√	√

	Cakupan vaksinasi BCG cukup tinggi tapi jumlah kasus TB meningkat		Pengumpulan Kasus TB Anak di RS	Dinkes (Yankes & P2P)	Ormas, LSM, PKK	No Budget	√	√	√	√

Strategi 4 : Peningkatan Kemitraan TB melalui Forum Koordinasi TB RAD TB Kota Semarang

Isu strategis	Analisa Masalah	Strategi	Kegiatan	Pelaksana		Sumber pendanaan	Tahun			
				Lead	Pendukung		2017	2018	2019	2020
Jejaring Pelayanan TB belum berjalan secara maksimal	PPM (Public Private Mix) yang dibentuk belum berjalan secara baik	Peningkatan Kemitraan Melalui Forum Koordinasi TB	Melakukan revitalisasi PPM							
			a. Melaksanakan Lokakarya satu hari tentang Pembentukan PPM di tingkat Kota yang diikuti oleh 25 (dua puluh lima) orang peserta dari stakeholder pemerintah dan non pemerintah	Dinkes (P2P)	Forum Kota Sehat, LSM, Ormas	APBD		√	√	√
			b. Melaksanakan Lokakarya untuk Pengembangan Manajemen PPM di tingkat kecamatan sekali dalam setahun diikuti 30 (tiga puluh) orang peserta	Dinkes (P2P)	Forum Kota Sehat, LSM, Ormas	APBD		√	√	√
			c. Melaksanakan Workshop sehari yang diikuti oleh 25 (dua puluh lima) orang Pengurus PPM dan Puskesmas terpilih di Kota Semarang untuk peningkatan kapasitas dalam melakukan pendampingan dan penapisan	Dinkes (P2P)	Forum Kota Sehat, LSM, Ormas	APBD		√	√	√

		d. Melakukan Lokakarya revitalisasi (pengaktifan kembali forum PPM) sehari, di 3 Kecamatan terpilih dengan dihadiri 25 (dua puluh lima) orang peserta dari para pengurus PPM di setiap Kecamatan terpilih	Dinkes (P2P)	Forum Kota Sehat, LSM, Ormas	APBD		√	√	√
		e. Melaksanakan pertemuan rutin PPM, 3 (tiga) bulan sekali, dihadiri 15 (lima belas) orang peserta	Dinkes (P2P)	Forum Kota Sehat, LSM, Ormas	APBD		√	√	√
	Lemah dalam melakukan monitoring pasien baik yang pindah maupun yang drop out	Membangun jejaring dengan berbagai pihak pemerintah dan non pemerintah:	Dinkes (P2P)	Kecamatan/Kelurahan/RT/RW					
		a. Melaksanakan pertemuan sehari untuk menyusun MoU dengan lintas sektor (industri, Perusahaan, Rutan/Lapas, Panti Asuhan, pesantren, panti wreda, asrama kepolisian, dinas pasar) yang diikuti sebanyak 30 (tiga puluh) orang peserta. Tahun berikutnya melakukan review atas MoU tersebut	Dinkes (P2P)	OPD terkait	APBD		√	√	√

			b. Melakukan pertemuan sehari dalam 2 (dua) kali dalam setahun dengan para pihak di lingkungan basis (Kecamatan/Kelurahan/RT/RW), yang akan diikuti 50 orang peserta	Dinkes (P2P)	Kecamatan/RW/RT	APBD	√	√	√
			c. Melaksanakan kegiatan Skrining rutin (skrining massal tiap 6 (enam) bulan dan setiap waktu menemukan kasus). Skrining direncanakan akan melibatkan 10 (sepuluh) orang petugas dari unsur Dinas Kesehatan, Dokter Puskesmas, Perawat, Petugas Lab, dan Operator Rontgen. Diharapkan dalam kegiatan ini dapat menghasilkan 200 (dua ratus) orang dalam dua kali kegiatan	Dinkes (P2P)	Pondok Pesantren/Asrama TNI/Polri	APBD	√	√	√
	Organisasi Profesi belum dilibatkan dalam penanganan penyakit TB		Melakukan pertemuan dengan organisasi profesi seperti PPNI, IDI, IBI	Dinkes (P2P)	Organisasi Profesi	APBD			
			a. Melaksanakan workshop sehari mewujudkan Program one nurse one patient (PPNI). Kegiatan ini akan diikuti oleh 30 (tiga puluh orang) orang pengurus PPNI di Kota Semarang dan utusan Sekolah Tinggi Kesehatan	Dinkes (P2P)	Organisasi Profesi	APBD	√	√	√

		b. Melaksanakan Pertemuan rutin sehari, 3 (tiga) kali dalam setahun dengan 30 (tiga puluh) orang Dokter praktek swasta	Dinkes (P2P)	IDI Kota Semarang	APBD	√	√	√
Belum optimalnya keterlibatan perguruan tinggi khususnya kesehatan dalam melakukan riset/pencelitian tentang TB		Melaksanakan pertemuan dua kali dalam setahun dengan organisasi Profesi yang bersedia melakukan kerjasama dalam Penanggulangan TB di Kota Semarang. Pertemuan ini akan berlangsung selama sehari direncanakan akan diikuti 25 (dua puluh lima) orang	Dinkes (P2P)	Organisasi Profesi	APBD	√	√	√
		Melakukan pertemuan 2 (dua) kali dalam setahun dengan para pengelola Perguruan Tinggi. Pertemuan akan berlangsung selama sehari dengan peserta sebanyak 25 (dua puluh lima) orang utusan dari Perguruan Tinggi negeri/Swasta dan Kesehatan serta Agama. Diharapkan pertemuan ini akan menghasilkan kesepakatan kesepakatan pemeriksaan mahasiswa, penelitian, integrasi kurikulum TB dan pengabdian masyarakat	Dinkes (P2P)	Perguruan Tinggi	APBD	√	√	√

Strategi 5. Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Penanggulangan TB RAD TB Kota Semarang

Isu strategis	Analisa Masalah	Strategi	Kegiatan	Pelaksana		Sumber pendanaan	Tahun				
				Lead	Pendukung		2017	2018	2019	2020	2021
Peran Organisasi Masyarakat Sipil (CSO) dalam penanggulangan TB masih rendah	Belum dipahaminya masalah TB adalah masalah Kesehatan masyarakat	Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Penanggulangan TB	Membentuk Kelompok Masyarakat Peduli TB di dua Kecamatan terpilih di Kota Semarang	Dinkes (P2PKL)	Ormas, LSM	APBD					
			a. Mengadakan workshop sehari untuk membentuk komunitas peduli TB di dua Kecamatan terpilih. Kegiatan ini diikuti @ 25 (dua puluh lima) orang peserta di setiap Kecamatan	Dinkes (P2PL)	Ormas LSM	APBD		√		√	

✓ ↗

			<p>b. Mengadakan Pelatihan kader TB selama tiga hari untuk Komunitas Peduli TB di dua Kecamatan terpilih yang akan diikuti @ 25 (dua puluh lima) orang per Kecamatan yang terpilih. Pelatihan bertujuan untuk peningkatan kapasitas kader dalam melakukan tugasnya menjadi pendamping, mencari suspect TB dan PMO (Pengawas Menelan Obat)</p>	Dinkes (P2PL)	Ormas LSM	APBD			√	√		
			<p>c. Melaksanakan penyuluhan rutin oleh para kader TB Komunitas Peduli TB di dua Kecamatan terpilih yang akan diikuti @ 25 (dua puluh lima) orang per Kecamatan yang terpilih, dalam setahun 10 (sepuluh) kali pertemuan</p>	Dinkes (P2PL)	Ormas LSM	APBD			√	√	√	√
			<p>d. Mencetak media KIE untuk Komunitas Peduli TB sebagai alat untuk melaksanakan tugas, diantaranya Tas, kaos, payung, Flip Chart TB sebanyak 50 unit</p>	Dinkes (P2PL)	Ormas LSM	APBD			√		√	

Keterbatasan CSO dalam hal manajemen dan pendanaan untuk penanggulangan TB	Pelatihan Manajemen CSO (Civil Society Organization) yang profesional dan Mandiri. Pelatihan dilaksanakan 3 hari diikuti 30 orang CSO, dengan tujuan, agar para CSO dapat menjadi lembaga yang profesional dan mandiri	Dinkes (P2PKL)	Ormas, LSM & CSR	APBD			√			
	Rekrutmen Kader & Peer Edukator, sebanyak 20 (dua puluh) orang di Kota Semarang	Dinkes (P2PKL)	Ormas LSM & CSR	No Cost						
	Melakukan Pelatihan Kader/PE, selama 3 (tiga) hari yang diikuti 20 (dua puluh) orang peserta PE	Dinkes (P2PKL)	Ormas LSM & CSR	APBD			√	√	√	
	Melakukan Pengadaan Media KIE, untuk mendukung tugas PE, yaitu berupa tas, payung, Flip Chart penanggulangan TB, dan Kaos. Jumlahnya 20 (dua puluh) unit	Dinkes (P2PKL)	Ormas LSM & CSR	CSR			√	√	√	
	Mengadakan Dukungan Transport untuk kader/PE, 20 (dua puluh) orang. Setahun setiap anggota PE dapat mengunjungi 4 orang penderita TB	Dinkes (P2P)	Ormas LSM & CSR	APBD			√	√	√	
Terbatasnya kader/peer edukator penyakit TB										

			Pertemuan Evaluasi Kader Komunitas Peduli TB. Dalam setahun pertemuan Evaluasi dilakukan dua kali dan dihadiri 25 (dua puluh lima) orang kader Komunitas Peduli TB					√	√	√
						APBD				



Strategi.6 Penguatan Manajemen Program Melalui Penguatan Sistem Kesehatan RAD TB Kota Semarang

Isu strategis	Analisa Masalah	Strategi	Kegiatan	Pelaksana		Sumber pendanaan	Tahun			
				Lead	Pendukung		2017	2018	2019	2020
Masih adanya kelemahan dalam sistem manajemen program	Belum adanya panduan/juknis tentang manajemen penemuan kasus TB	Penguatan Sistem Manajemen Kesehatan	Melakukan satu kali kegiatan assesment awal faktor-faktor penghambat pelaksanaan penemuan kasus TB di Kota Semarang	Dinkes (P2P)	LSM, Ormas	APBD		√		√
			Melaksanakan Workshop Penyusunan Buku Panduan Manajemen Penemuan Kasus TB, selama 2 (dua) hari, diikuti oleh 25 (dua puluh lima) orang peserta dari organisasi profesi, Ormas, LSM TB, Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan	Dinkes (P2P)	LSM, Ormas	APBD		√		
			Mengumpulkan data TB di seluruh indikator (utama dan operasional)	Dinkes (P2P)	Faskes	No Budget	√	√	√	√
	Melakukan Kegiatan Workshop yang diikuti 25 (dua puluh lima) orang Pengelola TB selama 2 hari untuk melakukan analisa data terkait dengan pengambilan keputusan		Dinkes (P2P)	Faskes	APBD		√			
	Melakukan pemetaan surveilans di tiap tingkatan di Kota Semarang		Dinkes (Yankes)	Faskes, Organisasi Profesi	APBD		√		√	
	Pengelolaan Data TB masih lemah untuk pengambilan keputusan									
	Belum adanya petunjuk teknis surveilans TB									

			Melakukan workshop selama 1(satu) hari yang diikuti oleh 30 (tiga puluh) orang peserta dari dinkes, faskes, organisasi profesi, LSM dll tentang hasil pemetaan surveilans	Dinkes (Yankes)	Faskes, Organisasi Profesi	APBD		√		√
			Melakukan penyusunan petunjuk teknis surveilans TB	Dinkes (Yankes)	Faskes, Organisasi Profesi	APBD		√		

VI. PEMBIAYAAN DAN PENGANGGARAN

Prinsip Pembiayaan Program Penanggulangan TB mengikuti kaidah kaidah yang berlaku dalam sistem pembiayaan kesehatan lainnya. Pembiayaan kesehatan menurut WHO adalah sekumpulan dana dan penggunaannya untuk membiayai kegiatan kesehatan yang dilakukan secara langsung serta memiliki tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pembiayaan kesehatan sesuai Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009, bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

A. Sumber Pembiayaan

Pembiayaan kegiatan program nasional penanggulangan TB berasal dari berbagai sumber.

Diantaranya yang terpenting adalah sebagai berikut :

1. APBN (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara)

Alokasi pembiayaan dari APBN digunakan untuk membiayai pelaksanaan kegiatan program TB nasional, namun dalam upaya meningkatkan kualitas program di daerah, Kementerian Kesehatan melimpahkan kewenangan untuk mengelola dana APBN dengan melibatkan pemerintah daerah dengan mekanisme sebagai berikut:

- a. Dana dekosentrasi (dekon) yaitu dana dari pemerintah pusat (APBN) yang diberikan kepada pemerintah daerah sebagai instansi vertikal yang digunakan sesuai dengan ungsi, digunakan untuk memperkuat jejaring kemitraan di daerah melalui lintas program dan lintas sektor, meningkatkan monitoring dan evaluasi program pengendalian TB di kabupaten/kota melalui pembinaan teknis, meningkatkan kompetensi petugas TB melalui pelatihan tatalaksana program TB.
- b. Dana alokasi khusus (DAK) bidang kesehatan adalah dana perimbangan yang ditujukan untuk menciptakan keseimbangan keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam Pembangunan Kesehatan di Daerah. Dana ini diserahkan kepada daerah melalui pemerintah daerah kabupaten/kota untuk menyediakan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan seperti alat

dan bahan penunjang di laboratorium dalam rangka diagnosis TB dan perbaikan infrastruktur di kabupaten/kota termasuk gudang obat,

- c. Bantuan operasional kesehatan (BOK) diserahkan kepada fasilitas pelayanan kesehatan untuk membiayai operasional petugas, dan dapat digunakan sebagai transport petugas fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka pelacakan kasus yang mangkir TB, pencarian kontak TB

2. APBD

Alokasi pembiayaan dari APBD digunakan untuk membiayai pelaksanaan kegiatan program TB di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota, khususnya dalam pemenuhan pembiayaan kegiatan untuk pencapaian Standard Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan, berdasarkan tugas, pokok dan fungsi dari pemerintah daerah.

3. Jaminan Kesehatan

Pembiayaan pelayanan kesehatan pada pasien TB peserta jaminan kesehatan dibiayai melalui mekanisme Jaminan Kesehatan Nasional.

4. Swasta

Dalam upaya keberlanjutan penanggulangan TB, perlu dibangun upaya bersama dengan sektor swasta, tidak hanya dalam hal memberikan layanan (PPM, Public Private Mixed Services), tapi juga dalam hal pembiayaan. Pembiayaan dari sektor swasta ini dapat dilakukan baik perseorangan (out of pocket expenses) maupun melalui institusi berupa dukungan dari dana pertanggung jawaban sosial perusahaan (corporate social responsibility).

5. Dana hibah

Disamping dana dari pemerintah dan swasta, kegiatan penanggulangan TB di nasional, provinsi dan kabupaten/kota dapat dibiayai oleh bantuan hibah yang diselenggarakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

- B. Jumlah kebutuhan pembiayaan program penanggulangan TB 2017 - 2021
Jumlah kebutuhan dana untuk penanggulangan program TB selama kurun waktu 2016-2017 disusun dengan kerangka ringkas sebagai berikut; dilakukan hasil evaluasi pelaksanaan kegiatan dan hasil kegiatan sampai

dengan tahun 2015, yang digunakan untuk reformulasi strategi penanggulangan. Selanjutnya disusun rencana kegiatan berdasar strategi baru tersebut dengan pengembangan dan peningkatan kegiatan yang berpatokan pada target yang telah diperhitungkan untuk dapat menghambat epidemi dan mencapai eliminasi TB. Kalkulasi kebutuhan dana dihitung berdasar kebutuhan untuk pelaksanaan program dengan memperhitungkan pengembangan dan peningkatan dengan tetap mempertahankan kualitas program dan angka keberhasilan pengobatan. Selanjutnya dilakukan identifikasi sumber dana yang akan digunakan untuk pembiayaan implementasi strategi penanggulangan tersebut. Identifikasi sumber dana ini dilakukan dengan dasar aturan yang berlaku, perimbangan pembiayaan pusat dan daerah, asumsi asumsi dasar pembiayaan dan informasi kemungkinan persetujuan dana dari GFATM (Global Fund AIDS Tuberculosis and Malaria) dan donor yang mendukung program lainnya. Garis besar perkiraan jumlah dana yang dibutuhkan pertahun beserta dengan alternatif sumber pembiayaannya digambarkan sebagaimana tabel dibawah ini.

Kebutuhan budget RAD TB Kota Semarang 2017-2021

Strategi	Tahun 2017	Tahun 2018	Tahun 2019	Tahun 2020	Tahun 2021	Total
1	59.100.000	167.000.000	73.630.000	49.324.000	270.296.400	619.350.000
2		11.387.288.436	9.280.842.678	9.936.193.897	10.648.432.429	41.252.757.440
3	-	105.795.000	115.978.756	127.576.350	140.333.785	489.683.635
4	-	208.860.450	228.860.450	251.772.705	276.967.974	965.680.629
5	-	378.320.000	251.811.250	391.217.375	304.931.112	1.326.279.737
6	-	219.675.000	-	141.250.000	-	360.925.000
Total	59.100.000	12.466.157.936	9.951.122.878	10.879.334.327	11.640.961.700	45.014.676.841

Sedangkan jika dilihat dari sumber pendanaan, dana sebesar Rp 45.014.676.841 (Empat puluh lima milyar empat belas juta enam ratus tujuh puluh enam ribu delapan ratus empat puluh satu rupiah) diharapkan bersumber pada :

1. Mitra Donor Internasional : Rp 44.778.506.186
2. APBD : Rp 236.069.655

a ↗

VII. MONITORING & EVALUASI RENCANA AKSI DAERAH TB
KOTA SEMARANG

A. Monitoring/Pemantauan

Monitoring atau pemantauan adalah pengumpulan dan analisis data program yang dilaksanakan secara rutin, khususnya pada kegiatan implementasi program. Pengumpulan data ini berlangsung terus menerus, bisa harian, mingguan, bulanan, triwulanan, semesteran atau tahunan tergantung pada jenis data yang dikumpulkan. Pemantauan dilakukan dengan membandingkan hasil dengan target yang telah ditetapkan agar kita dapat mengetahui apakah kita telah melaksanakan kegiatan sesuai dengan yang kita rencanakan? Dengan demikian, monitoring dapat memberikan peringatan dini apabila timbul masalah ditengah implementasi program, agar dapat segera dilakukan tindakan koreksi.

Monitoring bisa dilakukan dengan mengamati laporan yang masuk, baik dalam hal kualitas laporan dari kelengkapan, ketepatan waktu dan akurasi; maupun isi laporan tersebut yang menggambarkan hasil kegiatan program di lapangan. Monitoring bisa juga dilakukan dengan melakukan observasi dengan kunjungan ke lapangan.

B. Evaluasi

Evaluasi memberikan informasi spesifik tentang kinerja, merupakan analisis mendalam yang menunjukkan apakah kita akan melanjutkan dengan kinerja seperti sekarang, atautkah harus ditingkatkan. Evaluasi dilakukan lebih jarang, dan memberikan informasi tentang seberapa efektifnya kegiatan yang telah dilaksanakan.

Kadang-kadang monitoring juga bisa membawa kita ke evaluasi. Beberapa kegunaan evaluasi yang efektif adalah untuk membantu kita memahami apa yang sedang terjadi karena kadang-kadang data rutin menunjukkan kecenderungan yang kita tidak bisa mengartikan dengan baik. Untuk itulah kita sebaiknya melakukan evaluasi yang efektif.

C. Pengukuran Hasil Kegiatan

1. Indikator

a. Indikator Dampak

- 1) Angka Kesakitan
- 2) Angka Kematian

b. Indikator Utama

- 1) Cakupan Pengobatan semua kasus TB
- 2) Angka notifikasi semua kasus TB
- 3) Angka keberhasilan pengobatan semua kasus TB
- 4) Cakupan penemuan kasus TB resintan obat

- 5) Angka keberhasilan pengobatan kasus TB RO (Resisten Obat)
- 6) Persentase pasien TB yang mengetahui status HIV nya

c. Indikator operasional

- 1) Persentase kasus pengobatan ulang TB yang diperiksa uji kepekaan obat dengan TCM (Tes Cepat Molukuker) atau metoda konvensional
- 2) Persentase kasus TB resistan obat yang memulai pengobatan lini kedua
- 3) Persentase pasien TB-HIV yang mendapatkan ARV (Anti Retro Viral) selama pengobatan TB
- 4) Persentase laboratorium mikroskopik yang mengikuti uji silang
- 5) Persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti uji silang dengan hasil baik
- 6) Cakupan penemuan kasus TB anak
- 7) Jumlah kasus TB yang ditemukan di Populasi Khusus (Lapas/Rutan, Asrama, Tempat Kerja, Institusi Pendidikan, Tempat Pengungsian)
- 8) Cakupan anak berusia < 5 tahun (kurang dari lima tahun) yang mendapat Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP-INH)
- 9) Persentase kasus TB yang ditemukan dan dirujuk oleh masyarakat atau organisasi kemasyarakatan

Kegiatan Monitoring dan Evaluasi ini dilakukan oleh Tim yang dibentuk oleh Walikota Semarang dan dilakukan dalam waktu setahun sekali, dan hasil dari Monitoring & Evaluasi dilaporkan kepada Walikota Semarang.

VIII PENUTUP

Rencana Aksi Daerah TB (RAD TB) ini merupakan salah satu upaya Pemerintah Kota Semarang untuk memastikan bahwa seluruh pihak baik pemerintah dan non pemerintah dapat berkontribusi dalam Penanggulangan TB di Kota Semarang. Selain itu RAD TB juga merupakan dokumen dinamis yang salah satu isinya memastikan adanya dukungan dalam penganggaran dan pembiayaan.

WALIKOTA SEMARANG



HENDRAR PRIHADI

X 