



**BUPATI MOJOKERTO
PROVINSI JAWA TIMUR
PERATURAN BUPATI MOJOKERTO
NOMOR 18 TAHUN 2019
TENTANG**

**RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS
KABUPATEN MOJOKERTO TAHUN 2019-2023**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI MOJOKERTO,

Menimbang : bahwa dalam rangka melaksanakan ketentuan Pasal 4 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, perlu Menetapkan Peraturan Bupati Tentang Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkulosis Kabupaten Mojokerto Tahun 2019 – 2023.

Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah–Daerah Kabupaten Mojokerto / Kota Dalam Lingkungan Provinsi Jawa Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 9) sebagaimana telah diubah dengan Undang–undang Nomor 2 Tahun 1965 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);

2. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3273);

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);

4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
5. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
6. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
7. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
8. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005 - 2025 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 33, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4700);
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
10. 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 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
11. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);

12. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991, Tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (Lembar Negara Tahun 1991 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3447);
13. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkungan (Lembar Negara Republik Indonesia tahun 2014 Nomor 184, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);
14. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5542);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5887);
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1755);
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1475);
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 122);
19. Peraturan Daerah Kabupaten Mojokerto Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Mojokerto (Lembaran Daerah Kabupaten Mojokerto Tahun 2016 Nomor 5);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN TUBERKOLOSIS KABUPATEN MOJOKERTO TAHUN 2019-2023.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Bupati adalah Bupati Mojokerto.
2. Daerah adalah Kabupaten Mojokerto.
3. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
4. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Mojokerto.
5. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu kepala daerah dan DPRD dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
6. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah yang selanjutnya disebut Bappeda adalah Bappeda Kabupaten Mojokerto.
7. Inspektorat adalah Inspektorat Kabupaten Mojokerto.
8. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto.
9. Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat TB adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang paru dan organ lainnya.
10. 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.

11. Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkulosis yang selanjutnya disebut RAD Penanggulangan TB adalah dokumen operasional kebijakan daerah jangka menengah dalam rangka penanggulangan TB yang menerapkan pendekatan berbasis masyarakat dan pendekatan kelembagaan dalam rangka mendukung eliminasi TB pada tahun 2035 dan pencapaian program pembangunan berkelanjutan/ *sustainable development goals* (SDG).
12. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, yang selanjutnya disingkat SPM Bidang Kesehatan merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
13. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Mojokerto.

BAB II

PERAN DAN FUNGSI

Pasal 2

RAD Penanggulangan TB Kabupaten Mojokerto Tahun 2019-2023 berperan sebagai rencana pengembangan kapasitas daerah untuk perluasan program penanggulangan TB dan penyehatan lingkungan dalam rangka mendukung program percepatan eliminasi TB Tahun 2035.

Pasal 3

RAD Penanggulangan TB Kabupaten Mojokerto Tahun 2019-2023 berfungsi sebagai:

- a. instrumen kebijakan pengembangan program penanggulangan TB daerah jangka menengah;

- b. rencana peningkatan kinerja penanggulangan TB di Kabupaten Mojokerto;
- c. media internalisasi program atau kegiatan ke dalam program atau kegiatan perangkat daerah yang terkait; dan
- d. acuan pengalokasian anggaran APBD bagi program-program peningkatan kinerja penanggulangan TB.

BAB III SISTEMATIKA

Pasal 4

- (1) RAD Penanggulangan TB Kabupaten Mojokerto Tahun 2019-2023 disusun dengan sistematika sebagai berikut :
 - a. Bab I Pendahuluan
 - b. Bab II Analisa Situasi
 - c. Bab III Isu Strategis
 - d. Bab IV Indikator Kinerja
 - e. Bab V Strategi
 - f. Bab VI Pembiayaan
 - g. Bab VII Penutup
- (2) RAD Penanggulangan TB Kabupaten Mojokerto Tahun 2019-2023 sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV PENDANAAN

Pasal 5

Pendanaan RAD penanggulangan TB Kabupaten Mojokerto Tahun 2019-2023 dibebankan pada APBN, APBD Provinsi Jawa Timur, APBD Kabupaten Mojokerto, dan/atau sumber dana lainnya yang sah dan tidak mengikat sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang –undangan

BAB V
PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pasal 6

- (1) Pemantauan dan Evaluasi RAD Penanggulangan TB Kabupaten Mojokerto Tahun 2019-2023 dilaksanakan oleh Tim Teknis.
- (2) Tim Teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

BAB VI
PENUTUP


Pasal 7

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di MOJOKERTO
pada tanggal 1 APRIL 2019

WAKIL BUPATI MOJOKERTO,



PUNGKASIADI

Diundangkan di Mojokerto
pada Tanggal 1 APRIL 2019

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN MOJOKERTO



HERRY SUWITO

LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI MOJOKERTO
NOMOR : 18 TAHUN 2019
TANGGAL : 1 APRIL 2019

**RAD PENANGGULANGAN TBC
KABUPATEN MOJOKERTO TAHUN 2019-2023**

**BAB I
PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang

Indonesia masih menghadapi tantangan besar dalam penanggulangan dan pengendalian TBC. Meningkatnya kasus TBC MDR, TBC HIV, TBC DM, TBC pada anak dan masyarakat rentan lainnya menjadi beban berat bagi program kesehatan masyarakat di Indonesia. Survei Prevalensi Nasional (SPN) TBC 2013-2014 memperkirakan prevalensi TBC sebesar 660/100.000, berarti perkiraan penderita TBC yang ada di masyarakat saat ini 660 pasien dari 100.000 penduduk, sedangkan prevalensi di Provinsi di Jawa Timur sebesar 316/100.000 penduduk. Angka tersebut menekankan bahwa persoalan penanggulangan dan pengendalian TBC di Indonesia sangat memerlukan upaya serius dan berkelanjutan.

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

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

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

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

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

Penduduk Kabupaten Mojokerto saat ini berjumlah 1.026.101 jiwa, maka perkiraan jumlah kasus TBC di Kabupaten Mojokerto adalah sebesar 3.242 kasus (seluruh kasus). Pada tahun 2015 ditemukan 846 kasus dan hal ini tentunya masih sangat jauh dari perkiraan jumlah kasus TBC di Kabupaten Mojokerto yakni sebesar 3.242 kasus, artinya masih terdapat 2.396 kasus TBC yang belum ditemukan. Oleh karena itu tentunya Program Pengendalian TBC di Kabupaten Mojokerto masih memerlukan banyak upaya peningkatan penemuan suspek dan penderita TBC.

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

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

dapat diwujudkan melalui penyusunan RAD pengendalian TBC di Kabupaten Mojokerto Tahun 2017-2022.

1.2 Maksud, Tujuan dan Fungsi RAD Pengendalian TBC

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

- 1) RAD Penanggulangan TBC bertujuan untuk:
 - a. memberikan acuan dan pedoman bagi pemerintah daerah dan pihak terkait lainnya untuk meningkatkan komitmen dan kepemimpinan dalam upaya Penanggulangan TBC.
 - b. memberikan acuan dalam membuat perencanaan dan penganggaran terkait Penanggulangan TBC.
 - c. memberikan acuan dalam menyusun regulasi terkait Penanggulangan TBC.
 - d. memberikan acuan untuk melakukan koordinasi perencanaan, pelaksanaan kegiatan, pemantauan dan evaluasi agar dicapai sinergi dalam upaya bersama meningkatkan penanggulangan TBC.
- 2) RAD Pengendalian TBC berfungsi sebagai:
 - a. pedoman bagi perangkat daerah terkait dalam upaya menuju eliminasi TBC 2035;
 - b. pedoman untuk memfasilitasi koordinasi dan integrasi program-program pelayanan publik yang terkait dengan upaya menuju eliminasi TBC 2035;
 - c. pedoman untuk mensinergikan berbagai upaya penanggulangan TBC antar perangkat daerah dan pihak terkait lainnya;
 - d. dokumen bagi masyarakat dan pihak-pihak lain yang berkepentingan untuk memantau pelaksanaan program Penanggulangan TBC di daerah.
- 3) RAD Penanggulangan TBC memiliki nilai strategis sebagai berikut:
 - a. penyelenggaraan pelayanan publik, termasuk didalamnya pelayanan kesehatan merupakan tugas utama pemerintah daerah. Penanggulangan TBC merupakan salah satu pelayanan kesehatan dasar yang telah ditetapkan menjadi SPM yang wajib dipenuhi oleh pemerintah daerah;
 - b. Strategi Penanggulangan TBC dalam RAD Penanggulangan TBC lebih banyak mengarah pada promosi, pencegahan dan perbaikan kualitas layanan;

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

1.3 Landasan Hukum dan Kebijakan RAD Penanggulangan TBC

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

1.3.1 Landasan Hukum dan Dasar Penyusunan RAD Penanggulangan TBC

Berdasarkan amanat Pasal 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, serta memperhatikan Surat Gubernur Jawa Timur Nomor 440/16234/031/2016 tanggal 13 Oktober 2016 perihal Penyusunan Rencana Aksi Daerah Tuberkulosis dan Surat Gubernur Jawa Timur Nomor 440/761/012.4/2017 tanggal 31 Januari 2017 perihal Dukungan dalam Upaya Pencegahan dan Pengendalian TBC, Pemerintah Daerah menyelenggarakan pelayanan dasar kesehatan. Bahwasanya Pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab menyelenggarakan Penanggulangan TBC. Maka dalam akselerasi percepatan pengendalian TBC harus menjadi dasar kebijakan yang nantinya akan menjadi pedoman bagi Pemerintah Daerah dalam melaksanakan segala kegiatan yang dilakukan oleh semua pemangku kepentingan. Dari IR Pemerintah Daerah Tahun 2016 adalah 316/100.000 penduduk berarti seharusnya kasus yang ada 3.242 dan jika target nasional penemuan kasus minimal 70% artinya Kabupaten Mojokerto harus menemukan 2.269 kasus. Hal ini diharapkan dapat mempengaruhi percepatan eliminasi TBC di Kabupaten Mojokerto.

1.3.2 Kebijakan RAD Penanggulangan TBC

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

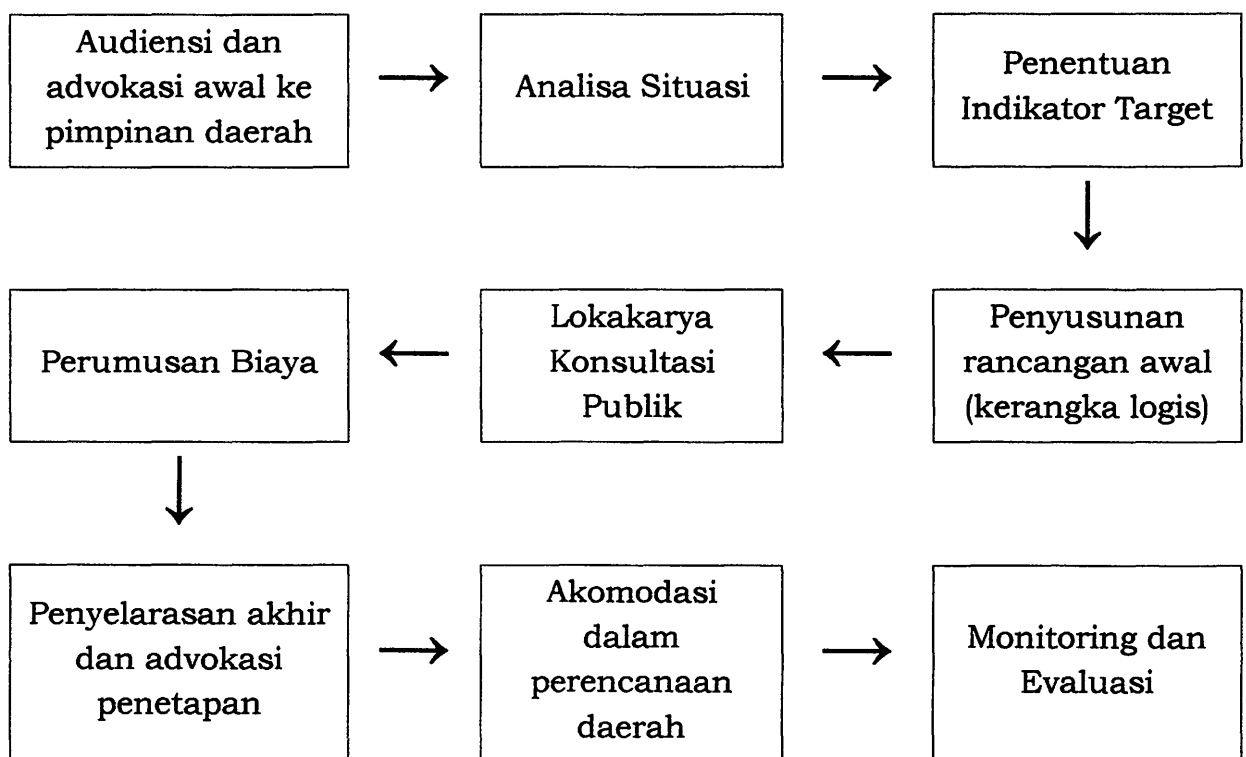
- a. penemuan penderita baru TBC seluruh kasus minimal 5% dari tahun yang lalu CNR.
- b. persentase angka konversi penderita baru minimal 80%.

- c. persentase kesembuhan penderita baru minimal 85%.
- d. adanya komitmen pemerintah dan swasta tentang program TBC dengan DOTS.
- e. meningkatkan kerjasama lintas program dan lintas sektor.
- f. mempersiapkan tenaga yang terlatih di semua unit pelayanan kesehatan.
- g. menyediakan kelengkapan sarana dan prasarana termasuk Obat yang berkesinambungan.
- h. meningkatkan dukungan serta peran serta aktif masyarakat dalam penemuan dan pengawasan minum obat pada penderita TBC.
- i. menyediakan sarana dan prasarana untuk program TBC seperti *sputum pot*, obat, reagen, *mantoux test*, slide, dan lain-lain.
- j. kenaikan CNR sebesar 5 % setiap tahun.

1.4 Proses Penyusunan RAD

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

Rangkaian proses penyusunan RAD Penanggulangan TBC Kabupaten Mojokerto dapat diketahui pada Gambar 1.1.



Gambar 1.1 Rangkaian Penanggulangan TBC Kabupaten Mojokerto

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

- 1) audiensi dan Advokasi awal ke Bupati telah dilaksanakan pada tanggal 29 Agustus 2018;
- 2) analisa Situasi dilaksanakan pada tanggal 12 Desember 2018;
- 3) pertemuan untuk menentukan Indikator dan Target dilaksanakan pada tanggal 12 Desember 2018;
- 4) penyusunan Rancangan Awal RAD untuk menghasilkan draft Kerangka Logis dilaksanakan pada tanggal 9 – 10 Januari 2019;
- 5) *Focused Group Discussion* (FGD) untuk memastikan program dan kegiatan yang menjadi tanggungjawab perangkat daerah dan unit kerja lain yang terlibat dilaksanakan pada bulan Maret 2019;
- 6) Lokakarya Konsultasi Publik dilaksanakan pada tanggal Maret 2019;
- 7) Perumusan pembiayaan dilaksanakan pada tanggal April 2019;
- 8) Penyelarasan akhir dan advokasi penetapan dilaksanakan pada bulan Agustus 2019;
- 9) Konsultasi Anggaran kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah dilaksanakan pada bulan Agustus 2019.

1.5 Daftar Istilah dan Singkatan

1. *Bacille Calmette Guerin*, yang selanjutnya disebut BCG adalah vaksin untuk tuberkulosis yang dibuat dari baksil tuberkulosis (*Mycobacterium bovis*) yang dilemahkan dengan dikulturkan di medium buatan selama bertahun-tahun.
2. *Case Notofication Rate*, yang selanjutnya disebut CNR adalah angka yang menunjukkan jumlah pasien baru yang ditemukan dan tercatat diantara 100.000 penduduk dalam suatu wilayah.
3. *Challenge Tuberculosis*, yang selanjutnya disebut C-TBC adalah organisasi nirlaba internasional yang secara khusus berfokus pada pengentasan tuberkulosis (TBC) di seluruh dunia dengan memperkuat sistem kesehatan dalam penanggulangan TBC di tingkat global dan lokal.
4. Dokter Praktik Mandiri, yang selanjutnya disebut DPM adalah dokter yang membuka praktik secara pribadi.
5. Fasilitas Pelayanan Kesehatan, yang selanjutnya disebut Fasyankes adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif oleh pemerintah, pemerintah daerah dan atau masyarakat.
6. *Human Immunodeficiency Virus*, yang selanjutnya disebut HIV adalah virus ini menyerang sistem kekebalan tubuh dan melemahkan kemampuan tubuh untuk melawan infeksi dan penyakit.
7. Indikator Kinerja Individu, yang selanjutnya disebut IKI adalah ukuran atau Indikator yang menginformasikan penilaian kerja seseorang.

daerah jangka menengah dalam rangka penanggulangan TBC yang menerapkan pendekatan berbasis masyarakat dan pendekatan kelembagaan dalam rangka mendukung eliminasi TBC pada tahun 2035 dan pencapaian program pembangunan berkelanjutan/*sustainable development goals* (SDG)

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

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

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

BAB II

ANALISA SITUASI

2.1 Situasi Umum Daerah

a. Geografi

Kabupaten Mojokerto terletak pada koordinat $111^{\circ}43'$ - $112^{\circ}07'$ Bujur Timur dan $7^{\circ}51'$ - $8^{\circ}18'$ Lintang Selatan, memiliki luas wilayah 1.055,65 Km². Berjarak 154 Km arah Barat Daya dari Kota Surabaya.

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

Adapun batas wilayahnya adalah sebagai berikut:

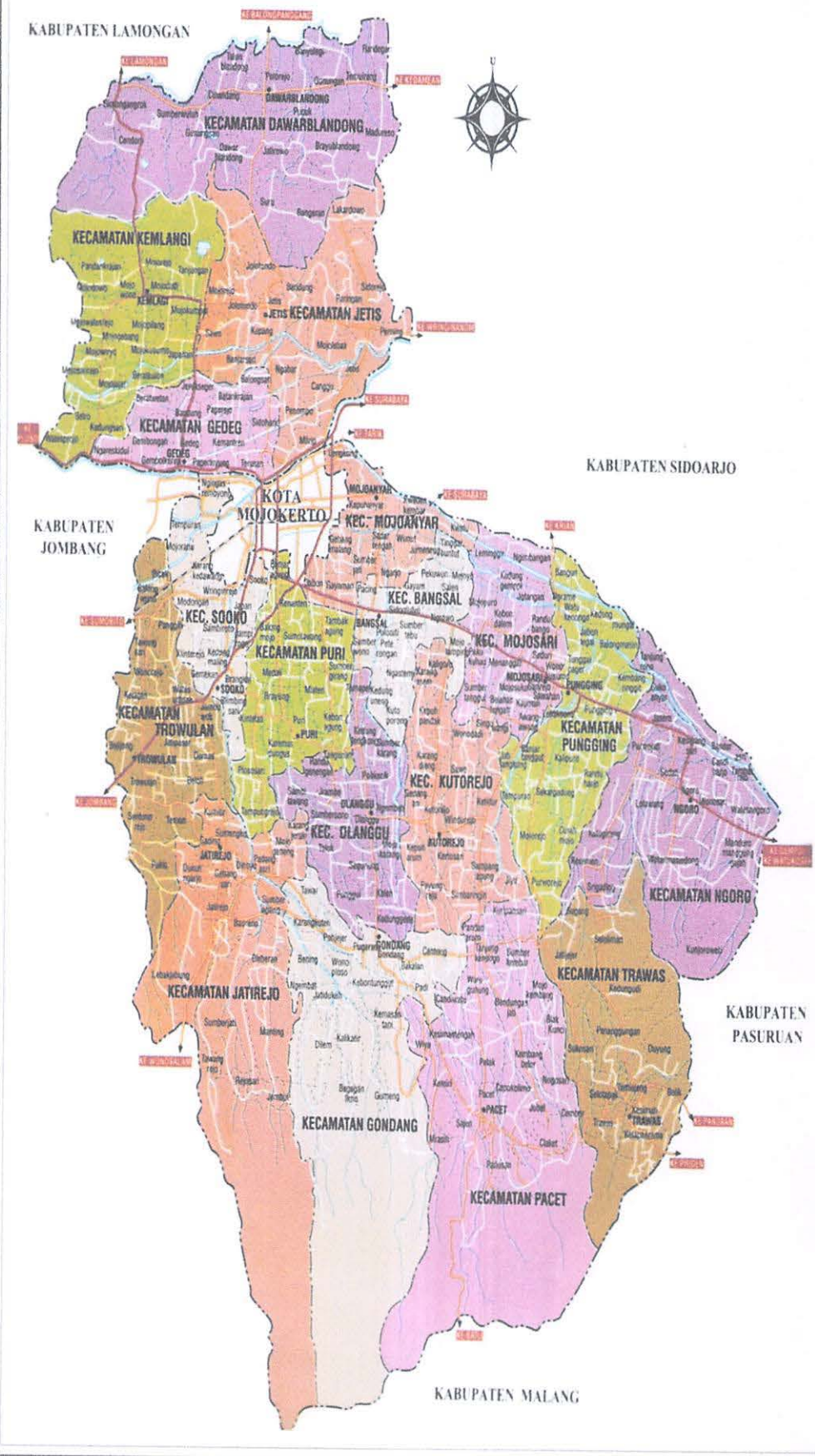
- Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Lamongan
- Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Sidoarjo
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Samudera Malang
- Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Jombang

Wilayah Kabupaten Mojokerto terdiri dari dataran rendah, Adapun secara garis besar dapat dibedakan sebagai berikut:

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

KABUPATEN MOJOKERTO

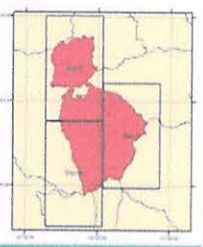
PETA BATAS ADMINISTRASI



PEMERINTAH KABUPATEN MOJOKERTO
 Jl. Ahmad Yani No. 16, Mojokerto
<http://mojokertokab.go.id>



- LEGENDA :**
- Pusat Pemerintahan**
 - Ibu kota Kabupaten
 - Ibu kota Kecamatan
 - Ibu kota Desa
 - Batas Administrasi**
 - Batas Kabupaten
 - Batas Kecamatan
 - Transportasi**
 - Jalan Tol Nasional
 - Jalan Arteri
 - Jalan Kolektor
 - Jalan Lokal
 - Jalan Kereta Api



SUMBER :
 1. Peta Rupa Bumi : BAKOSURTANAL 2010
 2. BPP Kabupaten Mojokerto 2010
 3. BAPPEDA Kabupaten Mojokerto 2010

SISTEM KOORDINAT : UTM Zone 49S
 PROJEKSI : Transverse Mercator
 DATUM : D WGS 1984

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

b. Demografi

Jumlah penduduk Kabupaten Mojokerto dicatat dari data Biro Pusat Statistik Kabupaten Mojokerto dalam 5 tahun terakhir (2015 – 2019) mengalami pertumbuhan rata-rata sebesar 0,56%. Angka pertumbuhan ini masih lebih rendah dibandingkan dengan laju pertumbuhan penduduk rata-rata di Provinsi Jawa Timur yang mencapai 0,71%.

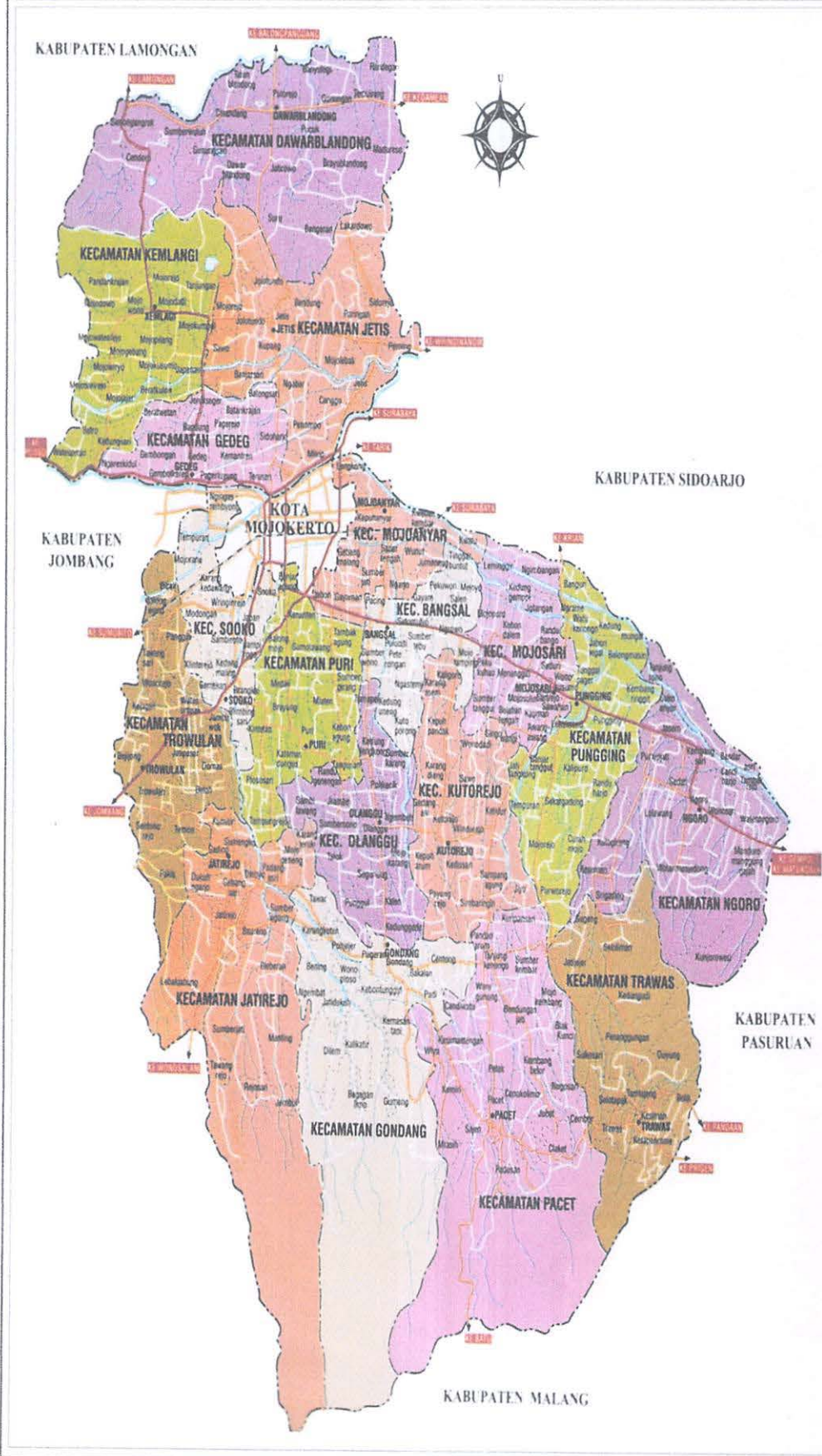
Tabel 2.1 Jumlah Penduduk Kabupaten Mojokerto Tahun 2011 - 2016

Tahun	Jumlah Penduduk	Laju Pertumbuhan
2015	1.080.389	0,60%
2016	1.080.389	0,47%
2017	1.080.389	0,65%
2018	1.108.718	0,51%
2019	1.117.688	0,48%

Usia produktif 24-55 tahun merupakan kelompok usia yang paling banyak kasus tuberkulosis di Kabupaten Mojokerto. Dari jumlah kasus TBC yang ditemukan pada Tahun 2016 sebanyak 980 kasus 55,2% didominasi kelompok usia ini. Dari data tersebut dapat disimpulkan pada kelompok usia produktif dan yang mempunyai kesempatan kerja dan mobilitas yang tinggi rentan terkena dan menularkan TBC.

KABUPATEN MOJOKERTO

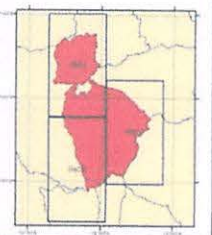
PETA BATAS ADMINISTRASI



PEMERINTAH KABUPATEN MOJOKERTO
 Jl. Ahmad Yani No. 16, Mojokerto
<http://mojokertokab.go.id>



- LEGENDA :**
- Pusat Pemerintahan**
 - Ibukota Kabupaten
 - Ibukota Kecamatan
 - Ibukota Desa
 - Batas Administrasi**
 - Batas Kabupaten
 - Ibukota Kecamatan
 - Sungai
 - Transportasi**
 - Jalan Tol Nasional
 - Jalan Arteri
 - Jalan Kolektor
 - Jalan Lokal
 - Jalan Kereta Api



HOMOR PE 20 :
 SUMBER :
 1. Peta Rupa Bumi - BAKOSURTNAL, 2010
 2. BPN Kabupaten Mojokerto, 2010
 3. BAPPEDA Kabupaten Mojokerto, 2010

SISTEM KOORDINAT : UTM Zone 49S
 PROYEKSI : Transverse Mercator
 DATUM : WGS 1984

c. Kepadatan Penduduk.

Luas Kabupaten Mojokerto adalah 1.150,40 KM² dengan jumlah Penduduk Tahun 2018 sebanyak 1.108.718 jiwa, sehingga rata-rata kepadatan penduduk Kabupaten Mojokerto sebesar 692 jiwa/Km², sedangkan jumlah Kepala Keluarga sebanyak 325.869 KK dengan rata-rata 3 jiwa/KK.

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

NO.	KECAMATAN	LUAS WILAYAH (km ²)	JUMLAH PENDUDUK	KASUS TBC ALL CASE
1.	SOOKO	23,46	64.754	38
2.	TROWULAN	39,21	40.900	53
3.	TAWANGSARI	-	31.582	10
4.	PURI	35,65	67.859	49
5.	GAYAMAN	23,02	49.198	5
6.	BANGSAL	24,06	52.461	37
7.	GEDEG	22,98	38.974	22
8.	LESPADANGAN	-	22.710	8
9.	KEMLAGI	50,05	36.387	5
10.	KEDUNGSARI	-	26.512	3
11.	DAWARBLANDONG	58,93	55.743	4
12.	KUPANG	-	51.544	15
13.	JETIS	57,17	29.410	16
14.	MOJOSARI	26,65	47.660	39
15.	MODOPURO	-	34.976	22
16.	PUNGGING	48,14	50.605	3
17.	WATUKENONGO	-	24.713	19
18.	NGORO	57,48	48.904	46
19.	MANDURO	-	30.264	30
20.	DLANGGU	35,42	54.477	20
21.	KUTOREJO	42,83	30.819	25
22.	PESANGGRAHAN	-	32.670	14
23.	PACET	45,16	35.702	23
24.	PANDAN	-	25.207	7
25.	TRAWAS	29,86	31.854	7
26.	GONDANG	39,11	45.701	25
27.	JATIREJO	32,98	47.132	35
	JUMLAH	692,16	1.108.718	580

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

d. Sosial Ekonomi

1) Beban Tanggungan

Untuk mengetahui beban tanggungan usia produktif digunakan indicator angka ketergantungan, dimana angka rata-rata beban ketergantungannya di Kabupaten Mojokerto adalah 47,93% angka ini diperoleh dari perbandingan antara jumlah penduduk usia non produktif sebanyak 332.451 jiwa terhadap jumlah penduduk usia produktif sebanyak 693.650 jiwa. Sedangkan anggaran per kapita untuk bidang kesehatan baru mencapai Rp. 334.480,- (US\$ 30.41) dari standart WHO (US\$ 49)

2) Angka Melek Huruf

Kemampuan penduduk untuk menyerap informasi termasuk informasi kesehatan berhubungan erat dengan angka melek huruf. Jumlah Penduduk Kabupaten Mojokerto berumur 10 tahun keatas yang melek huruf pada tahun 2004 (Susenas 2004) adalah 720.738 orang terdiri dari 358.379 laki-laki dan 362.359 perempuan atau secara relatif dikatakan bahwa jumlah penduduk di Kabupaten Mojokerto yang melek huruf untuk usia 10 tahun keatas sebesar 90.01%

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

e. Epidemiologi TBC

TBC sampai saat ini merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Kabupaten Mojokerto walaupun upaya pengendalian dengan strategi DOTS telah diterapkan sejak tahun 2005 namun masih belum maksimal hasilnya. Pada tahun 2016 diperkirakan terdapat 3.242 kasus TBC (ditemukan sebanyak 980), dimana 53 diantaranya adalah pasien TBC dengan HIV positif. Kasus TBC-MDR tahun 2016 sebanyak 6 orang dan 2 diantaranya meninggal dunia. Meskipun kasus TBC sebagian besar terjadi pada pria (sebanyak 596 kasus atau 61%) tetapi angka kesakitan pada wanita akibat TBC juga cukup tinggi (sebanyak 384 kasus 39%). Pada tahun 2016 proporsi kasus TBC anak diantara seluruh kasus TBC secara keseluruhan mencapai 22% (216 kasus).

Sekitar 55,2% pasien TBC adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15-55 tahun). Diperkirakan seorang pasien TBC dewasa, akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20-30%. Jika ia meninggal akibat TBC, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TBC juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial, seperti stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat.

Penyebab utama meningkatnya beban masalah TBC antara lain adalah:

- 1) kemiskinan pada berbagai kelompok masyarakat.
- 2) pertumbuhan ekonomi yang tinggi tetapi dengan disparitas yang terlalu lebar, sehingga masyarakat masih mengalami masalah dengan kondisi sanitasi, papan, sandang dan pangan yang buruk.
- 3) beban determinan sosial yang masih berat seperti angka pengangguran, tingkat pengetahuan yang masih rendah, pendapatan per kapita yang masih rendah yang berakibat pada kerentanan masyarakat terhadap TBC.
- 4) kegagalan program TBC selama ini.
- 5) kolaborasi TBC HIV dan munculnya morbiditas TBC DM.
- 6) tidak memadainya organisasi pelayanan TBC (kurang terakses oleh masyarakat, penemuan kasus /diagnosis yang tidak standar, obat tidak terjamin penyediaannya, tidak dilakukan pemantauan, pencatatan dan pelaporan yang standar, dan sebagainya).
- 7) tidak memadainya tatalaksana kasus (diagnosis dan paduan obat yang tidak standar, gagal menyembuhkan kasus yang telah didiagnosis).
- 8) salah persepsi terhadap manfaat dan efektifitas BCG.
- 9) komitmen fasilitas kesehatan yang belum maksimal pada strategi DOTS
- 10) belum adanya sistem jaminan kesehatan yang bisa mencakup masyarakat luas secara merata.
- 11) besarnya masalah kesehatan lain yang bisa mempengaruhi tetap tingginya beban TBC seperti gizi buruk, merokok, diabetes.
- 12) dampak pandemi HIV. Pandemi HIV/AIDS di dunia akan menambah permasalahan TBC. Koinfeksi dengan HIV akan meningkatkan risiko kejadian TBC secara signifikan.
- 13) kekebalan ganda kuman TBC terhadap obat anti TBC yang disebut sebagai TBC-MDR semakin menjadi masalah akibat kasus yang tidak berhasil disembuhkan. Keadaan tersebut pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya epidemi TBC yang sulit ditangani.

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

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

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

Faktor risiko untuk menjadi sakit TBC adalah tergantung dari:

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

Seseorang dengan daya tahan tubuh yang rendah diantaranya infeksi HIV/AIDS dan malnutrisi (gizi buruk) akan memudahkan berkembangnya TBC aktif (sakit TBC). Bila jumlah orang terinfeksi HIV meningkat, maka jumlah pasien TBC akan meningkat, dengan demikian penularan TBC di masyarakat akan meningkat pula. Kurang lebih sekitar 10% yang terinfeksi TBC akan menjadi sakit TBC. Namun bila seorang dengan HIV positif akan meningkatkan kejadian TBC melalui proses reaktifasi. TBC

umumnya terjadi pada paru (TBC Paru). Namun, penyebaran melalui aliran darah atau getah bening dapat menyebabkan terjadinya TBC diluar organ paru (TBC Ekstra Paru). Apabila penyebaran secara masif melalui aliran darah dapat menyebabkan semua organ tubuh terkena (TBC milier). Faktor risiko kematian karena TBC: 1) Akibat dari keterlambatan diagnosis 2) Pengobatan tidak adekuat 3) Adanya kondisi kesehatan awal yang buruk atau penyakit penyerta Catatan: Pasien TBC tanpa pengobatan, 50% akan meninggal dan risiko ini meningkat pada pasien dengan HIV positif.

f. Dampak Sosial Ekonomi pada Pasien TBC dan Keluarga

Kabupaten Mojokerto terdiri dari 18 Kecamatan dan 304 desa atau kelurahan dengan jumlah penduduk 1.026.101 jiwa. Berdasarkan estimasi prevalensi Provinsi Jawa Timur sebesar 316 per 100.000 penduduk, maka estimasi jumlah penderita TBC di Kabupaten Mojokerto sebanyak 3.242 kasus TBC (all case semua golongan umur). Jika dari estimasi (prevalensi) jumlah penderita TBC tersebut diatas ditemukan semua (100%) dan kesemuanya diobati dengan strategi DOTS maka akan terselamatkan 2.918 jiwa dari penyakit TBC. (target kesembuhan 90% dari jumlah kasus).

Upaya menyembuhkan penderita TBC sebanyak (3242- 980 =2.262) jiwa tersebut membutuhkan investasi sebesar $2.262 \times \text{Rp.}2.900.000 = \text{Rp.}6.559.800.000$, dimana Rp. 3.501.600.000,- sudah ditanggung APBN melalui Obat dan bahan habis pakai dan sisanya (Rp.3.058.200.000,-) seharusnya ditanggung Pemerintah Daerah dan menjadi beban Pemerintah Daerah, namun selama ini dibiayai Lembaga Mitra Internasional. Setiap penderita TBC akan kehilangan potensi kerja penuh waktu selama 3 bulan, maka potensi kehilangan pendapatan (3 bulan) sebesar 4.200.000 per penderita. Catatan: biaya pengobatan 1 (satu) orang penderita TBC reguler (6 bulan) membutuhkan biaya sebesar Rp.2.900.000,-sedangkan UMK Mojokerto Tahun 2015 sebesar Rp.1.400.000,-.

Jika penemuan kasus dapat tercapai 100 % dan kesembuhan pengobatan tercapai 90% maka 2.918 jiwa sembuh dari TBC dan potensi pendapatan penduduk yang terselamatkan sebesar $2.918 \times 240 \text{ bulan} \times \text{Rp.}1.400.000,- = \text{Rp.} 980.448.000.000,-$ (atau sekitar 980,5 M). Keterangan: asumsi meninggal pada usia 40 tahun dimana usia produktif sampai dengan usia 60 tahun (hilang 20 tahun x 12 bulan = 240 bulan). Hal ini belum termasuk jika penderita TBC tergolong TBC MDR (bukan reguler), maka akan menelan biaya yang semakin banyak, untuk lebih jelas dan rincinya dapat dilihat pada Tabel 2.3.

Tabel 2.3 Estimasi Biaya Pengobatan TBC

No	Rata-rata per Pasien	TBC Reguler (6 bulan)	TBC MDR (24 bulan)
1.	Biaya pengobatan	Rp2.900.000,00	Rp 130.000.000,00
2	Biaya Rumah Tangga	Rp 176.500,00	Rp5.300.000,00
3	Potensi kehilangan pendapatan krn sakit	Rp4.200.000,00	Rp 33.600.000,00
4	Potensi kehilangan pendapatan akibat kematian dini sakit ⁽⁵⁾	Rp 336.000.000,00	Rp 336.000.000,00

Keterangan:

- angka 1 kolom 2 : biaya ditanggung Pemerintah
- angka 2 kolom 2 : biaya yang dikeluarkan pasien dan keluarga diluar pengobatan
- angka 3 kolom 2 : estimasi tidak dapat bekerja penuh waktu (3 bulan) karena sakit
- angka 3 kolom 3 : UMK (Upah Minimum Kabupaten Mojokerto 2015 (Rp.1.400.000)
- angka 4 kolom 2: asumsi meninggal di Usia 40 Th dan usia produktif sampai 60 tahun

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

2.1 Pengendalian TBC dan Kebijakan Pembangunan Daerah

a. Program Pengendalian TBC dalam RPJMD

Berdasarkan kondisi saat ini dan isu-isu strategis pada 5 tahun mendatang, serta penggalan aspirasi dan persepsi masyarakat yang telah dilakukan, maka Visi Pemerintah Kabupaten Mojokerto pada Tahun 2014-2018 adalah: "Terwujudnya Kesejahteraan Masyarakat Mojokerto Melalui Peningkatan SumberDaya Manusia Yang Profesional Berdasarkan Iman dan Taqwa".

Pada hakekatnya Visi ini menggambarkan Kabupaten Mojokerto dalam mewujudkan kesejahteraan masyarakatnya akan dicapai melalui peningkatan sumberdaya manusia yang profesional yang berpegang teguh pada iman dan taqwa.

Dalam rangka mewujudkan visi maka perlu disusun misi yang merupakan rumusan umum mengenai upaya-upaya yang akan dilaksanakan untuk mewujudkan keinginan kondisi tentang masa depan. Sesuai dengan visi di atas maka dirumuskan Misi Pemerintah Kabupaten Mojokerto untuk periode 2014 – 2018, sebagai berikut:

- 1) peningkatan pelayanan pendidikan yang murah dan berkualitas serta pelestarian dan pengembangan kebudayaan.

- 2) peningkatan pelayanan di bidang kesehatan yang murah dan berkualitas.
- 3) mewujudkan pemerintahan yang bersih dan baik, transparan, akuntabel, responsif dan demokratis.
- 4) peningkatan pembangunan infrastruktur yang berbasis pemerataan pembangunan dan pengembangan wilayah untuk mendorong percepatan pembangunan sektor-sektor yang lain.
- 5) pembangunan ekonomi kerakyatan berbasis (UKM, pertanian, peternakan, perikanan, dan pariwisata serta perkebunan) melalui kegiatan kewirusahaan.
- 6) pengentasan dan penanggulangan kemiskinan dengan pola terpadu.

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

- 1) peningkatan penyediaan kualitas dan kuantitas fasilitas kesehatan dan fasilitas umum pada sektor kesehatan;
- 2) perluasan akses dan cakupan pada layanan kesehatan;
- 3) peningkatan manajemen mutu pelayanan kesehatan secara merata dan terjangkau serta peningkatan kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat;
- 4) peningkatan Angka Harapan Hidup (AHH) Masyarakat;
- 5) peningkatan, pengadaan, dan perbaikan sarana dan prasarana rumah sakit, puskesmas dan jaringannya;
- 6) peningkatan kualitas pelayanan kesehatan anak dan balita;
- 7) peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu melahirkan;
- 8) peningkatan pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Sedangkan arah kebijakan yang diambil meliputi:

- 1) peningkatan kesehatan masyarakat dan pengembangan pelayanan kesehatan;
- 2) pemerataan akses masyarakat kurang mampu pada layanan kesehatan;
- 3) peningkatan kualitas dan cakupan pelayanan kesehatan;
- 4) meningkatkan perlindungan dan pelayanan kesehatan melalui upaya promotif, preventif, curatif, rehabilitatif dan pengembangan regulasi bidang kesehatan;
- 5) meningkatnya usia harapan hidup;
- 6) menurunkan angka bayi gizi buruk;
- 7) pengadaan peralatan dan perbekalan kesehatan serta peningkatan kalibrasi alat kesehatan;

- 8) peningkatan pelayanan kesehatan bagi balita;
- 9) peningkatan pelayanan kesehatan bagi ibu melahirkan;
- 10) jaminan pelayanan kesehatan bagi ibu melahirkan;
- 11) pengembangan pelayanan pada peserta akseptor KB dan pasangan usia subur;
- 12) peningkatan mutu petugas penyuluh Keluarga Berencana (KB).

Kebijakan pada urusan kesehatan secara umum diarahkan pada upaya peningkatan kesehatan masyarakat dan pengembangan layanan kesehatan, pemerataan akses untuk masyarakat kurang mampu, peningkatan kualitas dan cakupan pelayanan kesehatan, dan peningkatan perlindungan dan pelayanan kesehatan dan pengembangan regulasi bidang kesehatan, meningkatnya usia harapan hidup, menurunkan angka bayi gizi buruk, pengadaan peralatan dan perbekalan kesehatan dan peningkatan pelayanan kesehatan bagi balita dan ibu melahirkan. Untuk melaksanakan kebijakan tersebut, dijabarkan dalam beberapa program prioritas yang bersifat strategis sebagai berikut:

- 1) Program Standardisasi Pelayanan Kesehatan;
- 2) Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin;
- 3) Program Upaya Kesehatan Masyarakat;
- 4) Program Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat;
- 5) Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular;
- 6) Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan Dan Anak;
- 7) Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak Balita;
- 8) Program Perbaikan Gizi Masyarakat;
- 9) Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas/Puskesmas Pembantu dan Jaringannya;
- 10) Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Paru-paru/Rumah Sakit Mata;
- 11) Program Peningkatan Kualitas Pelayanan;
- 12) Program Pengadaan Obat dan Perbekalan Kesehatan.

Dalam penjabaran butir ke 5 dari kebijakan yang diterapkan sangat jelas menyebutkan bahwa Program Pencegahan dan Penganggulangan Penyakit Menular (termasuk TBC) mendapatkan prioritas yang tinggi, sehingga upaya untuk mengendalikan penyakit TBC ini dilakukan dengan cara Meningkatkan perlindungan dan pelayanan kesehatan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan pengembangan regulasi bidang kesehatan (kebijakan ke 4).

Promosi kesehatan merupakan program utama untuk memberikan wawasan dan pengetahuan kepada masyarakat tentang bahaya penyakit TBC. Agar penyebaran penyakit TBC dapat dikendalikan, dilakukan upaya pencegahan oleh fasilitas pelayanan kesehatan mulai tingkat desa hingga

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD). Penanganan dan pengobatan pasien TBC secara intensif dilaksanakan sebagai upaya kuratif serta merehabilitasi pasien TBC yang hampir dinyatakan sembuh agar dapat beraktifitas normal dan diterima di masyarakat.

Adapun 8 strategi pokok dalam RPJMD merupakan pendekatan untuk dapat mewujudkan Misi RPJMD yang berpihak pada masyarakat. Khususnya misi kedua yang berbunyi “Peningkatan pelayanan di bidang kesehatan yang murah dan berkualitas”, bertujuan untuk memberikan layanan kesehatan yang tidak membebankan masyarakat sehingga biaya kesehatan di Kabupaten Mojokerto tidak lagi menjadi kendala dalam upaya kesehatan masyarakat.

Tentunya seluruh rangkaian kegiatan dan upaya yang disusun sedemikian terpadu dan berkesinambungan dari tingkat paling dasar di desa atau kelurahan hingga tingkat kabupaten ini menjadi satu ikatan benang merah untuk mewujudkan Visi Daerah dalam RPJMD yaitu: “Terwujudnya Kesejahteraan Masyarakat Mojokerto Melalui Peningkatan Sumberdaya Manusia Yang Profesional Berdasarkan Iman dan Taqwa”.

b. Program Pengendalian TBC dalam Rencana Strategis Dinas Kesehatan

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

Sejalan dengan visi Kabupaten Mojokerto serta tugas dan fungsi Dinas Kesehatan, maka ditetapkanlah visi Dinas Kesehatan sebagai berikut "Masyarakat Mojokerto Mandiri Untuk Hidup Sehat". Penjelasan visi dibuat untuk menjelaskan masing-masing pokok visi, sebagaimana tercantum pada Tabel 2.4.

Tabel 2.4 Penjelasan Visi Dinas Kesehatan

Visi	Pokok-pokok Visi	Penjelasan Visi
Masyarakat Mojokerto Mandiri Untuk Hidup Sehat	Peningkatan akses dan mutu melalui pendayagunaan sumber daya dan pengembangan pembiayaan	Menciptakan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat melalui peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, pendayagunaan sumber daya serta pembiayaan jaminan kesehatan
	Pemberdayaan masyarakat	Menciptakan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat melalui pemberdayaan masyarakat

Untuk mewujudkan visi Rencana Strategis Dinas Kesehatan maka dirumuskan misi Rencana Strategis Dinas Kesehatan sebagai berikut:

- 1) meningkatkan akses dan mutu upaya kesehatan;
- 2) memberdayakan masyarakat dan lingkungannya;

3) memantapkan manajemen kesehatan yang dinamis dan akuntabel.

Dinas Kesehatan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kabupaten Mojokerto melaksanakan tugas dan fungsinya berdasarkan pada kebijakan sebagai berikut :

- 1) penguatan dan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar;
- 2) penerapan standar mutu pelayanan kesehatan;
- 3) pemenuhan ketersediaan dan pengendalian obat, perbekalan kesehatan dan makanan minuman;
- 4) pemberian suplemen makanan (makanan tambahan), diversifikasi makanan dan peningkatan keluarga sadar gizi;
- 5) peningkatan pencegahan, surveilans, deteksi dini penyakit menular, penyakit tidak menular dan penyakit potensial KLB atau wabah;
- 6) peningkatan upaya promosi kesehatan dalam mencapai perubahan perilaku dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.

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

Tabel 2.5 Relevansi Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kabupaten Tulunagung

Visi : Masyarakat Mojokerto Mandiri Untuk Hidup Sehat			
Misi : Meningkatkan akses dan mutu upaya kesehatan			
Tujuan	Sasaran	Strategi	Kebijakan
Optimalisasi upaya pencegahan dan pengendalian penyakit serta masalah kesehatan lainnya.	Meningkatnya upaya pencegahan dan pengendalian penyakit serta masalah kesehatan lainnya.	Penanggulangan masalah kesehatan dan peningkatan sistem surveilans monitoring dan informasi kesehatan serta sosialisasi upaya pencegahan dini.	Peningkatan pencegahan, surveilans, deteksi dini penyakit menular, penyakit tidak menular dan penyakit potensial KLB/wabah.

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

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

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

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

Rincian kegiatannya antara lain :

- 1) supervisi Program P2 TBC;
- 2) bimbingan teknis program P2 TBC;
- 3) pelatihan P2TBC bagi dokter pelaksana TBC DOTS (peserta 20 DPM selama 5 hari);
- 4) pertemuan penguatan jejaring TBC internal dan eksternal tingkat kecamatan (TBC-HIV, TBC MDR, TBC DM);
- 5) sosialisasi TBC pada masyarakat;
- 6) sosialisasi TBC pada tempat kerja;
- 7) perincian sosialisasi RAD TBC di Tingkat Kecamatan;
- 8) semilokarya Perincian Target Penemuan TBC di Tingkat Kecamatan;
- 9) penapisan HIV dan TBC pada kelompok resiko tinggi;
- 10) kunjungan kasus TBC baru;
- 11) pemantauan minum obat pada penderita TBC;
- 12) penapisan TBC di tempat kerja;
- 13) pelacakan pasien TBC, TBC HIV, TBC MDR, TBC DM yang putus obat/ gagal/meninggal;
- 14) advokasi ke desa untuk pelaksanaan sosialisasi penemuan TBC oleh masyarakat;
- 15) pengiriman terduga TBC oleh kader;
- 16) konfirmasi hasil penemuan penderita TBC oleh kader;
- 17) konfirmasi pengobatan penderita TBC oleh kader;
- 18) konfirmasi keberhasilan pengobatan TBC oleh kader
- 19) pengadaan alat habis pakai *sputum pot*;
- 20) Pengadaan alat habis pakai *slide*;
- 21) Pemberian makanan tambahan kalori tinggi protein pada pasien TBC, TBC HIV, TBC MDR, TBC DM (masyarakat miskin);

22) Pengadaan alat habis pakai masker N95;

23) Pengiriman Sampel, Pengepakan Spesimen TBC MDR;

24) Transport Pemeriksaan TBC MDR ke RS Rujukan.

Dalam rangka mencapai visi dan misi kepala daerah dan wakil kepala daerah terpilih terdapat beberapa faktor penghambat dan pendorong yang perlu diatur untuk pencapaian visi dan misi dimaksud. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 2.6.

Tabel 2.6 Faktor Penghambat dan Pendorong Pelayanan Dinas Kesehatan terhadap Pencapaian Visi, Misi dan Program Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah

Setelah membandingkan sasaran jangka menengah Renstra Kementerian Kesehatan dengan permasalahan pelayanan Dinas Kesehatan, maka diperoleh faktor-faktor, baik yang bersifat menghambat maupun yang bersifat mendorong penanganan permasalahan yang telah diidentifikasi, sebagaimana tercantum dalam tabel berikut.

Tabel 2.7 Permasalahan Pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto berdasarkan Sasaran Renstra Kementerian Kesehatan beserta Faktor Penghambat dan Pendorong Keberhasilan Penanganannya

No	Sasaran Jangka Menengah Renstra Kemenkes	Permasalahan Pelayanan Dinkes Kab. Mojokerto	Sebagai Faktor	
			Penghambat	Pendorong
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Persentase Kasus baru TBC Paru (BTA positif) yang ditemukan sebesar 90%	Rendahnya cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit TBC BTA positif karena kurangnya sosialisasi, rendahnya kesadaran dan partisipasi masyarakat untuk periksa ke fasyankes DOTS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prosedur pemeriksaan BTA membutuhkan waktu yang panjang dan kompleks (SPS) 2. Anggaran TBC merupakan penyakit yang "tabu" 3. Belum semua fasyankes swasta ikut TBC DOTS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketersediaan fasyankes yang dapat memeriksa TBC cukup dan merata (puskesmas rujukan TBC) 2. Kemauan petugas tinggi 3. Logistik untuk program TBC cukup
7.	Persentase Kasus baru TBC Paru (BTA positif) yang disembuhkan sebesar 88%	Rendahnya kesembuhan penderita TBC BTA positif karena kurangnya kepatuhan penderita (Drop out dan PMO)	<ol style="list-style-type: none"> 1. TBC merupakan penyakit kronik 2. Adanya MDR-TBC 3. Stigma pada penderita TBC 4. Co-infeksi TBC HIV 5. Jangka waktu pengobatan yang lama 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersedianya jejaring penanganan TBC 2. Adanya bantuan LSM 3. Logistik cukup (obat dan reagen pemeriksaan)

c. Program Pengendalian TBC dalam Rencana Kerja Tahun Berjalan

Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto merupakan unsur pelaksana otonomi daerah yang mempunyai tugas melaksanakan urusan Pemerintahan Daerah di bidang kesehatan berdasarkan Asas Otonomi dan Tugas Pembantuan sesuai dengan Peraturan Daerah Kabupaten Mojokerto Nomor 20 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah. Dalam melaksanakan tugas tersebut, Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto menyelenggarakan fungsi perumusan kebijakan teknis di bidang Kesehatan, penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang kesehatan, pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang kesehatan serta pelaksanaan tugas lain yang diberikan bupati. Tujuan dan sasaran Rencana Kerja Dinas Kesehatan di Tahun 2016 adalah sebagai berikut:

- 1) meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan secara komprehensif;
- 2) meningkatkan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat;
- 3) mencegah, menurunkan dan mengendalikan penyakit menular dan tidak menular serta masalah kesehatan lainnya;
- 4) memberdayakan masyarakat agar mampu menumbuhkan perilaku hidup bersih dan sehat serta mengembangkan sistem kesehatan lingkungan kewilayahan;

Sedangkan sasaran yang harus dicapai dinas kesehatan dalam kurun waktu lima tahun ke depan adalah :

- 1) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar, rujukan dan penunjang di fasilitas pelayanan kesehatan;
- 2) meningkatnya pengelolaan dan kualitas obat, perbekalan kesehatan dan makanan minuman;
- 3) meningkatnya Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dan perbaikan gizi masyarakat;
- 4) menurunnya angka kesakitan dan kematian penyakit menular, tidak menular dan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi serta pengamatan penyakit dalam rangka sistem kewaspadaan dini dan penanggulangan KLB atau wabah, ancaman epidemi serta bencana;
- 5) meningkatnya pengetahuan dan kesadaran untuk berperilaku hidup bersih dan sehat serta pemberdayaan masyarakat ke arah kemandirian.
- 6) meningkatnya kualitas air bersih, sanitasi dasar, higiene sanitasi makanan minuman, kualitas kesehatan lingkungan dan pengendalian faktor risiko dampak pencemaran lingkungan di masyarakat.

Upaya kegiatan penanggulangan TBC melalui upaya promotif melalui :

- 1) penyuluhan dengan melibatkan lembaga mitra lokal daerah LKNU, Aisiyyah, Cesmid, yang berkomitmen terhadap pengendalian TBC;

2) *radio Spot*.

3) media cetak (*leaflet*, lembar balik, poster) dan lain lain menjadi bahan yang di berikan untuk layanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta.

Upaya preventif dengan memberdayakan masyarakat melalui :

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

Kegiatan kuratif meliputi :

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

d. Kebijakan Anggaran Program Pengendalian TBC

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

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

Berikut ini gambaran pembiayaan daerah untuk program penanggulangan TBC di Kabupaten Mojokerto. Realisasi anggaran diambil pada lima tahun terakhir agar dapat dilihat trend peningkatannya.

Tabel 2.8 Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Tahun 2012 sampai dengan 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
Pendapatan Daerah	1.559.993.709.477	1.774.874.063.728	2.114.558.431.869	2.369.737.223.681	2.312.625.861.109
Pembiayaan Daerah	100.746.491.308	87.067.204.358	170.582.163.282	232.418.915.702	273.807.704.767
Pendapatan+ Pembiayaan	1.660.740.200.786	1.861.941.268.086	2.285.140.595.152	2.602.156.139.384	2.586.433.565.876
Belanja Daerah	1.576.894.826.794	1.612.796.984.483	1.967.387.289.453	2.116.641.845.863	2.295.007.841.702
Transfer	-	67.535.375.320	79.418.389.996	200.706.588.754	291.425.724.174
Belanja+ Transfer	1.576.894.826.794	1.680.332.359.803	2.046.805.679.449	2.317.348.434.617	2.586.433.565.876
Silpa	83.845.373.991	181.608.908.282	238.334.915.702	284.807.704.767	0

Alokasi anggaran pada dinas kesehatan lima tahun terakhir untuk program pengendalian TBC sebagai berikut:

Tabel 2.9 Realisasi Belanja Daerah

	2012	2013	2014	2015	2016
APBD	1.576.894.826.794	1.680.332.359.803	2.046.805.679.449	2.317.348.434.617	2.586.433.565.876
Urusan Kesehatan	204.196.670.888	201.649.708.191	266.731.452.649	304.748.774.318	366.841.621.201
RSUDDr. Iskak	134.896.854.501	133.389.754.209	176.028.460.478	199.071.249.371	230.122.823.015
Dinas Kesehatan	69.299.816.386	68.259.953.982	90.702.992.171	105.677.524.947	136.718.798.186
Belanja Tak Langsung	44.853.080.654	47.787.560.613	50.632.850.905	55.333.252.388	59.700.620.000
Belanja Langsung	24.446.735.732	20.472.393.369	40.070.141.266	50.344.272.559	77.018.178.186
Bidang P2P	538.909.900	387.350.000	817.100.000	965.615.600	1.600.000.000
Sie P2PM	297.710.000	166.600.000	563.529.000	542.163.600	700.000.000
Program TBC	7.400.000	6.228.000	8.025.000	5.250.000	56.475.000

Jika dilihat rincian pada tabel diatas ternyata prosentase pembiayaan P2TBC sangat kecil.

Tabel 2.10 Perbandingan Belanja Daerah pada Dinas Kesehatan terhadap APBD

	2012	2013	2014	2015	2016
Belanja/Pendapatan	94,95%	90,25%	89,57%	89,05%	99%
Urusan Kesehatan/APBD	12,95%	12,00%	13,03%	13,15%	14%
Dinkes/APBD	4,39%	4,06%	4,43%	4,56%	5,28%
P2PM/APBD	0,02%	0,01%	0,03%	0,02%	0,03%
P2PM/Dinkes	0,43%	0,24%	0,62%	0,51%	0,51%
TBC/APBD	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,002%
TBC/Dinkes	0,01%	0,01%	0,01%	0,00%	0,04%
TBC/P2PM	2,49%	3,74%	1,42%	0,97%	8,07%

Gambaran perbandingan diatas memperlihatkan bahwa program penanggulangan TBC tidak cukup hanya dikelola dan dibiayai bersumber dari APBD untuk dinas kesehatan saja. Tentu dalam perencanaan dan penganggaran untuk tahun-tahun yang akan datang diharapkan dapat ditingkatkan.

BAB III
ISU STRATEGIS

3.1 Analisa Kesenjangan

IR Kabupaten Mojokerto Tahun 2016 adalah 316/100.000 penduduk, berdasarkan kondisi ini diperkirakan ada 3.242 kasus TBC yang harus ditemukan di Kabupaten Mojokerto. Target *All Case* penemuan kasus TBC tahun 2016 adalah sebesar 913 kasus, sedangkan realisasi penemuannya mencapai 980 kasus. Walaupun dapat melampaui target capaian *All Case*, tetapi belum dapat dikatakan mencapai tingkat keberhasilan yang ideal, sehingga diperlukan upaya akselerasi oleh pemerintah kabupaten untuk mengeliminasi TBC hingga tahun 2035.

Tabel 3.1 Indikator Capaian TBC Kabupaten Mojokerto Tahun 2014 sampai dengan 2016

No	INDIKATOR	Capaian Tahun			Base Line	Target 2019	Gap
		2016	2017	2018			
A. Penemuan Kasus							
1	Cakupan pengobatan semua kasus TBC yang diobati (case detection rate/CDR)	86%	100%	91%	30%	100%	30%
2	Angka notifikasi semua kasus TBC yang diobati (case notification rate/CNR) per 100.000 *penduduk	92*	105*	133*	95*	164*	91
3	Jumlah semua kasus TBC yang ditemukan dan diobati	998	1.139	1.476	980	1.836	961
4	Angka penemuan terduga kasus TBC Resisten Obat	0	18	33	33	43	
5	Cakupan penemuan kasus TBC anak	25%	38%	22%	22%	8-12%	diatas target
6	Persentase anak < 5 tahun yang mendapat pengobatan pencegahan dibandingkan estimasi anak < 5 tahun yang memenuhi syarat diberikan pengobatan pencegahan	0%	10%	13%	13%	50%	50%
7	Persentase kasus TBC yang ditemukan dan dirujuk oleh masyarakat atau organisasi kemasyarakatan (active case finding)	N/A	1%	6%	6%	20%	14%

No	INDIKATOR	Capaian Tahun			Base Line	Target 2019	Gap
		2016	2017	2018			
	201-2014: N/A → tidak bisa diketahui karena di sistem RR belum ada perincian “dirujuk oleh”						
B. Keberhasilan Pengobatan Sensitif dan Resisten Obat							
1	Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC semua kasus	89%	84%	88%	88%	90%	2%
2	Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC resisten obat 2013: 0% → 5 kasus (2 DO; 3 meninggal) 2014: 0% → 1 kasus (DO) 2015: 0% → 1 kasus (DO)	0%	0%	0%	0%	90%	90%
C. TBC Resisten Obat							
1	Persentase kasus pengobatan ulang TBC yang diperiksa uji kepekaan obat dengan tes cepat molukuler atau metode konvensional	N/A	N/A	N/A	N/A	100%	100%
2	Persentase kasus TBC resisten obat yang memulai pengobatan lini kedua	0%	0%	0%	0%	100%	0%
D. TBC-HIV							
1	Persentase pasien TBC yang mengetahui status HIV	0%	37%	43%	43%	90%	47%
2	Persentase Pasien TBC-HIV yang mendapatkan ARV selama pengobatan TBC	0%	14%	15%	15%	90%	75%
D. Laboratorium							
1	Persentase laboratorium mikroskopik yang mengikuti uji silang	81%	48%	80%	80%	100%	20%
2	Persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti – uji silang dengan hasil baik	78%	100%	100%	100%	100%	0%

3.2 Isu Strategis

Berdasarkan identifikasi masalah di lapangan dapat dilihat kesenjangan antara realisasi dengan target. Kesenjangan tersebut merupakan status kondisi yang harus diselesaikan agar tercapai kondisi ideal. Diperlukan analisa masalahnya, ditemukan penyebabnya, seberapa besar capaiannya, faktor penghambat dan pendukungnya. Dari analisa masalah tersebut dapat ditarik kesimpulan untuk perumusan Isu Strategis. Isu strategis penanggulangan TBC di Kabupaten Mojokerto diklasifikasikan mengacu pada Strategi Nasional Penanggulangan TBC dan Rencana Aksi Nasional (RAN) Penanggulangan TBC di Indonesia. Isu strategis dijabarkan dalam Tabel 3.2

Tabel 3.2 Isu Strategis

No	INDIKATOR	ANALISA MASALAH	ISU STRATEGIS
A. Perencanaan dan Penganggaran Program TBC			
1	Kepemimpinan Program TBC.	<ul style="list-style-type: none"> • Alokasi anggaran TBC masing sangat minim. • Belum ada kebijakan tentang TBC. 	Prgogram penanggulangan TBC belum dilaksanakan lintas sektor oleh Pemerintah Daerah.
B. Penemuan kasus			
1	Cakupan pengobatan semua kasus TBC yang diobati (case detection rate/CDR).	<ul style="list-style-type: none"> • Tahun 2015 terjadi kenaikan 1% dari kasus TBC yang diobati pada tahun 2014. Kenaikan ini terjadi walaupun tidak secara signifikan. Akan tetapi dari kasus TBC yang ditemukan tersebut dengan hasil bakteriologis BTA Positif terjadi penurunan, pada tahun 2014 ditemukan 377 BTA Positif dan di tahun 2015 ditemukan 355 BTA Positif sehingga terjadi penurunan 6% terhadap kasus TBC BTA Positif. • Penemuan TBC secara Bakteriologis dibandingkan dengan penemuan secara klinis masih banyak penemuan TBC ditemukan secara Klinis, pada tahun 2015 penemuan klinis 495, penemuan BTA Positif secara bakteriologis 351. • Penemuan kasus tuberkulosis berdasarkan usia pada anak 17% dari kasus dewasa, Usia sekolah 10% dari kasus, 44% pada usia produktif bekerja (pekerja), 26% pada usia lanjut. • Penemuan Kasus TBC ini 100% masih ditemukan dan dilaporkan oleh Puskesmas. Sedangkan dari 13 RS yang ada di Mojokerto masih 46% yang ikut Strategi Penemuan TBC secara DOTS Sehingga capaian masih belum maksimal. 	Angka penemuan kasus TBC masih rendah.

2	<p>Angka notifikasi semua kasus TBC yang diobati (case notification rate/CNR) per 100.000 penduduk.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tahun 2014 adalah 81/100.000 penduduk sedangkan tahun 2015 terjadi kenaikan 83/100.000 penduduk. Dari data ini dapat disimpulkan bahwa penemuan secara mikroskopis bakteriologis masih dibawah penemuan secara Klinis/Foto thorak. Ditambah kasus TBC HIV dimana kebanyakan kasus pada tahun 2014 masih belum menggunakan penegakan diagnosa dengan mesin TCM. • Kasus TBC HIV menjadikan penemuan TBC secara Klinis lebih banyak. Untuk Kasus TBC dengan Komorbiditas DM masih belum tercermin pada data dasar TBC di Kabupaten. Sehingga kemungkinan kasus TBC pada penderita DM juga banyak walaupun belum semua terdiagnosa dan diobati. • Peran serta workplace belum semua menggunakan Strategi penemuan pengobatan secara DOTS. • Penemuan TBC pada LAPAS juga masih terbatas pada WBP scining baru WBP dan screning kesehatan tiap bulan oleh Puskesmas. Lapas belum mempunyai Dokter di dalam LAPAS. • Scringing TBC pada kontak serumah juga belum dilaksanakan maksimalterkait dengan petugas kesehatan yang belum mengerti dengan definisi operasional tentang konta TBC. • Penemuan kasus TBC pada tempat umum dan sekolah/pesantren belum dilaksanakn skrining TBC. 	<p>Angka penemuan kasus TBC masih rendah.</p>
3	<p>Jumlah semua kasus TBC yang ditemukan dan diobati.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Masih ada 2.482 Kasus TBC yang belum ditemukan dan diobati dimana insiden rate TBC Kab. Mojokerto pada tahun 2015 sebesar 326/100.000 atau 3. 329 All Case TBC yang harus ditemukan dan diobati sampai sembuh. • Belum ada laborat pengepul dahak dikarenakan diwajibkan semua laborat baik PS PPM dan PRM mampu melaksanakan rujuk spesimen dan semua 	<p>Angka penemuan kasus TBC masih rendah.</p>

		<p>Laborat pelaksana TBC DOTS akan menjadi Laborat PPM sehingga perlu peningkatan kapasitas dan kemampuan tenaga laboratorium dalam pemeriksaan penegakan TBC.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75% Petugas Medis dan Paramedis yang sudah dilatih TBC DOTS (TBC, TBC Anak, TBC HIV, TBC DM, TBC RO, SITT, PPI). • Peran serta PPM (<i>Public Private Mix</i>) belum maksimal walaupun sudah terbentuk dalam SK Bupati akan tetapi masih belum maksimal dalam implementasi kegiatannya, belum terbentuk kantor kesekretariatan masih melekat pada peran masing masing keanggotaannya. 	
4	Cakupan penemuan kasus resisten obat.	<ul style="list-style-type: none"> • Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC resisten obat masih rendah (terbukti banyak pasien yang mati). Sehingga perlu perhatian terkait dukungan psikologis dan pengobatan secepatnya untuk kasus RO. • Dukungan lain selama ini yang dibutuhkan oleh pasien adalah transportasi ke RS Saiful Anwar Malang dan dukungan Nutrisi TKTP. • Upaya promosi melalui KIE sudah berjalan baik melalui penyuluhan oleh Puskesmas, pengadaan leaflet, spanduk dan radio spot. • Mekanisme pelacakan dan pelaporan pasien mangkir TBC reguler maupun TBC RO, TBC HIV, dilaksanakan oleh Petugas Puskesmas wilayah kerja. Dan akan dilaporak balik kepada Fasyankes pelapor awal dan di tembuskan melalui Dinas Kesehatan. • Perencanaan perluasan layanan MTPTRO pada Puskesmas akan dilakukan pada puskesmas wilayah selatan Kabupaten dimana letak secara geografis yang jauh dari RS Sub Rujukan TBC RO sehingga akses TBC RO akan semakin mudah. 	Angka penemuan kasus TBC-RO dan pengobatan TBC-RO rendah.

		<ul style="list-style-type: none"> • Belum ada kelompok dukungan sebaya / kelompok pasien yang mendampingi pasien TBC RO. 	
5	Cakupan penemuan kasus TBC anak.	Cakupan penemuan kasus TBC anak melebihi target nasional ini di ikuti kenaikan kasus semua tipe hal ini menunjukkan masih ada kasus TBC dewasa yang belum di temukan bahkan kasus TBC kontak penderita. Dimana kasus TBC anak semakin meningkat seharusnya kasus dewasa meningkat pula penemuan dan pengobatannya.	Angka penemuan kasus TBC Anak masih rendah.
6	Persentase anak < 5 tahun yang mendapat pengobatan pencegahan dibandingkan estimasi anak < 5 tahun yang memenuhi syarat diberikan pengobatan pencegahan.	Cakupan PP INH pada anak dengan skoring kurang dari 6 yang mendapatkan PP INH masih sangat sedikit dan belum sesuai dengan protap PP INH pada Anak, Hal ini dikarenakan belum tersosialisasinya PP INH secara menyeluruh pada Klinisi (Spesialis Anak/Dokter Umum).	Pengobatan pencegahan TBC Anak dengan INH belum berjalan.
7	Persentase kasus TBC yang ditemukan dan dirujuk oleh masyarakat atau organisasi kemasyarakatan (active case finding). 2013-2014: N/A → tidak bisa dikethui karena di sistem RR belum ada breakdown “dirujuk oleh”.	Persentase kasus TBC yang dirujuk oleh Masyarakat/LSM masih sangat rendah (1%) karena 18 Kecamatan yang dibentuk kader TBC yang bertugas dalam upaya penemuan suspek, rujuk kasus serta pendampingan dan jumlahnya masih sangat sedikit. Dukungan nutrisi tambahan dilaksanakan oleh LSM PPTI dimana PPTI konsen terhadap kasus TBC dan memberikan bantuan kepada Program TBC dalam upaya percepatan kesembuhan dengan pendampingan pasien TBC kurang mampu baik transpor dan bantuan makanan tinggi kalori tinggi protein. Hal ini perlu dukungan bersama karena kesembuhan pasien tidak hanya obat akan tetapi dukungan Nutrisi bergizi berperan penuh dalam percepatan kesembuhan.	Peran CSO dan masyarakat dalam program penanggulangan TBC masih rendah.
C. Keberhasilan Pengobatan Sensitif dan Resisten Obat			
1	Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC semua kasus.	Angka keberhasilan pengobatan TBC pada tahun 2018 sampai dengan tribulan 3 artinya adalah seluruh kasus TBC tahun 2017 sampai dengan tribulan 3 telah tercapai sebesar 87%, hal ini menunjukkan target 90% akan	Angka keberhasilan pengobatan TBC masih rendah.

		<p>tercapai pada sisa akhir di tribulan 4 tahun 2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keberhasilan ini di dukung oleh komitmen Fasyankes TBC DOTS dalam rujukan kasus baik kasus rujuk pindah, dan mekanisme pelacak pelaporan oleh Puskesmas ketika ada kasus TBC Mangkir maupun loss to followup. • Peran serta kader TBC masih kurang maksimal dikarenakan jumlah kader TBC yang terlatih TBC DOTS masih sedikit dan terbatas pada 8 Kecamatan dan hanya ada 1 kader TBC di tingkatan desa sehingga jangkauan pelacakan penemuan dan pendampingan kurang maksimal. 	
2	<p>Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC resistan obat.</p> <p>2013: 0% → 5 kasus (2 DO; 3 meninggal)</p> <p>2014: 0% → 1 kasus (DO)</p> <p>2015: 0% → 1 kasus (DO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cakupan penemuan pasien resiten obat ditahun tahun 2012 sampai dengan tahun 2015 ada 10 orang (2 Sembuh, 1 Droup Out, 7 Mati). • Penemuan kasus resisten obat tahun 2016 sampai dengan Bulan Nopember sebanyak 8 Kasus (5 Pengobatan, 2 Mati, 1 Belum mau diobati). 	<p>Angka penemuan kasus TBC-RO dan pengobatan TBC-RO masih rendah.</p>
D. TBC Resistan Obat			
1	<p>Persentase kasus pengobatan ulang TBC yang diperiksa uji kepekaan obat dengan tes cepat molukuler atau metode konvensional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dengan kesiapan RSUD Dr. Iskak yang merupakan RS Sub Rujukan TBC RO maka diharapkan kasus RO dapat segera terdiagnosa secara cepat dan akses pengobatan secara tepat dan tertib. • Semua pasien TBC kambuh baik BTA Positif dan BTA Negatif sebelum melaksanakan pengobatan Kategori 2 akan dilakukan pemeriksaan RO dengan TCM di RSUD Dr. Iskak. 	<p>Kesiapan SDM dan sarana-prasarana Tes cepat molekuler perlu ditingkatkan untuk mengantisipasi bertambahnya penemuan kasus.</p>
2	<p>Persentase kasus TBC Resistan Obat yang memulai pengobatan lini kedua.</p>	<p>Target penemuan TBC Resistan Obat sebesar 80%, pada tahun 2016 capaian penemuan kasus baru 44% (23 pasien). Setiap kasus harus dipastikan bahwa pasien telah melakukan pemeriksaan dahak dengan TCM sebelum pengobatan OAT kategori 2.</p>	<p>Penemuan kasus TBC Resistan Obat masih rendah karena keterbatasan alat TCM.</p>

E. TBC-HIV			
1	Persentase pasien TBC yang mengetahui status HIV.	<ul style="list-style-type: none"> • Persentase pasien TBC yang mengetahui status HIV nya masih sangat sedikit hal ini dikarenakan masih banyak petugas TBC yang belum melaksanakan PITC dan VCT. • Belum semua puskesmas sebagai puskesmas pemeriksa HIV dari 31 Puskesmas masih 12 Puskesmas sebagai Puskesmas pemeriksa HIV. 	Akses layanan Tes HIV di Puskesmas VCT belum optimal.
2	Persentase Pasien TBC-HIV yang mendapatkan ARV selama pengobatan TBC.	<ul style="list-style-type: none"> • Jejaring pemeriksaan alur pemeriksaan TBC HIV sudah berjalan akan tetapi kemampuan petugas dalam scrining TBC pada ODHA dan testing HIV pada penderita TBC masih rendah (kemampuan konseling). 	
F. Laboratorium			
1	Persentase laboratorium mikroskopik yang mengikuti uji silang.	<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah PPM ada 14 jumlah PRM 8 dan jumlah PS ada 15. • Tahun 2015 masih 71 persen laborat yang berpartisipasi dalam melaksanakan uji silang. • Tahun 2015 persentase laborat dengan hasil baik 100% akan tetapi pada tahun 2016 terkendala dimana cross cek pada tribulan 1 sampai dengan tribulan 3 di laksanakan bersama. • Penggunaan eTBC 12 baru dilaksanakan di Tahun 2016. • Pelibatan laborat swasta belum dilaksanakan. • Jejaring belum maksimal antara laborat swasta, akan tetapi jejaring laborat pelaksana TBC DOTS sudah berjalan dengan baik. 	Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis / Uji Silang yang belum optimal.
2	Persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti uji silang dengan hasil baik.		

3.2.1 Komitmen Program TBC di Kabupaten Mojokerto

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

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

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

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

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

3.2.2 Penemuan Kasus TBC

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

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

1. Aspek Fasyankes yang terdiri dari
 - a. puskesmas;
 - b. rumah sakit pemerintah;
 - c. rumah sakit swasta;

- d. dokter praktik swasta;
- e. klinik swasta; klinik di lapas;
- f. pos kesehatan pesantren.

Memiliki kendala sebagai berikut :

- 1) Penjaringan terduga TBC yang dilakukan provider masih ketat sehingga jumlah terduga diperiksa rendah, hal ini berpengaruh pada penemuan kasus TBC.
- 2) Suspek penderita TBC dengan hasil pemeriksaan BTA Negatif akan memerlukan pemeriksaan penunjang penegakan diagnosa dengan foto toraks paru atau rontgen yang akan dibaca dan dipakai sebagai penunjang diagnose TBC, hal ini dipadukan dengan klinis medis pasien terduga TBC. Ada beberapa permasalahan penegakan diagnosa tuberkulosis dengan foto toraks paru/rontgen diantaranya :
 - a. semua pasien yang memerlukan foto thorak paru/rontgen yang tidak mempunyai BPJS Kesehatan akan memerlukan tambahan biaya sehingga menjadi beban tambahan pasien, dari permasalahan ini maka akan banyak terduga TBC yang putus berobat tidak melanjutkan pemeriksaan TBC;
 - b. pemanfaatan fungsi mesin TCM belum optimal, sementara ini masih digunakan untuk menegakkan diagnosa TBC pada ODHA dan 9 Kriteria pasien TBC RO dan belum digunakan untuk menegakkan diagnosa TBC Baru BTA Negatif;
 - c. belum semua DPM melaksanakan sistem pencatatan dan pelaporan menggunakan standart baku (TBC06, TBC05, TBC04, TBC01, TBC02 serta rujuk kasus/TBC09 dan TBC10) sehingga penemuan masih rendah.
2. Aspek masyarakat yang terdiri daripenderita, keluarga penderita maupun warga masyarakat umum masih memiliki kendala sebagai berikut :
 - 1) masih adanya stigma bahwa penyakit TBC merupakan penyakit keturunan/kutukan sehingga masyarakat enggan dan malu bila dinyatakan sebagai penderita TBC.
 - 2) pengetahuan masyarakat masih rendah tentang informasi tanda dan gejala tuberkulosis sehingga masyarakat bila bergejala TBC masih mengakses obat secara mandiri ke toko obat, apotek atau ke layanan DPM yang belum melaksanakan strategi DOTS.
 - 3) akses OAT secara bebas tanpa standar DOTS di Apotek memudahkan masyarakat dalam terapi yang tidak terstandart sehingga pencatatan dan penemuan tidak dapat terekam dengan benar dan baik melalui TBC07 di layanan kesehatan, bahkan dapat menimbulkan resistensi obat.
3. Aspek Organisasi masyarakat pendukung antara lain :
 - a. Aisyiyah
 - b. LKNU

- c. KPA
- d. PPTI
- e. Cesmid
- f. Aprikot
- g. Forum Pelangi
- h. Panther
- i. KDS Hope Comunity

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

4. Aspek kelompok rentan/komorbiditas yang terdiri dari:

- a. penderita TBC-DM;
- b. kontak serumah dan kontak erat
- c. ibu hamil
- d. usia lanjut
- e. penderita TBC anak

masih memiliki kendala antara lain :

- 1) terdapat kendala pada alur skrining dengan rontgen, terkait dengan pembiayaan BPJS;
- 2) investigasi kontak masih prioritas yg kontak serumah, sedangkan untuk kontak erat atau yang berada pada lingkungan yang sama utamanya di sekolah (antara guru dan murid) masih kurang ditekankan;
- 3) belum semua ibu hamil dilakukan skrining TBC, bidan belum semua bidan melaksanakan skrining TBC untuk bumil;
- 4) skrining TBC di Posyandu Lansia masih belum dilakukan;
- 5) belum semua Puskesmas menerapkan MTBCS dengan baik, sehingga kecurigaan TBC pada Anak dengan BB rendah masih masih belum optimal;
- 6) ditemukan banyak kasus TBC anak di rumah sakit (perlu dilakukan investigasi kontak untuk mencari sumber penularan);

5. Aspek pengendalian TBC di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) memiliki kendala sebagai berikut :

- 1) fasilitas ruang khusus/isolasi tahanan dengan penderita TBC masih sedikit, sehingga diperlukan pengaturan sistem pengendalian penularan melalui upaya pencegahan berbasis lingkungan;
- 2) jumlah petugas kesehatan masih sedikit sehingga skrining TBC sangat rendah;
- 3) belum semua petugas lapas memahami penyakit TBC, terutama terkait tanda dan gejala serta penularan, pengendalian dan pengobatannya di dalam rutan.

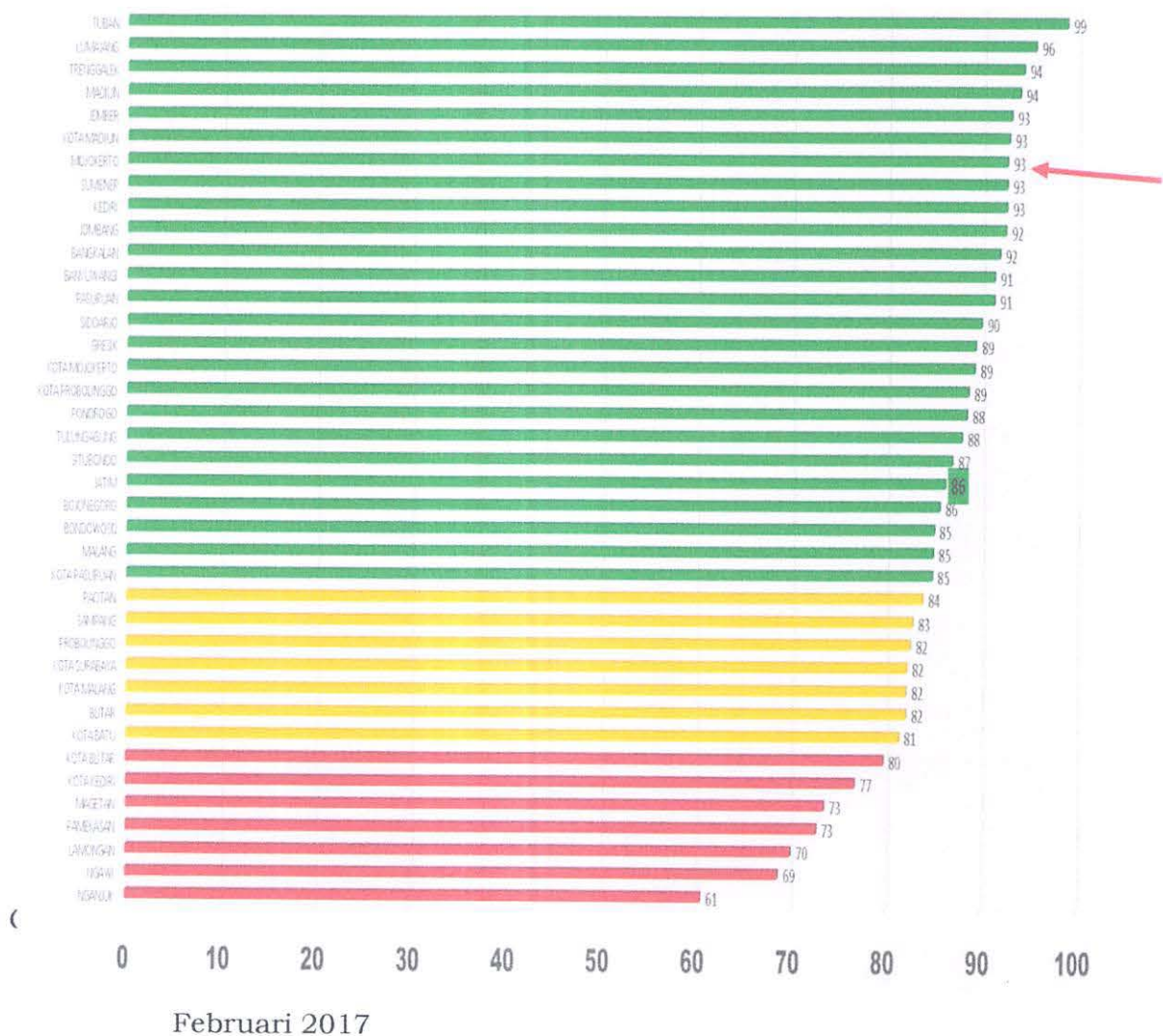
3.2.3 Keberhasilan Pengobatan

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

Dalam hal keberhasilan pengobatan TBC di Provinsi Jawa Timur, Kabupaten Mojokerto menduduki urutan ke 18 dari 38 kabupaten atau kota. Angka keberhasilan pengobatan mencapai 88%, angka ini di atas capaian rata-rata Provinsi Jawa Timur pada tahun 2016 yakni 86%, dan Target Nasional Pengendalian TBC sebesar 85%.

Pengobatan pasien TBC menggunakan strategi DOTS merupakan upaya berkelanjutan dari penemuan suspek tuberkulosis. Penemuan pasien merupakan kegiatan langkah awal dan utama dalam program penanggulangan TBC.

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



(Sumber: SITT Online)

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

Berikut ini permasalahan tersebut:

a. Fasyankes:

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

b. masyarakat :

1. ketidak tahuan masyarakat tentang adanya ketersediaan obat program secara gratis di fasyankes DOTS, sehingga ketika mereka berobat ke fasyankes non DOTS menggunakan OAT non-program yang biayanya mahal dan sering kali mereka putus berobat karena tidak ada biaya.
2. belum sepenuhnya memahami lamanya pengobatan dan efek samping pengobatan, sehingga apabila ada efek samping atau merasa sudah sehat lalu mereka enggan melanjutkan pengobatan sampai sembuh (putus berobat).

3.2.4 TBC RO

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

Tabel 3.3 Perbandingan Penemuan Kasus TBC-RO

RS Rujukan Sub Rujukan TBC RO	Terduga TBC RO	Konfirmasi TBC-RO	TBC-RO Diobati	% TBC-RO Belum Diobati
RSUD Dr. Soetomo Surabaya	1604	184	121	34
RS Saiful Anwar Malang	1607	48	30	38
RS Paru Jember	1009	57	35	39
RSUD dr. Sudono Madiun	169	13	10	23
RSUD Dr. Iskak	361	8	2	75
RSUD Ibnu Sina Gresik	306	26	26	0
RSUD Jombang	128	13	9	31
Provinsi Jawa Timur	5184	349	233	33

Fakta masalah yang ditemukan di lapang adalah :

- a. RSUD Dr. Iskak sebagai rumah sakit sub-rujukan TBC MDR belum maksimal dalam upaya pengendalian TBC MDR, dimana RS masih belum siap SDM terkait Tim Ahli Klinis (TAK) TBC MDR (belum terbentuk dan belum terdapat surat keputusan);
- b. periode Januari sampai dengan Oktober 2016 RSUD Dr. Iskak masih belum mengobati TBC MDR dikarenakan berbagai hal diantaranya : TAK belum ada SK, belum ada dokter umum yang terlatih TBC MDR dan masih merangkap tugas;
- c. MoU antara RSUD Dr. Iskak dengan Dinas Kesehatan Provinsi terkait dengan tatalaksana TBC MDR belum ada;
- d. banyak pasien TBC MDR yang ekonominya kurang akibat penyakitnya dan tidak bisa beraktifitas, sehingga perlu dukungan transportasi, nutrisi, moral sehingga pengobatan dilayanan Puskesmas satelit menjadi lancar;
- e. dukungan lintas sektor dalam penyehatan lingkungan dan perumahan kurang sehingga hal ini diperlukan koordinasi lintas sektor yg lebih intensif;
- f. belum ada terbentuk sebaya TBC MDR sebagai kelompok dukungan TBC MDR.

3.2.5 TBC-HIV dan TBC Dengan Komorbiditas

Penegakan diagnosis TBC paru pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) tidak berbeda dengan non ODHA. Penegakan diagnosis TBC pada ODHA lebih sulit karena ODHA susah berdahak dan sering terjadi kasus TBC ekstra paru. Untuk saat ini penegakan diagnosa TBC-HIV dilaksanakan rumah sakit pemerintah, beberapa rumah sakit swasta dan Puskesmas pelaksana VCT. Aktifitas yang dapat dilayankan selain akses penegakan TBC-HIV juga akses ARV, saat ini di Kabupaten Mojokerto baru dua Puskesmas pelaksana satelit ARV.

Persentase pasien TBC yang mengetahui status HIVnya masih sangat sedikit, hal ini disebabkan masih banyak petugas TBC yang belum melaksanakan PITC atau Konseling dan Tes Sukarela (KTS/VCT)). Belum semua Puskesmas di Kabupaten Mojokerto dapat melaksanakan pemeriksaan HIV, saat ini masih 12 dari 31 Puskesmas yang ditetapkan sebagai Puskesmas pemeriksa HIV.

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

3.2.6 Pelayanan Laboratorium

Penegakan utama diagnosa TBC menggunakan pemeriksaan dahak melalui pewarnaan BTA menjadi kunci utama yang harus dilaksanakan semua laboratorium baik pemerintah dan swasta. Fakta yang ditemui menunjukkan bahwa fungsi penegakan oleh laboratorium ini belum memberikan kontribusi yang signifikan terhadap penemuan kasus. Dari sejumlah laboratorium yang terdapat di Kabupaten Mojokerto baru 70% yang telah menjalankan fungsinya mendukung program pencegahan dan penanggulangan TBC.

Terkait dengan hal ini isu yang ada adalah penegakan diagnosa TBC melalui Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis / Uji Silang belum optimal.

Analisa masalah dalam pelayanan laboratoriu sebagai berikut:

- a. belum semua laboratorium mampu, bisa dan terlatih dalam pemeriksaan Tuberkulosis yang baku.
- b. belum semua laboratorium pemeriksa TBC terlatih dan tersertifikasi.
- c. dengan lamanya waktu pemeriksaan dan penegakan diagnosa di Puskesmas satelit akan membutuhkan waktu 1 sampai dengan 2 hari hal ini akan memperpanjang waktu pengobatan segera pada pasien hal ini akan menimbulkan permasalahan baru akan menularkan pada kontak erat lainnya.

- d. partisipasi laboratorium pemeriksa TBC dalam upaya menjaga mutu pemeriksaan melalui cross cek menggunakan metode LQAS belum sampai 100%.
- e. belum ada MoU atau jejaring antara lab pemerintah dan swasta dalam alur rujukan dan jejaring laborat pemeriksa TBC.

3.2.7 Pengendalian Faktor Resiko

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

Terdapat 2 isu strategis tentang pengendalian faktor resiko, yaitu:

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

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

3.2.8 Peningkatan Kemitraan TBC Melalui Forum Koordinasi TBC

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

Dalam implementasi program penanggulangan TBC yang melibatkan dukungan kemitraan dari Forum Koordinasi TBC isunya adalah Jejaring pelayanan TBC belum berfungsi dengan baik.

Berikut ini permasalahan yang teridentifikasi di lapang:

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

3.2.9 Peningkatan Kemandirian Masyarakat Dalam Pengendalian TBC

Dalam dukungan dan pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian tuberkulosis telah dilaksanakan kerjasama dengan KPA, LKNU, AISYIAH, Cesmid, PPTI, LPA, Hope Comunity ODHA, Panther, IGATA, Aprikot, dalam upaya melakukan pencegahan penularan TBC.

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

Analisa masalah terhadap peran OMS atau CSO antara lain:

- a. kapasitas CSO dalam pengelolaan program TBC masih terbatas.
- b. CSO dan organisasi masyarakat masih bergerak segmented, belum ada kolaborasi dan koordinasi spesifik untuk TBC-HIV.
- c. sumber daya (SDM dan dana) CSO terbatas.
- d. belum adanya dukungan psikososial oleh sesama pasien TBC.

3.2.10 Penguatan Manajemen Program Melalui Penguatan Sistem Kesehatan

Managemen sangat diperlukan untuk keberhasilan program, diaman managemen dapat meliputi : perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Isu strategis:

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

Belum tertatanya pengadaan dan distribusi logistik TBC dengan baik menyebabkan terjadinya kehabisan stok logistik OAT dan non OAT.

Dalam pengadaan obat diperlukan perencanaan pengadaannya dan monitoring & evaluasi terhadap logistik tersebut.

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

c. Pemerintah Daerah belum memiliki Tim Pelatih TBC Kabupaten

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

BAB IV

INDIKATOR dan TARGET KINERJA

4.1 Indikator Kinerja

Indikator kinerja penanggulangan TBC di Kabupaten Mojokerto diinventarisasi untuk kurun waktu mulai dari Tahun 2013 hingga Tahun 2016.

Tabel 4.1 Indikator Kinerja Penanggulangan TBC di Kabupaten Mojokerto Tahun 2015 sampai dengan 2018

Tahun 2015					
Jumlah kasus TBC baru		Jumlah kasus TBC pengobatan ulang		Jumlah kasus TBC paru baru	Jumlah kasus TBC paru pengobatan ulang
BTA pos	402	Kambuh	10	794	10
BTA neg	392	Default	9		
EP	40	Gagal	0		
BTA tidak diperiksa	0	Lain-lain	0		
		BTA tidak diperiksa	0		
Tahun 2016					
Jumlah kasus TBC baru		Jumlah kasus TBC pengobatan ulang		Jumlah kasus TBC paru baru	Jumlah kasus TBC paru pengobatan ulang
BTA pos	683	Kambuh	0	998	11
BTA neg	626	Default	11		
EP	50	Gagal	0		
BTA tidak diperiksa	0	Lain-lain	0		
		BTA tidak diperiksa	0		
Tahun 2017					
Jumlah kasus TBC baru		Jumlah kasus TBC pengobatan ulang		Jumlah kasus TBC paru baru	Jumlah kasus TBC paru pengobatan ulang
BTA pos	683	Kambuh	0	1139	0
BTA neg	626	Default	0		
EP	70	Gagal	0		
BTA tidak diperiksa	0	Lain-lain	0		
		BTA tidak diperiksa	0		
Tahun 2018					
Jumlah kasus TBC baru		Jumlah kasus TBC pengobatan ulang		Jumlah kasus TBC paru baru	Jumlah kasus TBC paru pengobatan ulang
BTA pos	637	Kambuh	22	1.443	28
BTA neg	697	Default	0		
EP	109	Gagal	6		
BTA tidak diperiksa	0	Lain-lain	0		
		BTA tidak diperiksa	0		
% kasus TBC paru baru di antara semua kasus tahun 2015-2018				% kasus TBC paru pengobatan ulang di antara semua kasus tahun 2015-2018	
95,79%				4,22%	

Terjadi peningkatan penemuan kasus semua tipe di tahun 2016 setelah dilakukan kerjasama antara DPM dengan Puskesmas wilayah setempat dan dukungan kader kesehatan yang ada di 8 Kecamatan intensif. Dari indikator diatas dapat menggambarkan besaran kasus TBC BTA Positif yang menjadi ancaman sebagai sumber utama penularan pada kontak erat serta menggambarkan masih adanya kasus TBC pengobatan ulang yang merupakan sumber dari kasus terduga resistensi obat anti TBC.

4.2 Target Kinerja

Kinerja penanggulangan TBC di Kabupaten Mojokerto untuk mencapai Eliminasi TBC pada tahun 2035 di lakukan secara bertahap secara terus menerus dan berkesinambungan. Jika mengikuti target nasional, Eliminasi TBC di Kabupaten Mojokerto diharapkan dapat menyesuaikan dengan rencana pencapaian dengan tahapan 5 tahunan sebagai berikut :

- a. Tahun 2020 tercapai penurunan angka kesakitan karena TBC sebesar 30% dan angka kematian sebesar 40% dibandingkan tahun 2014
- b. Tahun 2025 tercapai penurunan angka kesakitan karena TBC sebesar 50% dan angka kematian sebesar 70% dibandingkan tahun 2014
- c. Tahun 2030 tercapai penurunan angka kesakitan karena TBC sebesar 80% dan angka kematian sebesar 90% dibandingkan tahun 2014
- d. Tahun 2035 tercapai penurunan angka kesakitan karena TBC sebesar 90% dan angka kematian sebesar 95% dibandingkan tahun 2014

Dalam kurun waktu 5 tahun kedepan gambaran target kinerja utama di Kabupaten Mojokerto adalah sebagai berikut:

Tabel 4.2 Target Kinerja Utama Kabupaten Mojokerto

Indikator	TARGET (TAHUN)				
	Relisasi 2016	Realisasi 2017	Realisasi 2018	2019	2020
CNR ^{*)}	92	105	133	164	165
Insiden Rate	3.242	980	3.123	3.064	2.861
CDR	86%	100%	91%	100%	100%
Success Rate	96%	95%	96%	90%	90%
% Pasien TBC tahu status HIV	13%	42%	100%	100%	100%

*) Per 100.000 Penduduk

Terjadi pencapaian sebesar 95/100.000 penduduk pada Tahun 2016 melebihi target sebesar 89/100.000 penduduk, disebabkan peran Masyarakat melalui jejaring serta peran Kader Kesehatan yang telah dilatih pada 8 kecamatan intensif kerjasama antara LKNU dan Aisyah berjalan optimal.

BAB V

STRATEGI

Berdasarkan semua tantangan yang dihadapi di Kabupaten Mojokerto, dirumuskan strategi untuk mengeliminasi TBC dalam kurun waktu 5 tahun ke depan. Strategi ini diharapkan dapat menurunkan sebagian beban penanggulangan TBC secara bertahap. Dalam perumusan strategi tersebut tidak terlepas pada kerangka strategi menurut Rencana Aksi Nasional Penanggulangan TBC Tahun 2016 sampai Tahun 2020.

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

5.1 Penguatan Kepemimpinan Program TBC di Kabupaten Mojokerto

Komitmen pendanaan program TBC dari tahun ke tahun dirasakan masih sangat kecil dan lebih banyak bergantung pada pendanaan eksternal dari donor. Sejalan dengan otonomi daerah di tingkat kabupaten/kota, diperlukan kegiatan advokasi secara intensif dan terkoordinasi dengan baik untuk mendapat kepastian komitmen politis di tingkat kabupaten agar pengendalian TBC menjadi program prioritas di daerah. Komitmen tersebut selayaknya didukung oleh kebijakan yang disusun spesifik sesuai dengan situasi dan kondisi daerah. Termasuk didalamnya adalah aturan dan peraturan yang ada, maupun apabila diperlukan, dibuatkan peraturan baru.

Tujuan:

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

Uraian Program:

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

5.2 Peningkatan Akses Layanan TOSS-TBC yang Bermutu

Selama ini penemuan kasus TBC dilakukan secara pasif-intensif di fasilitas kesehatan dan secara aktif dan masif berbasis keluarga dan masyarakat. Penemuan pasien TBC secara aktif dilakukan dengan melakukan Investigasi 10 – 15 kontak untuk 1 pasien TBC. Penemuan ditempat khusus, seperti asrama, lapas, rutan, pengungsian, tempat kerja maupun sekolah dilakukan melalui penapisan. Pada daerah dan kelompok tertentu dapat dilakukan penemuan secara massal. Investigasi kontak dilakukan secara sistematis terhadap kontak erat semua pasien TBC yang telah ditemukan. Pada situasi dengan sumberdaya terbatas, dapat ditentukan prioritas sasaran untuk pelaksanaan investigasi kontak.

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

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

Tujuan:

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

Uraian Program:

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

5.3 Pengendalian Faktor Resiko

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

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

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

Tujuan:

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

Uraian program:

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

5.4 Peningkatan Kemitraan Melalui Forum Koordinasi Tuberkulosis

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

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

Tujuan:

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

Uraian program:

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

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

5.5 Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Penanggulangan TBC

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

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

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

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

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

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

Tujuan:

Memandirikan masyarakat melalui promosi dan pemberdayaan mereka yang terdampak dalam pencegahan dan pengobatan TBC serta melibat aktifkan mereka dalam upaya penanggulangan TBC.

Uraian program:

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

5.6 Penguatan Manajemen Program Melalui Penguatan Sistem Kesehatan

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

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

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

Tujuan:

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

Uraian program:

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

Strategi RAD dijabarkan dalam matrik sebagai berikut:

STRATEGI 1

Penguatan Kepemimpinan Program TBC di Kabupaten

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan	
					Utama	Pendukung		
Program Penanggulangan TBC belum dilaksanakan secara menyeluruh lintas program dan lintas sektor	Alokasi anggaran program TBC masing sangat minim dan masih bersifat parsial/ Sektoral	Penguatan Kepemimpinan Program TBC di kabupaten/kota	Penguatan program penanggulangan TBC	1. Lokakarya Konsultasi Publik RAD	Dinkes	Tim Penyusun	Lembaga Mitra	
				2. Finalisasi kerangka kerja logis RAD	Dinkes	Tim Penyusun	Lembaga Mitra	
				3. Perumusan anggaran program TBC	Bappeda	Tim Penyusun	Lembaga Mitra	
				4. Lokakarya Integrasi RAD dengan Renstra perangkat daerah terkait.	Bappeda	Tim Penyusun	Lembaga Mitra	
				5. Pertemuan evaluasi pelaksanaan RAD	Dinkes	Tim Penyusun	Lembaga Mitra	
	Belum ada kebijakan tentang penanggulangan TBC yang terpadu		Penguatan Kepemimpinan Program TBC di kabupaten/kota	Penyusunan Kebijakan Pemerintah Daerah untuk penanggulangan TBC	1. Advokasi kebijakan penanggulangan TBC	Dinkes	Tim Penyusun	APBD Kab, Lembaga Mitra
					2. Perumusan aspek hukum Peraturan Bupati, mengacu pada dokumen RAD	Bag. Hukum	Tim Penyusun	APBD Kab, Lembaga Mitra
					3. Lokakarya konsultasi dan advokasi untuk legalisasi RAD (menjadi Peraturan Bupati)	Dinkes	Tim Penyusun	APBD Kab, Lembaga Mitra
					4. Pengesahan dan Pengundangan Peraturan Bupati	Bag. Hukum	Dinkes	APBD Kab, Lembaga Mitra
	Belum tersusun perencanaan tahunan		Penguatan Kepemimpinan Program TBC di kabupaten/kota	Pemantauan dan evaluasi	1. Pertemuan evaluasi pelaksanaan RAD	Dinkes	Tim Penyusun	APBD
					2. Penyusunan Rancangan Program Kerja Tahunan	Dinkes	Tim Penyusun	APBD

STRATEGI 2
Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"

2a PENEMUAN KASUS (lembar #1)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan		
					Utama	Pendukung			
<p style="text-align: center;">Angka penemuan kasus TBC dan keberhasilan pengobatan yang masih rendah</p>	1. Penemuan kasus di PUSKESMAS dan jejaringnya								
	Penjaringan terduga TBC di puskesmas masih terlalu ketat	<p style="text-align: center;">Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"</p>	<p style="text-align: center;">Intensifikasi penemuan kasus di Puskesmas</p>	1. Review teknis penemuan kasus TBC peningkatan kapasitas SDM di Puskesmas	Dinkes,	Perguruan Tinggi, RSUD	APBD II, Perguruan Tinggi		
				2. Sosialisasi Diagnosis TBC dengan Algoritma baru (RTL: Kesepakatan Teknis tentang cara penjaringan terduga TBC dan surat edaran Kadinkes	Dinkes,	PPM, RSUD	APBD II		
				3. Monev TBC setiap 6 bulan	Dinkes,	PPM, RSUD	APBD II		
	Standar Operasional Procedure (SOP) penemuan kasus belum disertai dengan supervisi dan manajemen pelaksanaannya dengan baik (perlu dukungan dr.Spesialis / tidak hanya dokter umum)				Supervisi dan Mentoring ke Puskesmas dan juga fasyankes yang lain (RS, Klinik, DPM) di wilayah Puskesmas	Dinkes, Organisasi Profesi	PPM	APBD II, Lembaga Mitra	
	Fokus penemuan kasus di puskesmas masih prioritas untuk mencari kasus BTA +, belum mengoptimalkan potensi penemuan kasus yang lain (misal TBC anak, TBC HIV)								
	Masih ada kesenjangan yang cukup besar (60%)				1. Transportasi contoh uji dari Puskesmas ke tingkat kabupaten atau rumah sakit	Dinkes	Puskesmas	APBD Kab	
				2. Pemeriksaan uji silang	Dinkes	RSUD	APBD Kab		

2a PENEMUAN KASUS (lembar #2)

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

2a PENEMUAN KASUS (lembar #3)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus TBC dan keberhasilan pengobatan yang masih rendah	3. Penemuan kasus di Rumah Sakit Swasta						
	Rendahnya keterlibatan RS Swasta dalam program TBC karena belum berjejaring dengan Dinkes	Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Intensifikasi penemuan kasus di RS Swasta	Mengembangkan kerjasama Dinkes dengan rumah sakit swasta	Dinkes	RS Swasta	Tidak ada dana
	Belum optimalnya jejaring internal di rumah sakit swasta yang melaksanakan strategi DOTS			Bimbingan teknis dan supervisi bagi rumah sakit swasta	Tim PPM	Dinkes	APBD Kab
	4. Keterlibatan DPM masih rendah						
	Laporan kasus TBC dari DPM masih rendah	Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Pelibatan DPM dalam penanggulangan TBC	1. Mengembangkan kerjasama antara DPM yang terlatih dengan Puskesmas	Puskesmas	Dinkes, IDI	Tidak ada dana
				2. Monev TBC bagi DPM yang sudah berjejaring dengan Puskesmas	Dinkes	IDI, Puskesmas	APBD Kab
				3. Sosialisasi TBC sesuai ISTC untuk DPM	IDI	Dinkes Kab, Tim PPM	APBD Kab
				4. Menyusun sarana dan SPO untuk <i>mandatory notification</i> bagi DPM	Dinkes	IDI	APBD Kab, Lembaga Mitra
				5. Sosialisasi <i>tools mandatory notification</i>	Dinkes	IDI	APBD Kab, Lembaga Mitra
	Belum adanya pemetaan lokasi dan estimasi beban kasus TBC di DPM	Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Pemetaan Lokasi dan Pelatihan DPM	1. Pembuatan data base DPM	Donor	Dinkes Kab, IDI	Lembaga Mitra
2. Piloting pencatatan dan pelaporan berbasis <i>mobile</i> Android yg akan terkoneksi dengan SITT (40 DPM yang sudah dilatih DOTS)				Donor	Dinkes, IDI	Lembaga Mitra	
Belum berjalannya program sertifikasi TBC bagi DPM	Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Program Sertifikasi TBC bagi DPM	Sertifikasi TBC bagi DPM.	IDI	Dinkes	IDI	
Belum dipatuhi-nya peraturan kewajiban lapor kasus TBC, masih sering terlambat.		Implementasi <i>Mandatory Notification</i> bagi fasyankes	Monev Surveilans per 6 bulan	Dinkes	Tim PPM	APBD Kab	

2a PENEMUAN KASUS (lembar #4)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus TBC dan keberhasilan pengobatan yang masih rendah	5. Penemuan kasus di klinik swasta						
	Rendahnya pelibatan Klinik Swasta dalam program TBC karena sebagian besar adalah klinik "Pratama"	Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Peningkatan peran serta klinik swasta dalam program TBC	1. Pembuatan data base Klinik, Lab dan Apotik swasta	Tim PPM	Dinkes, IDI, IAI, Patelki	APBD Kab
				2. Sosialisasi TBC dan <i>Mandatory Notification</i> sesuai ISTC untuk Klinik, Lab dan Apotik swasta	Tim PPM	Dinkes, IDI, IAI, Patelki	APBD Kab
				3. Mengembangkan kerjasama antara Klinik, Lab dan Apotik swasta yang terlatih dengan Puskesmas	Puskesmas	Dinkes, Tim PPM, IDI, IAI, Patelki	APBD Kab
				4. Monev TBC bagi Klinik, Lab dan Apotik swasta yang sudah berjejaring dengan Puskesmas	Puskesmas	Dinkes, IDI, IAI, Patelki	APBD Kab
	6. Penemuan kasus di Lapas						
	7. Penemuan kasus secara aktif dan di kelompok rentan / ko-morbiditas						
	7a. Peran Masyarakat / CSO						
	Penemuan kasus secara aktif melalui peran masyarakat / CSO	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Peningkatan Kapasitas CSO terkait TBC	1. Pemetaan CSO yang potensial untuk penanggulangan TBC	PPTI	Dinkes, Tim PPM	APBD Kab
2. <i>Workshop</i> TBC dan komunikasi motivasi bagi CSO				PPTI	Dinkes, Tim PPM	APBD Kab	
3. Monev TBC bagi CSO				PPTI	Dinkes, Tim PPM	APBD Kab	

2.a PENEMUAN KASUS Lembar #5

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus TBC dan keberhasilan pengobatan yang masih rendah	7b. TBC di Pondok Pesantren						
	Belum optimal-nya peran Poskestren dalam penemuan kasus TBC; dan tidak semua pondok pesantren me-miliki Poskestren	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Peningkatan Peran Pondok Pesantren dalam Penemuan Kasus TBC	1. MoU dengan Pondok Pesantren untuk mendorong adanya Poskestren berikut peran dan fungsinya dalam kontribusi penemuan kasus TBC di Pesantren.	Puskesmas	Dinkes, Kantor Agama	APBD Kab
				2. Sosialisasi TBC bagi petugas di Poskestren	Puskesmas	Dinkes, Kantor Agama	APBD Kab
3. Penapisan TBC di Pesantren terpilih				Puskesmas	Dinkes, Kantor Agama	APBD Kab	

2a PENEMUAN KASUS (lembar #6)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka penemuan kasus TBC dan keberhasilan pengobatan yang masih rendah	7c. TBC - DM						
	Ada kendala di alur skrining dengan rontgen, terkait dengan pembiayaan BPJS	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Kerjasama pembiayaan TBC oleh BPJS	1. Pertemuan koordinasi dengan BPJS untuk kesepakatan pembiayaan TBC	Dinkes	BPJS	Tidak ada dana
				2. Sosialisasi kolaborasi TBC DM bagi petugas fasyankes	Dinkes	IDI, RSUD	APBD Kab, Lembaga Mitra
	7d. Kontak serumah dan kontak erat						
	Investigasi kontak masih prioritas yg "kontak serumah"; sedangkan untuk "kontak erat" atau yg seling-kungan utamanya di sekolah (guru-murid) masih kurang ditekankan.	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Peningkatan Investigasi Kontak	1. Koordinasi dengan Diknas dan pihak Sekolah dalam rangka pelaksanaan penapisan "kontak erat".	Puskesmas	Diknas, Dinkes	tidak ada dana
				2. Sosialisasi TBC bagi Sekolah yang kontak erat dengan pasien TBC penapisan dan pelacakan pada "kontak erat" terhadap siswa-guru di Sekolah	Puskesmas	Diknas, Dinkes	APBD Kab
				3. Penapisan dan pelacakan pada "kontak erat" terhadap siswa-guru di sekolah.	Puskesmas	Diknas, Dinkes	APBD Kab
	7e. Ibu Hamil						
	Belum semua ibu hamil dilakukan skrining TBC, bidan belum semua bidan melaksanakan skrining TBC untuk bumil.	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Pelaksanaan Skrining TBC Ibu Hamil.	1. Sosialisasi TBC dan SOP penemuan kasus TBC pada Bumil dalam minilok rutin di Puskesmas	Puskesmas	Dinkes, IBI	APBD Kab
				2. Sosialisasi penemuan TBC pada ibu hamil bagi anggota IBI	IBI Kab	Dinkes	IBI Kab

2a PENEMUAN KASUS (lembar #7)

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

2b **KEBERHASILAN PENGOBATAN (lembar #1)**

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Angka keberhasilan pengobatan TBC masih rendah	Kemampuan petugas dan pendamping pasien dalam menyampaikan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) belum optimal	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Peningkatan kapasitas petugas kesehatan	1. <i>Workshop</i> komunikasi motivasi bagi petugas kesehatan fasyankes	Dinkes	CSO	APBD Kab, Lembaga Mitra
	2. <i>Workshop</i> komunikasi motivasi bagi kader kesehatan di wilayah			Puskesmas	CSO	APBD Kab, Lembaga Mitra	
	Penyakit komorbid yang tidak ter-tangani memperberat kondisi pasien TBC sehingga menyebabkan keberhasilan pengobatan rendah		Peningkatan kemampuan Petugas Penatalaksana Penyakit komorbid pada Pasien TBC	1. Monev TBC dengan komorbid (TBC HIV, TBC DM, TBC Anak)	Dinkes	Lintas program dan lintas sektor	APBD Kab
				2. Pendampingan penanganan pasien TBC dengan komorbid dan ESO di Puskesmas	Tim PPM	Dinkes	APBD
	Materi KIE yang ada belum efektif		Pengadaan dan Pengembangan Materi KIE Lokal Spesifik	1. Menyediakan dan mengembangkan media KIE dalam berbagai bentuk (radio, leaflet, dan media sosial) yg lokal spesifik	Dinkes (Promkes)	PT, CSO	APBD Kab, Lembaga Mitra, CSR
				2. Publikasi media KIE	Bag. Humas, Perhubungan dan Komunikasi	Dinkes, PT, CSO	APBD Kab, Lembaga Mitra, CSR
	Monitoring terhadap "pasien mangkir" dan "pasien pindah" belum optimal		Mengawasi pasien mangkir dan pasien pindah	1. Mengawasi data TBC-01 dan TBC-06 di fasyankes untuk mengetahui pasien mangkir dan pindah (termasuk melaporkan kepada Dinkes)	Fasyankes	Dinkes	tidak ada dana
				2. Pelacakan pasien mangkir dan pasien pindah	Puskesmas wilayah	Dinkes	APBD Kab

2c TBC RO (lembar #1)

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

2c TBC RO (lembar #2)

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

2d TBC HIV (lembar #1)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Akses layanan Tes HIV di Puskesmas VCT belum optimal	Dokter dan Petugas sudah dilatih PITC, tapi akses layanan tes HIV masih terbatas di 14 Puskesmas VCT, sehingga belum semua pasien TBC dilakukan tes HIV	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	1. Perluasan dan Penambahan Fasilitas Layanan Tes HIV	1. Membuat pemetaan rujukan layanan tes HIV dari faskes non pemerintah ke fasyankes yang memiliki layanan tes HIV baik pemerintah dan swasta	Dinkes	Puskesmas, RS	Tidak ada dana
				2. Menyusun SPO Sistem Transportasi untuk tes HIV ke fasyankes yang memiliki layanan tes HIV	Dinkes	Puskesmas, RS	Tidak ada dana
			2. Peningkatan kapasitas Dokter dan Petugas Lab.	1. Update tata laksana manajemen TBC HIV dan sosialisasi mekanisme sistem rujukan tes HIV ke fasyankes TBC HIV di Kab. Mojokerto	Dinkes	Puskesmas, RS	APBD Kab
				2. Bimtek tentang KTIP dan penguatan kolaborasi TBC HIV pada petugas TBC dan petugas lab fasyankes DOTS	Dinkes	Puskesmas, RS, KPA	APBD Kab, Lembaga Mitra
	Belum adanya dukungan psikososial bagi pasien TBC-HIV, karena dukungan CSO/LSM belum optimal. CSO dan organisasi masyarakat masih bergerak tersegmentasi, belum ada kolaborasi dan koordinasi spesifik untuk TBC-HIV		Pemberian dukungan Psikologis bagi pasien TBC-HIV.	1. <i>Workshop</i> peningkatan kapasitas Pengawas Minum Obat (PMO) dalam memberikan KIE dan dukungan psikososial pasien TBC HIV (Bisa dijadikan satu kegiatan dengan Strategi 2c poin 2)	Dinkes	CSO	APBD Kab, Lembaga Mitra
				2. <i>Workshop</i> KIE pada petugas TBC agar mampu melakukan KTIP pada pasien TBC dan melakukan rujukan PDP	Dinkes	RSUD	APBD Kab, Lembaga Mitra
	Belum optimalnya kolaborasi program dan monev mengenai TBC HIV di tingkat fasyankes dan Dinkes kabupaten		Peningkatan Kolaborasi Program dan Monev TBC-HIV	1. Pertemuan koordinasi kolaborasi TBC-HIV kabupaten (pembentukan Pokja TBC-HIV Kabupaten)	Dinkes	Fasyankes, KPA	APBD Kab
				2. Monev kolaborasi TBC HIV dan validasi data	Dinkes	Fasyankes, KPA	APBD Kab, Lembaga Mitra
				3. Bimbingan teknis TBC HIV ke fasyankes	Dinkes	Fasyankes, KPA	APBD Kab

2e LABORATORIUM (lembar #1)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan	
					Utama	Pendukung		
Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis / Uji Silang yang belum optimal	Belum ada pembinaan dari Rujukan Uji Silang 1 (RUS 1) ke Lab mikroskopis lainnya.	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Pembinaan Rujukan Uji Silang Lab Mikroskopis	1. Supervisi dan bimbingan teknis ke Lab mikroskopis	RSUDDr. Iskak	Dinkes	APBD Kab, RSUD	
	2. Pelatihan pelaksanaan uji silang LQAS termasuk penerapan e-TBC 12			Dinkes	Labkesda, RSUD	APBD Kab		
	3. Pelatihan mikroskopis bagi petugas laboratorium Puskesmas Satelit, RS Swasta dan Lab Swasta			Dinkes	RSUD	APBD Kab, Lembaga Mitra		
	4. Pengembangan Labkesda sebagai RUS-1			Dinkes	RUS-2	APBD Kab, RUS-2		
	Beban kerja wasor untuk pengumpulan slide yang akan diuji silang terlalu tinggi			Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam uji mutu eksternal	1. Pengumpulan dan Pengiriman contoh uji silang dari fasyankes ke Dinkes	Dinkes	RUS-1	APBD Kab
					2. Monev Lab TBC tiap triwulan	RUS-1	Patelki, Dinkes	APBD Kab
					3. Menyiapkan tenaga lab regional sebagai ko-wasor untuk LQAS (SK, OJT)	Dinkes	RUS-1	APBD Kab
					4. Supervisi LQAS ko-Wasor dan Dinkes ke fasyankes	Dinkes	RUS-2	APBD Kab
	Kapasitas staf lab TCM belum optimal dan ketersediaan Modul TCM terbatas			Peningkatan Kapasitas Staf Lab TCM dan penambahan mesin TCM	1. Pelatihan kerja petugas Lab TCM	RSUD	Dinkes	APBD Kab, RSUD, Lembaga Mitra
					2. Penambahan Mesin TCM (14 unit)	Dinkes	RSUD	Lembaga Mitra
	Rujukan contoh uji untuk pemeriksaan TCM dari RS dan Puskesmas masih rendah (masih fokus pada terduga TBCRO dan HIV)			Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam diagnosis TBC dengan TCM	1. Pelatihan kerja diagnosis TBC dengan TCM dan alur rujukan ke Lab TCM bagi petugas kesehatan (bisa menjadi satu kegiatan dengan Straegi 2a poin 5.1)	Dinkes	Petugas Lab TCM	APBD Kab
					2. Pertemuan jejaring internal TBC di RSUD Dr. Iskak untuk sosialisasi pemanfaatan TCM dalam diagnosis TBC	RSUD	Dinkes	BLU RSUD

2e LABORATORIUM (lembar #2)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis / Uji Silang yang belum optimal	Kebijakan teknis pemanfaatan TCM untuk semua "terduga TBC" belum dimulai di LABKESDA	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Membuat Kebijakan Teknis Pemanfaatan TCM untuk semua "Terduga TBC" di RS	1. Membuat dan mendiseminasi SOP pemanfaatan TCM	RSU	Dinkes	APBD Kab, Lembaga Mitra
				2. Monev TBC di RSK SUMBERGLAGAH per triwulan	Dinkes	Labkesda, RSK	APBD Kab, Lembaga Mitra
	Pemenuhan Infrastruktur, Peralatan dan SDM di RS		1. Penilaian awal (Infrastruktur, peralatan, dan SDM) bersama LRN BBLK Surabaya)	RSUD	BBLK Surabaya, Dinkes Prov, Dinkes Kab	APBD Kab, RS, Lembaga Mitra	
			2. Pelatihan SDM untuk pemeriksaan biakan TBC	RSUD	BBLK Surabaya, Dinkes Prov, Dinkes Kab	APBD Kab, RS, Lembaga Mitra	
			3. Supervisi Bimbingan Teknis	BBLK	Dinkes	APBD Prov, APBD Kab.	

2e LABORATORIUM (lembar #3)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis / Uji Silang yang belum optimal	Infrastruktur, peralatan, dan SDM di LABKESDA belum memenuhi persyaratan	Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC"	Pemenuhan Persyaratan Infrastruktur, Peralatan dan SDM di RS	1. Asesmen awal (Infrastruktur, peralatan, dan SDM) bersama LRN BBLK Surabaya	RSUD	BBLK Surabaya, Dinkes	APBD Kab, Lembaga Mitra
				2. Pelatihan SDM untuk pemeriksaan Biakan TBC	RSUD	BBLK Surabaya, Dinkes Prov, Dinkes Kab	APBD Kab, RS, Lembaga Mitra
				3. Supervisi dan bimbingan teknis	BBLK	Dinkes	APBD Prov, APBD Kab

STRATEGI 3
Pengendalian Faktor Resiko

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

STRATEGI 4
Peningkatan Kemitraan TBC melalui Forum Koordinasi TBC

Strategi 4 (lembar #1)

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

Strategi 4 (lembar #2)

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

STRATEGI 5
Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Pengendalian TBC

Strategi 5 (lembar #1)

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

STRATEGI 6

Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan

Strategi 6 (lembar #1)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Masih ada kelemahan dalam sistem surveilans TBC di Kabupaten	6.1 Penguatan Sistem Kesehatan						
	Belum semua petugas fasyankes menguasai penggunaan SITT	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Penguatan surveilans TBC di fasyankes melalui SITT	1. Pelatihan kerja penggunaan SITT bagi petugas fasyankes	Dinkes		APBD Kab
				2. Validasi data TBC setiap 3 bulan	Dinkes		APBD Kab
				3. Analisa data dan umpan balik TBC ke fasyankes	Dinkes		tidak ada dana
	Sistem pengumpulan data TBC yang belum optimal		Penguatan Sistem Pengumpulan Data TBC	1. Sosialisasi surveilans terkait <i>mandatory notification</i> bagi RS Swasta, DPM, Klinik Swasta, Lab, Apotik	Dinkes		APBD Kab, Lembaga Mitra
				2. Implementasi <i>software/aplikasi</i> pengolah data sebagai pendukung sistem informasi Program TBC	Dinkes		APBD Kab, Lembaga Mitra
				3. Verifikasi Nomor Induk Kependudukan (NIK) untuk mencegah duplikasi data dan mengintegrasikan dengan sistem informasi kesehatan lainnya, seperti SIKDA, BPJS, SIHA.	Dinkes		APBD Kab
				4. Sosialisasi updater 10.04 SITT 2 yang sudah sesuai dengan pencatatan dan pelaporan sesuai rekomendasi WHO kepada fasyankes	Dinkes		APBD Kab, Lembaga Mitra
				5. Bimtek dan supervisi ke Puskesmas perihal pencatatan dan pelaporan TBC menggunakan SITT dan e-TBC	Dinkes		APBD Kab

Strategi 6 (lembar #2)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Masih ada kelemahan dalam sistem surveilans TBC di Kabupaten	6.1 Penguatan Sistem Kesehatan						
	Belum semua petugas fasyankes menguasai penggunaan SITT	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Penguatan surveilans TBC di fasyankes melalui SITT	1. OJT penggunaan SITT bagi petugas fasyankes	Dinkes		APBD Kab
				2. Validasi data TBC setiap 3 bulan	Dinkes		APBD Kab
				3. Analisa data dan umpan balik TBC ke fasyankes	Dinkes		tidak ada dana
	Sistem pengumpulan data TBC yang belum optimal		Penguatan Sistem Pengumpulan Data TBC	1. Sosialisasi surveilans terkait <i>mandatory notification</i> bagi rumah sakit, DPM, klinik swasta, laboratorium, apotik	Dinkes		APBD Kab, Lembaga Mitra
				2. Mengimplementasikan <i>software/aplikasi</i> pengolah data sebagai pendukung sistem informasi Program TBC	Dinkes		APBD Kab, Lembaga Mitra
				3. Verifikasi Nomor Induk Kependudukan (NIK) untuk mencegah duplikasi data dan mengintegrasikan dengan sistem informasi kesehatan lainnya, seperti SIKDA, BPJS, SIHA.	Dinkes		APBD Kab
		Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Penguatan Sistem Pengumpulan Data TBC (lanjutan halaman sebelumnya)	1. Sosialisasi updater 10.04 SITT 2 yang sudah sesuai dengan pencatatan dan pelaporan sesuai rekomendasi WHO kepada fasyankes	Dinkes		APBD Kab, Lembaga Mitra
				2. Bimtek dan supervisi ke Puskesmas perihal pencatatan dan pelaporan TBC menggunakan SITT dan e-TBC	Dinkes		APBD Kab

Strategi 6 (lembar #3)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Logistik yang belum memadai	6.2 Pengadaan dan Distribusi Logistik TBC						
	Terjadinya kehabisan stok OAT	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Pengadaan Logistik TBC	1. Pengadaan Logistik Non OAT (mikroskop, Reagen Zn, Pot dahak, Slide, Formulir, RR TBC, Masker N95, tuberculin test, masker bedah)	Dinkes		APBD Kab
				2. Menyusun perencanaan dan Pengadaan materi KIE TBC Lokal Spesifik	Dinkes		APBD Kab
				3. Monev Logistik TBC	Dinkes		
Infrastruktur, peralatan, dan SDM di RSUD Dr. Iskak belum memenuhi persyaratan	Pemenuhan Persyaratan Infrastruktur, Peralatan dan SDM di RS		Pengadaan Kebutuhan Infrastruktur, peralatan, bahan habis pakai, dan SDM Lab Pemeriksaan Biakan TBC	RSUD	BBLK Surabaya, Dinkes Lab	APBD Kab, RSUD Lembaga Mitra	
Akses Layanan HIB di Puskesmas VCT belum optimal	Dokter dan Petugas sudah dilatih PITC, tapi akses layanan tes HIV masih terbatas 14 Puskesmas VCT, sehingga belum semua pasien TBC dilakukan tes HIV		Peningkatan kapasitas fasyankes dan laboratorium	Pemenuhan sarpras VCT	Dinkes	Puskesmas	APBD Kab, RSUD, Lembaga Mitra

Strategi 6 (lembar #4)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
	6.2 Pengadaan dan Distribusi Logistik TBC (lanjutan)						
Logistik yang belum memadai	Terjadinya kehabisan stok OAT dan non OAT		Distribusi Logistik TBC.	Transportasi logistik TBC dari kabupaten ke provinsi (PP)	Dinkes		APBD Kab
	Infrastruktur, peralatan, dan SDM di RSUD Dr. Iskak belum memenuhi persyaratan		Pemenuhan Persyaratan Infrastruktur, Peralatan dan SDM di RS	Pengadaan kebutuhan Infrastruktur, peralatan, bahan habis pakai, dan SDM Lab Pemeriksaan Biakan TBC	RSUD	BBLK Surabaya, Dinkes Kab	APBD Kab, RSUD, Lembaga Mitra
Akses layanan Tes HIV di Puskesmas VCT belum optimal	Dokter dan Petugas sudah dilatih PITC , tapi akses layanan tes HIV masih terbatas di 14 Puskesmas VCT, sehingga belum semua pasien TBC dilakukan tes HIV		Peningkatan kapasitas Fasyankes dan Laboratorium	Pemenuhan sarpras VCT	Dinkes	Puskesmas	APBD Kab, APBD Prov

Strategi 6 (lembar #5)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
	6.3 Peningkatan Kapasitas SDM						
Kapasitas SDM untuk penemuan kasus TBC belum standar	Sekitar 30% SDM Puskesmas masih belum terlatih sehingga mempengaruhi efektifitas penemuan kasus di Puskesmas	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Intensifikasi penemuan kasus di Puskesmas	Pelatihan TBC bagi SDM Puskesmas	Dinkes	Dinkes Prov	APBD Kab
	Rendahnya keterlibatan RS Swasta dalam program TBC karena belum berjejaring dengan Dinkes		Extensifikasi penemuan kasus di RS swasta	Pelatihan SDM di RS swasta dalam penanggulangan TBC melalui strategi DOTS	Dinkes	RS Swasta	Swadaya RS Swasta
	Banyak kader yang akhirnya berhenti (kurang komitmen) melakukan penemuan kasus		Peningkatan Peran Kader dalam Penemuan Kasus TBC	Pembentukan dan pelatihan kader PKK sebagai Jumantuk (Juru Pemantau Batuk) untuk penemuan TBC secara aktif di masyarakat	TP-PKK	Puskesmas, Poskesdes	TP-PKK
	Belum semua Puskesmas menerapkan MTBCS dengan baik, sehingga kecurigaan TBC pada Anak dengan BB rendah masih belum optimal		Pelaksanaan Skrining TBC Anak melalui MTBCS, RS dan Sekolah.	Pelatihan petugas MTBCS di fasyankes untuk penapisan TBC Anak	Dinkes	Puskesmas	APBD Kab
	Angka keberhasilan pengobatan TBC masih rendah		SOP penanganan Efek Samping Obat (ESO) belum dilaksanakan dengan optimal	Peningkatan Kapasitas Petugas Kes. Dalam Pelaksanaan SOP ESO	Pelatihan tata laksana ESO TBC bagi petugas kesehatan.	Dinkes	RS, Puskesmas, Pendamping, CSO
Angka penemuan kasus TBC-RO dan pengobatan TBC-RO yang-	Kapasitas Petugas untuk Diagnosis TBC RO belum optimal	Peningkatan kapasitas petugas pengelola TBC-RO	Pelatihan dan Sosialisasi MTPTRO kepada Petugas Pengelola TBC di Fasyankes.	Dinkes	RSUD, Lembaga Mitra	APBD Kab, Lembaga Mitra	
	Kontak investigasi pada "Kontak-	Pelaksanaan Kontak Investigasi pada "Kontak-	Pelatihan PMO untuk Kader di Puskesmas	Dinkes	Puskesmas	APBD Kab, Lembaga Mitra	

Strategi 6 (lembar #6)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Rendah	Serumah" pasien TBC-RO belum dilakukan		Serumah" pasien TBC-RO				
6.3 Peningkatan Kapasitas SDM (lanjutan)							
Akses layanan Tes HIV di Puskesmas VCT belum optimal	Dokter dan petugas sudah dilatih PITC tapi akses layanan tes HIV masih terbatas di 14 Puskesmas VCT, sehingga belum semua pasien TBC dilakukan tes HIV	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Peningkatan kapasitas Dokter dan Petugas Lab.	Pelatihan Tim Puskesmas Non KTHIV menjadi Puskesmas KTHIV	Dinkes	Puskesmas	APBD Kab, APBD Prov
Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis / Uji Silang yang belum optimal	15 dari 32 Puskesmas masih berstatus Satelit sehingga menyulitkan dalam penegakan diagnosis TBC Infrastruktur, peralatan, dan SDM di RSUDDr. Iskak belum memenuhi persyaratan		Pembinaan Rujukan Uji Silang Lab Mikroskopis	Pelatihan mikroskopis bagi petugas laboratorium Puskesmas Satelit, RS Swasta dan Lab Swasta	Dinkes	RSUD	APBD Kab, Lembaga Mitra
Pengobatan pencegahan TBC pada ODHA dan Anak dengan INH belum berjalan	Belum tersosialisasikannya pencegahan dan pengobatan TBC pada ODHA dan Anak		Pemenuhan Persyaratan Infrastruktur, Peralatan dan SDM di RS	Pelatihan SDM untuk pemeriksaan Biakan TBC	RSUD	BBLK Surabaya, Dinkes Prov, Dinkes Kab	APBD Kab, RS, Lembaga Mitra
Jejaring pelayanan TBC belum berfungsi dengan baik	Keterlibatan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam penelitian dan jejaring pelayanan TBC (termasuk penapisan) belum tergal.		Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pemberian PPINH	Pelatihan PPINH pada petugas kesehatan	Dinkes	RS, Puskesmas VCT	APBD Kab, Lembaga Mitra
			Kerjasama antara Dinkes dengan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam Penelitian- dan jejaring Pelayanan TBC	Pelatihan kader TBC bagi Sekolah dan Perguruan Tinggi	Puskesmas	Dinkes, PT, Sekolah	PT, Sekolah, Lembaga Mitra

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	

Strategi 6 (lembar #7)

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

BAB VI

PEMBIAYAAN

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

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

6.1 Tujuan dan Arah Pembiayaan

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

6.2 Mekanisme Pembiayaan

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

6.3 Proses Perhitungan Pembiayaan

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

Sedangkan frekuensi adalah jumlah *event* dalam satu mata kegiatan, disebutkan pelaksanaannya berapa kali dalam setahun.

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

Peraturan Daerah. Standar biaya dimaksud lazim disebut Harga Satuan Pokok Kegiatan (HSPK).

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

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

6.4 Proyeksi Biaya

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

BAB VII
PENUTUP

RAD penanggulangan TBC di Kabupaten Mojokerto merupakan referensi untuk proses perencanaan dan penganggaran yang resmi dan diberlakukan oleh Pemerintah Kabupaten Mojokerto. Sebagai sebuah rencana aksi yang berkelanjutan dalam rangka menuju Eliminasi TBC Tahun 2035, penyusunan RAD Penanggulangan TBC menjadi langkah strategis bagi penyelenggaraan pelayanan publik bidang kesehatan yang diamanatkan dalam Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang wajib dipenuhi oleh Pemerintah Daerah.

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

WAKIL BUPATI MOJOKERTO,


PUNGKASIADI