



**BUPATI BOALEMO
PROVINSI GORONTALO**

**PERATURAN BUPATI BOALEMO
NOMOR 16 TAHUN 2019**

TENTANG

**RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS
KABUPATEN BOALEMO TAHUN 2019-2024**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BOALEMO,

Menimbang :

- a. bahwa Tuberculosis di kabupaten Boalemo masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang menimbulkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian yang tinggi sehingga perlu di lakukan Upaya penanggulangan;
- b. bahwa dalam rangka melaksanakan ketentuan Pasal 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberculosis, pemerintah pusat, pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab menyelenggarakan penanggulangan TB.
- c. Bahwa Berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud huruf a dan huruf b perlu disusun Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkolosis Kabupaten Boalemo Tahun 2019-2023 yang ditetapkan dengan Peraturan Bupati;

PARAF KOORDINASI	
DINAS	
BADAN	
KANTOR	
BAGIAN	

Mengingat :

1. Undang undang Nomor 50 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Boalemo (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 178, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3899), sebagaimana telah diubah dengan undang undang Nomor 10 Tahun 2000 tentang Perubahan Atas Undang Undang Nomor 50 Tahun 1999 Tentang Pembentukan Kabupaten Boalemo (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 77, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3965);
2. 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);
3. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126,

PARAF HIRARKHIS	
WABUP	
SEKDA	
ASS I	
KADAG HUKUM	

- Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
 5. 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);
 6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 7. Undang - Undang Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan PerUndang - Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234
 8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
 9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
 10. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5887);
 11. 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 tentang perubahan kedua Atas Peraturan Menteri dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 310);
 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1755);
 13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara

Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1475);

14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 122);
15. Peraturan Daerah Kabupaten Boalemo Nomor 5 Tahun 2016 tentang Pembentukan Dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Boalemo Tahun 2016 Nomor 5, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Boalemo Nomor 302);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN TUBERKOLOSIS KABUPATEN BOALEMO TAHUN 2019 - 2024.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Bupati adalah Bupati Boalemo.
2. Daerah adalah Kabupaten Boalemo.
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 Boalemo.
5. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu kepala daerah dan DPRD dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
6. Badan Perencanaan Penelitian dan Pengembangan Daerah yang selanjutnya disebut Bappeda adalah Bappeda Kabupaten Boalemo.
7. Inspektorat adalah Inspektorat Kabupaten Boalemo.
8. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo.
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 Boalemo.

BAB II

PERAN DAN FUNGSI

Pasal 2

RAD Penanggulangan TB Kabupaten Boalemo Tahun 2019-2024 berperan sebagai rencana pengembangan kapasitas daerah untuk perluasan program penanggulangan TB dan penyehatan lingkungan dalam rangka mendukung program percepatan eliminasi TB Tahun 2035.

Pasal3

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

- a. instrumen kebijakan pengembangan program penanggulangan TB daerah jangka menengah;
- b. rencana peningkatan kinerja penanggulangan TB di Kabupaten Boalemo;
- 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 Boalemo Tahun 2019-2024 disusun dengan sistematika sebagai berikut :

1. Bab I Pendahuluan
2. Bab II Analisa Situasi
3. Bab III Isu Strategis
4. Bab IV Indikator Kinerja
5. Bab V Strategi
6. Bab VI Pembiayaan
7. Bab VII Penutup

(2) RAD Penanggulangan TB Kabupaten Boalemo Tahun 2019-2024 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 Boalemo Tahun 2019-2024 di bebaskan pada APBN, APBD Kabupaten Boalemo, dan sumber dana lainnya yang sah dan tidak mengikat.

BAB V
PEMANTAUAN DAN EVALUASI
Pasal 6

- (1) Pemantauan dan Evaluasi RAD Penanggulangan TB Kabupaten Boalemo Tahun 2019-2024 dilaksanakan oleh Tim Teknis.
- (2) Tim Teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

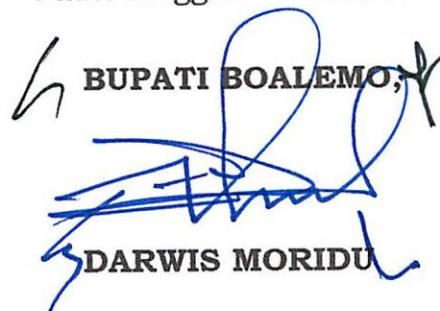


BAB VI
PENUTUP
Pasal 7

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Tilamuta
Pada tanggal 1 Maret 2019


BUPATI BOALEMO,
DARWIS MORIDU

Diundangkan di Tilamuta
Pada tanggal 1 MARET 2019
SEKERTARIS DAERAH KABUPATEN BOALEMO,



H.A. ETANGO

(BERITA DAERAH KABUPATEN BOALEMO TAHUN 2019 NOMOR 757)

LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI BOALEMO
NOMOR : 16 TAHUN 2019
TANGGAL : 1 MARET 2019

TENTANG : RENCANA AKSI DAERAH
PENANGGULANGAN
TUBERCOLOSIS KABUPATEN
BOALEMO TAHUN 2019 - 2024

RAD PENANGGULANGAN TB KABUPATEN BOALEMO TAHUN 2019-2024

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indonesia masih menghadapi tantangan besar dalam penanggulangan dan pengendalian TB. Meningkatnya kasus TB MDR, TB HIV, TB DM, TB pada anak dan masyarakat rentan lainnya menjadi beban berat bagi program kesehatan masyarakat di Indonesia. Survei Prevalensi Nasional (SPN) TB 2013-2014 memperkirakan prevalensi TB sebesar 660/100.000, berarti perkiraan penderita TB yang ada di masyarakat saat ini 660 pasien dari 100.000 penduduk, sedangkan prevalensi di Provinsi Gorontalo sebesar 316/100.000 penduduk. Angka tersebut menekankan bahwa persoalan penanggulangan dan pengendalian TB 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 TB. 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 TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar*". Dan undang undang No 23 thn 2014 tentang Pemerintah Daerah pasal 258.

TB adalah penyakit yang menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Kuman TB 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 TB paru BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman dalam udara dalam bentuk *droplet* (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau *droplet* tersebut terhirup kedalam saluran napas. Setelah kuman TB masuk kedalam tubuh manusia kedalam pernafasaan, kuman TB dapat menyebar dari paru kebagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, sistem saluran getah bening atau menyebar langsung kebagian tubuh lainnya. Daya penularan dari seorang pasien TB ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut. Kemungkinan seseorang terinfeksi TB ditentukan oleh konsentrasi *droplet* dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

Sekitar 75% pasien TB adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15 – 50 Tahun). Diperkirakan seorang pasien TB 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 TB, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TB juga memberikan dampak buruk lainya secara sosial, seperti stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat.

Penduduk Kabupaten Boalemo saat ini berjumlah 162.577 jiwa, maka perkiraan jumlah kasus TB di Kabupaten Boalemo adalah sebesar 691 kasus (seluruh kasus). Pada tahun 2017 ditemukan 420 kasus dan hal ini tentunya masih sangat jauh dari perkiraan jumlah kasus TB di Kabupaten Boalemo yakni sebesar 691 kasus, artinya masih terdapat 271 kasus TB yang belum ditemukan. Oleh karena itu tentunya Program Pengendalian TB di Kabupaten Boalemo masih memerlukan banyak upaya peningkatan penemuan Terduga dan penderita TB.

Adapun tantangan yang selama ini dihadapi dalam program pengendalian TB di kabupaten Boalemo diantaranya terkait keterlibatan rumah sakit umum daerah, klinik swasta dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam pengendalian TB 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 Boalemo dan menyusun protokol serta kesepakatan jejaring eksternal yang akan menjadi dasar untuk melakukan koordinasi dan komunikasi

terkait rujukan atau pelacakan pasien TB yang tidak berobat secara teratur. Selain itu tidak kalah penting bahwa keberhasilan pengendalian dan keberhasilan pengobatan TB juga memerlukan peran serta aktif masyarakat dalam menemukan Terduga TB, penderita TB serta menjadi PMO.

Salah satu permasalahan yang perlu mendapat perhatian terkait dengan masih rendahnya temuan serta pengobatan TB yang ada di Kabupaten Boalemo adalah belum terlibatnya semua komponen terkait dalam upaya pengendalian TB. 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 TB di Kabupaten Boalemo Tahun 2018 -2022.

1.2 Maksud, Tujuan dan Fungsi RAD Pengendalian TB

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

1) RAD Penanggulangan TB bertujuan untuk:

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

2) RAD Pengendalian TB berfungsi sebagai:

- a. pedoman bagi perangkat daerah terkait dalam upaya percepatan menuju eliminasi TB 2035;
- b. pedoman untuk memfasilitasi koordinasi dan integrasi program-program pelayanan publik yang terkait dengan upaya percepatan menuju eliminasi TB 2035;
- c. pedoman untuk mensinergikan berbagai upaya penanggulangan TB antar perangkat daerah dan pihak terkait lainnya;

- d. dokumen bagi masyarakat dan pihak-pihak lain yang berkepentingan untuk memantau pelaksanaan program Penanggulangan TB di daerah.
- 3) RAD Penanggulangan TB memiliki nilai strategis sebagai berikut:
- a. penyelenggaraan pelayanan publik, termasuk didalamnya pelayanan kesehatan merupakan tugas utama pemerintah daerah. Penanggulangan TB merupakan salah satu pelayanan kesehatan dasar yang telah ditetapkan menjadi SPM yang wajib dipenuhi oleh pemerintah daerah;
 - b. Strategi Penanggulangan TB dalam RAD Penanggulangan TB lebih banyak mengarah pada promosi, pencegahan dan perbaikan kualitas layanan;
 - c. Penyusunan RAD Penanggulangan TB 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 TB, terutama upaya promosi, pencegahan dan peningkatan kualitas layanan. Namun perlu dipahami oleh semua pemangku jabatan, terutama pemerintah daerah, bahwa RAD Penanggulangan TB bukan sebuah kegiatan proyek yang selama ini terbatas pada tahun anggaran. RAD Penanggulangan TB 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 TB.

1.3 Landasan Hukum dan Kebijakan RAD Penanggulangan TB

1. Undang – Undang Nomor. 4 Tahun 1984 tentang penyakit menular
2. Undang – Undang Nomor. 29 Tahun 2014 Tentang Praktik Kedokteran
3. Undang – Undang Nomor, 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintah daerah
4. Undang – Undang Nomor, 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan
5. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 2014 Tentang Penangan Wabah Penyakit Menular
6. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan
7. Peraturan Pemerintah Nomor 66 tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkungan

8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/menkes/per/X/2011. Tentang Izin Praktek dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 Tentang Penanggulangan Penyakit Menular
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standard Pelayanan Minimal
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberculosis

Kabupaten Boalemo telah mengembangkan dan menerapkan pola penanggulangan dan pengendalian TB sejak tahun 2004 berlandaskan peraturan dan undang-undang yang berlaku agar penyelenggaraan program dan kegiatannya sesuai aturan dan tidak melanggar norma serta hak asasi penderita TB, masyarakat maupun petugas kesehatan.

1.3.1 Landasan Hukum dan Dasar Penyusunan RAD Penanggulangan TB

1. Berdasarkan amanat Pasal 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkolosis,
2. Surat Menteri Dalam Negeri No 440/4838 / Bangda/ tanggal 26 Oktober tahun 2016, tentang Dukungan percepatan penanggulangan Tuberculosis
3. Surat Dirjen Pencegahan dan pengendalian penyakit No.HK.03.03/DI/111.1/951/2016. Tentang Peningkatan penemuan kasus Tuberculosis
4. RPJMN 2015 – 2019 Target Nasional yakni pengendalian penyakit menular yang salah satunya terkait dengan Tuberculosis (TBC)

Maka dalam akselerasi percepatan pengendalian TB 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 2018 adalah 425/100.000 penduduk berarti seharusnya kasus yang ada 691 dan jika target nasional penemuan kasus minimal 70% artinya Kabupaten Boalemo harus menemukan 516 kasus. Hal ini diharapkan dapat mempengaruhi percepatan eliminasi TB di Kabupaten Boalemo

1.3.2 Kebijakan RAD Penanggulangan TB

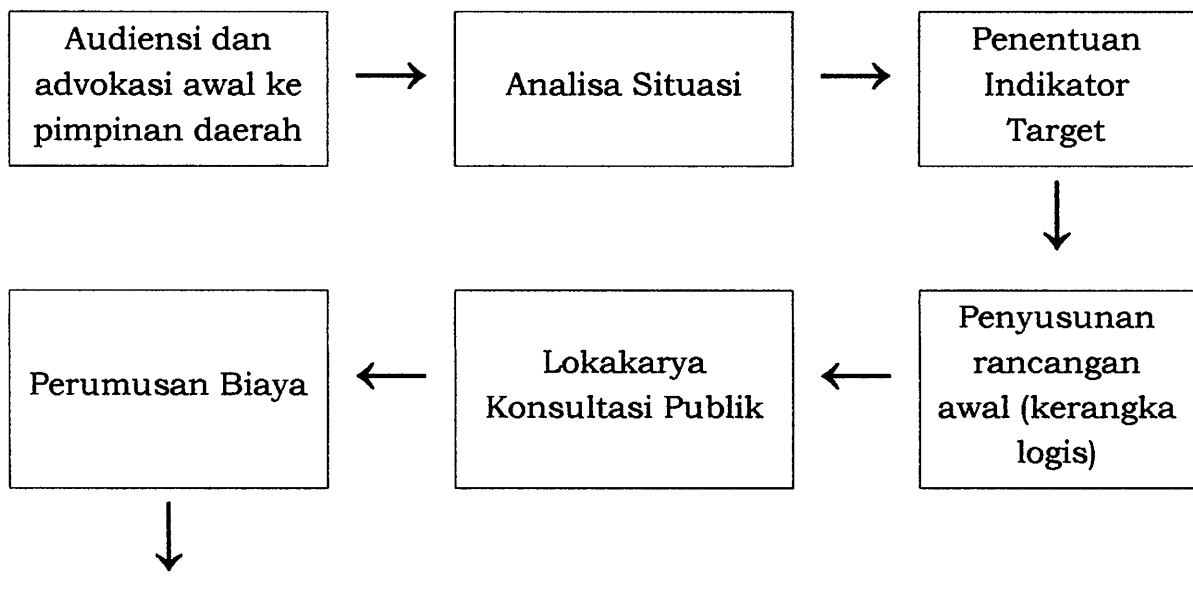
Secara umum kebijakan dalam RAD penanggulangan TB di Kabupaten Boalemo berfokus pada:

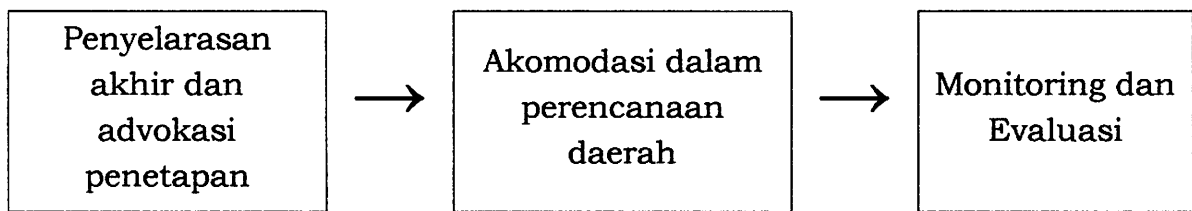
- a. penemuan penderita baru TB kasus Baru (CDR) minimal 95%
- b. persentase angka konversi penderita baru minimal 85%.
- c. persentase kesembuhan penderita baru minimal 95 %.
- d. adanya komitmen pemerintah dan swasta tentang program TB dengan DOTS.
- e. meningkatkan kerjasama lintas program dan lintas 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 TB.
- i. menyediakan sarana dan prasarana untuk program TB 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 TB di Kabupaten Bolemo telah dimulai pada bulan November 2018 setelah Dinas Kesehatan menugaskan staf untuk mengikuti TOT Manajemen Pengendalian Tuberculosis tanggal 31 juli - 11 Agustus 2018 di Jakarta yang diselenggarakan oleh Sub Direktorat TB – Kementerian Kesehatan. Tahapan-tahapan penyusunan RAD Penanggulangan TB mengacu pada Petunjuk Teknis Penyusunan RAD.

Rangkaian proses penyusunan RAD Penanggulangan TB Kabupaten Boalemo dapat diketahui pada Gambar 1.1.





Gambar 1.1 Rangkaian Penanggulangan TB Kabupaten Boalemo

Adapun rincian agenda rangkaian proses penyusunan RAD Penanggulangan TB Kabupaten Boalemo sebagai berikut:

- 1) audiensi dan Advokasi awal ke Bupati telah dilaksanakan pada tanggal ;24 Januari 2019
- 2) analisa Situasi dilaksanakan pada tanggal: 30 Januari 2019;
- 3) pertemuan untuk menentukan Indikator dan Target dilaksanakan pada tanggal 11 Februari 2019;
- 4) penyusunan Rancangan Awal RAD untuk menghasilkan draft Kerangka Logis dilaksanakan pada tanggal 20 Februari 2019;
- 5) *Focused Group Discussion* (FGD) untuk memastikan program dan kegiatan yang menjadi tanggungjawab perangkat daerah dan unit kerja lain yang terlibat dilaksanakan pada tanggal 28 Februari 2019;
- 6) Lokakarya Konsultasi Publik dilaksanakan pada tanggal 12 Maret 2019;
- 7) Perumusan pembiayaan dilaksanakan pada tanggal 20 Maret 2019;
- 8) Penyelarasan akhir dan advokasi penetapan dilaksanakan pada tanggal 25 Maret 2019;
- 9) Konsultasi Anggaran kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah dilaksanakan pada tanggal 28 Maret 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-TB adalah organisasi nirlaba internasional yang secara khusus berfokus pada pengentasan tuberkulosis (TB) di seluruh dunia dengan memperkuat sistem kesehatan dalam penanggulangan TB 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.
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 TB 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 TB 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 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)
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 TB 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 TB adalah slogan sekaligus kegiatan nyata di masyarakat melalui penemuan secara aktif dan masif sekaligus mendinging Pasien TB yang sedang berobat untuk berobat hingga sembuh
30. Tes Cepat Molekuler, yang selanjutnya disebut TCM Pemeriksaan laboratorium untuk uji kepekaan *Mycobacterium tuberculosis* mengurai DNA bakteri dan menggunakan ultrasonik untuk menghancurkan sel bakteri secara cepat.
31. Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat TB adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang paru dan organ lainnya.
32. Tuberkulosis *All Case*, yang selanjutnya disebut TB *All Case* adalah jumlah seluruh kasus Tuberkulosis baik yang memiliki hasil positif maupun negatif.
33. Tuberkulosis Diabetes Mellitus, yang selanjutnya disebut TB DM adalah penderita Tuberkulosis yang disertai dengan koinfeksi penyakit Diabetes Mellitus
34. Tuberkulosis *Human Immunodeficiency Virus*, yang selanjutnya disebut TB HIV adalah penderita Tuberkulosis yang disertai dengan koinfeksi penyakit HIV/AIDS.
35. Tuberkulosis Resisten Obat, yang selanjutnya disebut TB RO adalah penyakit TB 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

Berdasarkan Undang Undang no 50 Tahun 1999 Tentang pembentukan Kabupaten Boalemo (lembaran tahun 1999b Nomor 187,jo Undang – Undang Nomor 10 Tahun 2000); Kabupaten Boalemo Terdiri dari 10 Kecamatan, kemudian pada tahun 2003 Boalemo barat yang terdiri dari kecamatan paguat,marisa Randangan,Lemito dan Popayato di mekarkan lagi dan di beri nama kabupaten Pohuwato, Dengan demikian Kabupaten Boalemo sampai saat ini Mempunyai 7 kecamatan Yaitu : Kecamatan Paguyaman, Kecamatan Wonosari, Kecamatan Paguyaman Pantai, Kecamatan Dulupi, Kecamatan Tilamuta, Kecamatan Botumoito dan Kecamatan Manunggu

a. Geografi

Keadaan Geografis Kabupaten Boalemo terdiri dari daerah pegunungan, daerah pertanian dan pesisir pantai dengan luas 2300,44 KM² atau 20,55 % dari Luas daerah Provinsi Gorontalo 12,215,44 (km) dengan rata rata ketinggian daerahnya 30,14 m di atas permukaan laut

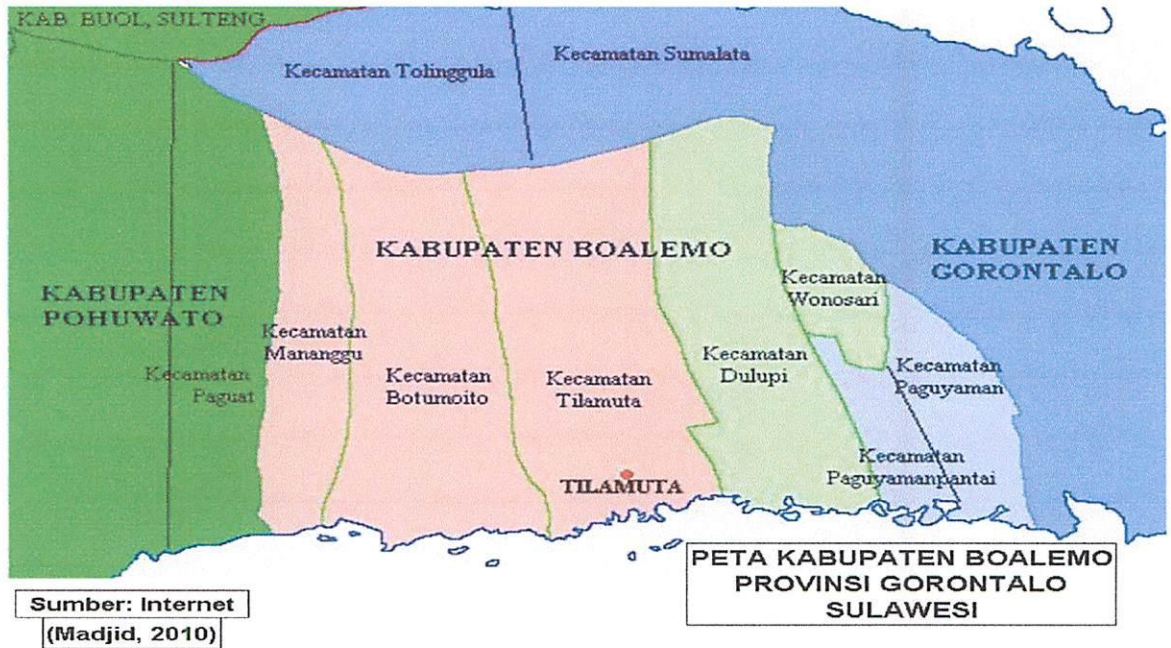
Kabupaten Boalemo terletak antara 122,8° – 122,38° Bujur Timur dan 0,030 – 1,00 Lintang Selatan, dengan Batas batas wilayah sebagai berikut

- Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Gorontalo
- Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Gorontalo
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Teluk Tomini
- Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Pohuwato

Secara Umum, udara di kabupaten Boalemo rata rata pada siang hari 31,2 derajat celsius sedangkan suhu udara rata rata pada malam hari 23,60 cellsius kelembaban udara relatif tinggi dengan rata rata 82,8 persen

Ditinjau dari sisi willayah pemerintah Kabupaten Boalemo terdiri dari 7 Kecamatan dan 82 Desa. Jarak antara kabupaten boalemo ke ibu kota Provinsi Gorontalo adalah 106 KM, sedangkan jarak terjauh kecamatan ke ibu kota kabupaten Boalemo adalah 70 KM yaitu kecamatan Paguyaman pantai

Transortasi semua kecamatan yang di wilayah kabupaten boalemo dapat di jangkau dengan kendaraan bermotor roda 4 dan roda 2, namun pada keadaan tertentu terutama pada musim penghujan ada beberapa desa yang sulit di jangkau oleh akses jalan yang belum memadai desa desa tersebut berada di kecamatan paguyaman pantai, kecamatan wonosari



b. Demografi

Jumlah penduduk Kabupaten Boalemo dicatat dari data Biro Pusat Statistik Kabupaten Boalemo dalam 5 tahun terakhir (2014 – 2018) mengalami pertumbuhan rata-rata sebesar 0,56%. Angka pertumbuhan ini masih lebih rendah dibandingkan dengan laju pertumbuhan penduduk rata-rata di Provinsi Gorontalo yang mencapai 0,71%.

Tabel 2.1 Jumlah Penduduk Kabupaten Boalemo Tahun 2014 - 2018

Tahun	Jumlah Penduduk	Laju Pertumbuhan
2014	149,392	0,8
2015	154,403	0,10
2016	154,008	0
2017	154,333	0,10
2018	162,577	0,10

Usia produktif 24-55 tahun merupakan kelompok usia yang paling banyak kasus tuberkulosis di Kabupaten Boalemo. Dari jumlah kasus TB yang ditemukan pada Tahun 2017 sebanyak 293 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 TB.

Tabel 2.2 Jumlah Kasus TB *All Case* Tiap Kecamatan Kabupaten Boalemo

NO.	KECAMATAN	LUAS WILAYAH (km^2)	JUMLAH PENDUDUK	KEPADATAN PENDUDUK <i>per km²</i>	KASUS TB ALL CASE
1.	Tilamuta	31,140,0	34,625	0,08	66
2.	Botumoito	47.340.0	17.627	2,6	28
3.	Mananggu	42.340.0	15,132	0,2	33
4.	Dulupi	32.630.0	19.276	1,6	37
5.	Wonosari	44.240.0	29.816	1,4	40
6.	Paguyaman	19.660.0	36.661	0,5	78
7.	Paguyaman Pantai	12.450.0	9.440	1,3	11
JUMLAH		230.090.0	162,577	0,70	293

Dari data yang ada kasus tuberkulosis di Kabupaten Boalemo terjadi pada daerah dengan jumlah penduduk yang banyak. Ini menunjukkan dimana kontak erat dalam penularan TB dan intensitas serta cara penularan TB 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 Boalemo adalah 47,93% angka ini diperoleh dari perbandingan antara jumlah penduduk usia non produktif sebanyak 79.247 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) Jauh 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 Boalemo 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 Boalemo 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 TB. Sehingga masyarakat akan memeriksakan dirinya ke fasilitas kesehatan untuk mengetahui kesehatannya.

e. Epidemiologi TB

TB sampai saat ini merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Kabupaten Boalemo walaupun upaya pengendalian dengan strategi DOTS telah diterapkan sejak tahun 2005 namun masih belum maksimal hasilnya. Pada tahun 2016 diperkirakan terdapat 681 kasus TB (ditemukan sebanyak 536), dimana 26 diantaranya adalah pasien TB dengan HIV positif. Kasus TB-MDR tahun 2016 sebanyak 4 orang dan 2 diantaranya meninggal dunia. Meskipun kasus TB sebagian besar terjadi pada pria (sebanyak 302 kasus atau 61%) tetapi angka kesakitan pada wanita akibat TB juga cukup tinggi (sebanyak 204 kasus 39%). Pada tahun 2016 proporsi kasus TB anak diantara seluruh kasus TB secara keseluruhan mencapai 22% (30 kasus).

Sekitar 55,2% pasien TB adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15-55 tahun). Diperkirakan seorang pasien TB 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 TB, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TB juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial, seperti stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat.

Penyebab utama meningkatnya beban masalah TB 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 TB.
- 4) kegagalan program TB selama ini.
- 5) kolaborasi TB HIV dan munculnya morbiditas TB DM.

- 6) tidak memadainya organisasi pelayanan TB (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 TB seperti gizi buruk, merokok, diabetes.
- 12) dampak pandemi HIV. Pandemi HIV/AIDS di dunia akan menambah permasalahan TB. Koinfeksi dengan HIV akan meningkatkan risiko kejadian TB secara signifikan.
- 13) kekebalan ganda kuman TB terhadap obat anti TB yang disebut sebagai TB-MDR semakin menjadi masalah akibat kasus yang tidak berhasil disembuhkan. Keadaan tersebut pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya epidemi TB yang sulit ditangani.

TB 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 TB. Untuk itu pemeriksaan bakteriologis yang mampu melakukan identifikasi terhadap *Mycobacterium tuberculosis* menjadi sarana diagnosis ideal untuk TB. Secara umum sifat kuman TB (*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 TB adalah pasien TB BTA positif melalui percik renik dahak yang dikeluarkannya. Namun, bukan berarti bahwa pasien TB 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 TB dengan BTA negatif juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB. Tingkat penularan pasien TB BTA positif adalah 65%, pasien TB BTA negatif dengan hasil kultur positif adalah 26% sedangkan pasien TB 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 TB 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 TB aktif (sakit TB). Bila jumlah orang terinfeksi HIV meningkat, maka jumlah pasien TB akan meningkat, dengan demikian penularan TB di masyarakat akan meningkat pula. Kurang lebih sekitar 10% yang terinfeksi TB akan menjadi sakit TB. Namun bila seorang dengan HIV positif akan meningkatkan kejadian TB melalui proses reaktifasi. TB umumnya terjadi pada paru (TB Paru). Namun, penyebaran melalui aliran darah atau getah bening dapat menyebabkan terjadinya TB diluar organ paru (TB Ekstra Paru). Apabila penyebaran secara masif melalui aliran darah dapat menyebabkan semua organ tubuh terkena (TB milier). Faktor risiko

kematian karena TB: 1) Akibat dari keterlambatan diagnosis 2) Pengobatan tidak adekuat 3) Adanya kondisi kesehatan awal yang buruk atau penyakit penyerta Catatan: Pasien TB tanpa pengobatan, 50% akan meninggal dan risiko ini meningkat pada pasien dengan HIV positif.

f. Dampak Sosial Ekonomi pada Pasien TB dan Keluarga

Kabupaten Boalemo terdiri dari 7 Kecamatan dan 82 desa dengan jumlah penduduk 165.773 jiwa. Berdasarkan estimasi prevalensi Provinsi Gorontalo sebesar 316 per 100.000 penduduk, maka estimasi jumlah penderita TB di Kabupaten Boalemo sebanyak 691 kasus TB (all case semua golongan umur). Jika dari estimasi (prevalensi) jumlah penderita TB tersebut diatas ditemukan semua (100%) dan kesemuanya diobati dengan strategi DOTS maka akan terselamatkan 1432 jiwa dari penyakit TB. (target kesembuhan 90% dari jumlah kasus).

Upaya menyembuhkan penderita TB 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 oleh Lembaga Mitra Internasional. Setiap penderita TB 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 TB reguler (6 bulan) membutuhkan biaya sebesar Rp.2.900.000,-sedangkan Dana Desa di Kabupaten Boalemo Tahun 2017 sebesar Rp.1.400.000,-.

Jika penemuan kasus dapat tercapai 100 % dan kesembuhan pengobatan tercapai 90% maka 2.918 jiwa sembuh dari TB 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 \times 12 bulan = 240 bulan). Hal ini belum termasuk jika penderita TB tergolong TB 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 TB

No	Rata-rata per Pasien	TB Reguler (6 bulan)	TB 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
<p>Keterangan:</p> <p>a. angka 1 kolom 2 : biaya ditanggung Pemerintah</p> <p>b. angka 2 kolom 2 : biaya yang dikeluarkan pasien dan keluarga diluar pengobatan</p> <p>c. angka 3 kolom 2 : estimasi tidak dapat bekerja penuh waktu (3 bulan) karena sakit</p> <p>d. angka 3 kolom 3 : UMK (Upah Minimum Kabupaten Boalemo 2015 (Rp.1.400.000)</p> <p>e. angka 4 kolom 2: asumsi meninggal di Usia 40 Th dan usia produktif sampai 60 tahun</p>			

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 TB dan Kebijakan Pembangunan Daerah

a. Program Pengendalian TB 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 Boalemo pada Tahun 2019-2023 adalah: "Terwujudnya Kesejahteraan Masyarakat Boalemo Melalui Peningkatan Sumber Daya Manusia Yang Profesional Berdasarkan Iman dan Taqwa".

Pada hakekatnya Visi ini menggambarkan Kabupaten Boalemo dalam mewujudkan kesejahteraan masyarakatnya akan dicapai melalui peningkatan sumber daya 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 Boalemo untuk periode 2016 – 2021, sebagai berikut:

- 1) Menikan TKOD 50 % Kepada seluruh ASN dan Tenaga Honorer .
- 2) Memberikan Pinjaman Modal Usaha bagi seluruh petani dan nelayan serta Pengusahaan kecil.
- 3) Menaikan Insentif 50 % untuk kepala desa dan seluruh perangkat desa.

- 4) Menaikan insentif, Imam Jemaah, pemangku adat, guru TPA serta pimpinan Agama hindu, Budha, Kristen dan konghucu.
- 5) Menaikan Insentif Bagi Penyuluh Pertanian.
- 6) Menaikan insentif Ketua Dasawisma.
- 7) Mempermudah BPJS Bagi Masyarakat
- 8) Memberikan Makan Gratis Bagi Keluarga yang sedang merawat pasien
- 9) Mamfaatkan SDM putra daerah
- 10) Gratis Benih, Pupuk
- 11) Gratis SIM
- 12) Gratis Kursus Bahasa inggris dan Bahasa Arab
- 13) Gratis Biaya Ambulance
- 14) Gratis beras miskin

Strategi pokok dalam peningkatan pelayanan 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 TB) mendapatkan

- 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 TB) mendapatkan prioritas yang tinggi, sehingga upaya untuk mengendalikan penyakit TB 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 TB. Agar penyebaran penyakit TB dapat dikendalikan, dilakukan upaya pencegahan oleh fasilitas pelayanan kesehatan mulai tingkat desa hingga Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD). Penanganan dan pengobatan pasien TB secara intensif dilaksanakan sebagai upaya kuratif serta merehabilitasi pasien TB 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 memberatkan masyarakat sehingga biaya kesehatan di Kabupaten Boalemo 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 Boalemo Melalui Peningkatan Sumber daya Manusia Yang Profesional Berdasarkan Iman dan Taqwa”.

- b. Program Pengendalian TB 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 Boalemo serta tugas dan fungsi Dinas Kesehatan, maka ditetapkanlah visi Dinas Kesehatan sebagai berikut "Masyarakat Boalemo 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 Boalemo 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 Boalemo 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 TB ini adalah sebagai berikut:

Tabel 2.5 Relevansi Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo

Visi : Masyarakat Boalemo 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 Boalemo 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 TB, 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 TB.

Kegiatan pengendalian TB 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 TB;
- 2) bimbingan teknis program P2 TB;

- 3) pelatihan P2TB bagi dokter pelaksana TB DOTS (peserta 20 DPM selama 5 hari);
- 4) pertemuan penguatan jejaring TB internal dan eksternal tingkat kecamatan (TB-HIV, TB MDR, TB DM);
- 5) sosialisasi TB pada masyarakat;
- 6) sosialisasi TB pada tempat kerja;
- 7) perincian sosialisasi RAD TB di Tingkat Kecamatan;
- 8) semilokakarya Perincian Target Penemuan TB di Tingkat Kecamatan;
- 9) penapisan HIV dan TB pada kelompok resiko tinggi;
- 10) kunjungan kasus TB baru;
- 11) pemantauan minum obat pada penderita TB;
- 12) penapisan TB di tempat kerja;
- 13) pelacakan pasien TB, TB HIV, TB MDR, TB DM yang putus obat/gagal/meninggal;
- 14) advokasi ke desa untuk pelaksanaan sosialisasi penemuan TB oleh masyarakat;
- 15) pengiriman terduga TB oleh kader;
- 16) konfirmasi hasil penemuan penderita TB oleh kader;
- 17) konfirmasi pengobatan penderita TB oleh kader;
- 18) konfirmasi keberhasilan pengobatan TB oleh kader
- 19) pengadaan alat habis pakai *sputum pot*;
- 20) Pengadaan alat habis pakai *slide*;
- 21) Pemberian makanan tambahan kalori tinggi protein pada pasien TB, TB HIV, TB MDR, TB DM (masyarakat miskin);
- 22) Pengadaan alat habis pakai masker N95;
- 23) Pengiriman Sampel, Pengepakan Spesimen TB MDR;
- 24) Transport Pemeriksaan TB MDR ke RS Rujukan.

Dalam rangka mencapai visi dan misi kepala daerah dan wakil kepala daerah terpilih terdapat beberapa faktor penghambat dan pendorong yang perlu diatur untuk pencapain visi dan misi dimaksud. 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 Boalemo berdasarkan Sasaran Renstra Kementerian Kesehatan beserta Faktor Penghambat dan Pendorong Keberhasilan Penanganannya

No	Sasaran Jangka Menengah Renstra Kemenkes	Permasalahan Pelayanan Dinkes Kab. Boalemo	Sebagai Faktor	
			Penghambat	Pendorong
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Persentase Kasus baru TB Paru (BTA positif) yang ditemukan sebesar 90%	Rendahnya cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit TB 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 (SP/PS) 2. Anggapan TBC merupakan penyakit yang "tabu"/guna2 3. Belum semua fasyankes swasta ikut TB DOTS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketersediaan fasyankes yang dapat memeriksa TB cukup dan merata (puskesmas rujukan TB) 2. Kemauan petugas tinggi 3. Logistik untuk program TB cukup
7.	Persentase Kasus baru TB Paru (BTA positif) yang disembuhkan sebesar 80%	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-TB 3. Stigma pada penderita TB 4. Co-infeksi TB HIV 5. Jangka waktu pengobatan yang lama 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersedianya jejaring penanganan TB 2. Adanya bantuan LSM 3. Logistik cukup (obat dan reagen pemeriksaan)

c. Program Pengendalian TB dalam Rencana Kerja Tahun Berjalan

Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo 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 Boalemo Nomor 20 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah. Dalam melaksanakan tugas tersebut, Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo 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 2019 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 TB melalui upaya promotif melalui :

- 1) penyuluhan dengan melibatkan lembaga mitra lokal daerah LKNU, AL Hidayah, yang berkomitmen terhadap pengendalian TB;
- 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 TB.
- 2) pendampingan pasien oleh kader dan petugas terlatih yang dilakukan puskesmas dan jaringannya sehingga dapat mencegah penularan maupun mengendalikan rantai penularan yang ada di masyarakat.

Kegiatan kuratif meliputi :

- 1) layanan pemerintah yang penuh dilaksanakan dua rumah sakit pemerintah (RSUD Tani dan Nelayan dan RS Pratama) yang menggunakan pengobatan TB 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 TB.

d. Kebijakan Anggaran Program Pengendalian TB

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

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

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

Tabel 2.8 Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Tahun 2014 sampai dengan 2018

URAIAN	2016	2017	2018
Pendapatan Daerah	785.878.472.353	844.214.258.029,34	831.977.579.127
Pembiayaan Daerah	79.316.927.660.81	71.266.705.066,34	106.484.602.092
Belanja	753.173.293.053,51	810.500.877.692,47	849.051.573.637

Daerah			
Transfer	647.891.440.122	764.481.487.363.00	761.321.477.081

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

Tabel 2.9 Realisasi Belanja Daerah

	2016	2017	2018
APBD	785.878.472.353	844.214.258.029,39	831, 977, 579, 127
Dinas Kesehatan	65.038.339.487	74.334.138.543,00	38.449.720.416,00
Belanja Tak Langsung	6.063.533.608	9.660.439.382.00	10.152.642.678,00
Bidang P2P	200.344.500	493.601.000,00	512.515.750,00
Sie P2PM	109,304,000	47.685.000	173.364.250,00
Program TB	5.000.000	8.528.270	12,788.750

Jika dilihat rincian pada tabel diatas ternyata prosentase pembiayaan P2TB sangat kecil.

Tabel 2.10 Perbandingan Belanja Daerah pada Dinas Kesehatan terhadap APBD

	2016	2017	2018
Belanja/Pendapatan	89,57%	89,05%	99%
Dinkes/APBD	4,43%	4,56%	5,28%
P2PM/APBD	0,03%	0,02%	0,03%
P2PM/Dinkes	0,62%	0,51%	0,51%
TB/APBD	0,00%	0,00%	0,002%
TB/Dinkes	0,01%	0,00%	0,04%
TB/P2PM	1,42%	0,97%	8,07%

Gambaran perbandingan diatas memperlihatkan bahwa program penanggulangan TB 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 Boalemo Tahun 2019 adalah 316/100.000 penduduk, berdasarkan kondisi ini diperkirakan ada 691 kasus TB yang harus ditemukan di Kabupaten Boalemo. Target *All Case* penemuan kasus TB 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 TB hingga tahun 2035.

Tabel 3.1 Indikator Capaian TB Kabupaten Boalemo Tahun 2015 sampai dengan 2018

No	INDIKATOR	Capaian Tahun			Base line	Target 2021	Gap
		2015	2016	2017			
A. Penemuan Kasus							
1	Cakupan pengobatan semua kasus TB yang diobati (case detection rate/CDR)	35%	25%	30%	30%	60%	30%
2	Angka notifikasi semua kasus TB yang diobati (case notification rate/CNR) per 100.000 *penduduk	81*	83*	95*	95*	186*	91
3	Jumlah semua kasus TB yang ditemukan dan diobati	661	847	980	980	1.941	961
4	Angka penemuan terduga kasus TB Resisten Obat	1	1	1		9	6
5	Cakupan penemuan kasus TB 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	0%	0%	0%	0%	50%	50%

No	INDIKATOR	Capaian Tahun			Base line	Target 2021	Gap
		2015	2016	2017			
	diberikan pengobatan pencegahan						
7	Persentase kasus TB yang ditemukan dan dirujuk oleh masyarakat atau organisasi kemasyarakatan (active case finding) 2015-2017: N/A → tidak bisa dikethui karena di sistem RR belum ada perincian “dirujuk oleh”	N/A	1%	6%	6%	20%	14%
B. Keberhasilan Pengobatan Sensitif dan Resisten Obat							
1	Angka keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus	80%	80%	80%	88%	90%	2%
2	Angka keberhasilan pengobatan pasien TB resisten obat 2015: 0% → 0 kasus 2016: 0% → 1 kasus (DO) 2017: 0% → 1 kasus (DO)	70%	70%	70%	70%	90%	20%
C. TB Resisten Obat							
1	Persentase kasus pengobatan ulang TB yang diperiksa uji kepekaan obat dengan tes cepat molukuler atau metode konvensional	N/A 0	N/A 0	N/A 0	N/A	100%	100%
2	Persentase kasus TB resisten obat yang memulai pengobatan lini kedua	0%	0%	0%	0%	100%	0%
D. TB-HIV							
1	Persentase pasien TB yang mengetahui status HIV	0%	37%	43%	43%	90%	47%
2	Persentase Pasien TB-HIV yang mendapatkan ARV	0%	14%	15%	15%	90%	75%

No	INDIKATOR	Capaian Tahun			Base line	Target 2021	Gap
		2015	2016	2017			
	selama pengobatan TB						
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 TB di Kabupaten Boalemo diklasifikasikan mengacu pada Strategi Nasional Penanggulangan TB dan Rencana Aksi Nasional (RAN) Penanggulangan TB di Indonesia. Isu strategis dijabarkan dalam Tabel 3.2

Tabel 3.2Isu Strategis

No	INDIKATOR	ISU STRATEGIS	
A. Perencanaan dan Penganggaran Program TB			
1	Kepemimpinan Program TB.	<ul style="list-style-type: none"> • Alokasi anggaran TB masing sangat minim. • Belum ada kebijakan tentang TB. 	Prgogram penanggulangan TB belum dilaksanakan lintas sektor oleh Pemerintah Daerah.
B. Penemuan kasus			
1	Cakupan pengobatan semua kasus TB yang diobati (case detection rate/CDR).	<ul style="list-style-type: none"> • Tahun 2018 terjadi penurunan penemuan kasus TB di bandingkan Tahun 2017 sebanyak 30 % . penurunan ini terjadi akibat kurangnya kegiatan aktif masih dan adanya perubahan estimasi target insiden dari, 2,1/1000 pddk menjadi 4,6 /1000 pddk. dari kasus TB yang ditemukan tersebut dengan hasil bakteriologis BTA Positif, pada tahun 2017 ditemukan BTA Positif 279 dan di tahun 2018 ditemukan 314 BTA Positif sehingga terjadi Peningkatan sebesar 9% pada kasus TB BTA Positif. • Penemuan Kasus TB.Tahun 2018 sebesar 314 atau 45,4 % dari target 691 terjadi missing case sebesar 377 atau 54 % • Penemuan kasus tuberkulosis berdasarkan usia pada anak 0,6% dari kasus dewasa, Usia sekolah 2% dari kasus, 44% pada usia produktif bekerja (pekerja), 26% pada usia lanjut. • Penemuan Kasus TB ini 100% masih ditemukan dan dilaporkan oleh Puskesmas. Sedangkan dari 1 RS yang ada di Kabupaten Boalemo masih 0% yang ikut Strategi Penemuan TB secara DOTS Sehingga capaian masih belum maksimal. 	Angka penemuan kasus TB masih rendah.

2	<p>Angka notifikasi semua kasus TB yang diobati (case notification rate/CNR) per 100.000 penduduk.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tahun 2017 adalah 185/100.000 penduduk sedangkan tahun 2018 terjadi kenaikan 208/100.000 penduduk. Dari data ini dapat disimpulkan bahwa penemuan secara mikroskopis bakteriologis masih dibawah penemuan secara Klinis/Foto thorak. Ditambah kasus TB HIV dimana kebanyakan kasus pada tahun 2017 masih belum menggunakan penegakan diagnosa dengan mesin TCM. • Kasus TB HIV menjadikan penemuan TB secara Klinis lebih banyak. Untuk Kasus TB dengan Komorbiditas DM masih belum tercermin pada data dasar TB di Kabupaten. Sehingga kemungkinan kasus TB pada penderita DM juga banyak walaupun belum semua terdiagnosa dan diobati. • Peran serta workplace belum semua menggunakan Strategi penemuan pengobatan secara DOTS. • Penemuan TB pada LAPAS juga masih terbatas pada WBP scining baru WBP dan screning kesehatan tiap bulan oleh Puskesmas. Lapas belum mempunyai Dokter di dalam LAPAS. • Scrinig TB pada kontak serumah juga belum dilaksanakan maksimal terkait dengan petugas kesehatan yang belum mengerti dengan definisi operasional tentang kontak TB. • Penemuan kasus TB pada tempat umum dan sekolah/pesantren belum dilaksanakn skrining TB. 	<p>Angka penemuan kasus TB masih rendah.</p>
3	<p>Jumlah semua kasus TB yang ditemukan dan diobati.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Masih ada 377 Kasus TB yang belum ditemukan dan diobati dimana insiden rate TB Kab. Boalemo pada tahun 2017 sebesar 326/100.000 atau All Case TB yang harus ditemukan dan diobati sampai sembuh. • Belum ada laboratorium pengepul dahak dikarenakan diwajibkan semua laboratorium baik PS PPM dan PRM mampu melaksanakan rujuk spesimen dan semua Laborat pelaksana TB DOTS akan menjadi Laborat 	<p>Angka penemuan kasus TB masih rendah.</p>

		<p>PPM sehingga perlu peningkatan kapasitas dan kemampuan tenaga laboratorium dalam pemeriksaan penegakan TB.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75% Petugas Medis dan Paramedis yang sudah dilatih TB DOTS (TB, TB Anak, TB HIV, TB DM, TB RO, SITT, PPI). • Belum terbentuknya TIM PPM di kabupaten boalemo 	
4	Cakupan penemuan kasus resisten obat.	<ul style="list-style-type: none"> • Angka keberhasilan pengobatan pasien TB 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 Tani dan Nelayan dan dukungan Nutrisi TKTP. • Upaya promosi melalui KIE belum maksimal baik melalui penyuluhan oleh Puskesmas, pengadaan leaflet, spanduk dan radio spot. • Mekanisme pelacakan dan pelaporan pasien mangkir TB reguler maupun TB RO, TB HIV, dilaksanakan oleh Petugas Puskesmas wilayah kerja. Dan akan dilaporak balik kepada Fasyankes pelapor awal dan di tembuskan melalui Dinas Kesehatan. • Belum ada kelompok dukungan sebaya / kelompok pasien yang mendampingi pasien TB RO. 	Angka penemuan kasus TB-RO dan pengobatan TB-RO rendah.
5	Cakupan penemuan kasus TB anak.	Cakupan penemuan kasus TB anak masih rendah yang ternotifikasi, oleh karena. Rs Tani dan nelayan belum memberikan laporan	Angka penemuan kasus TB 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 TB Anak dengan INH belum berjalan.
7	Persentase kasus TB yang	Persentase kasus TB yang dirujuk oleh Masyarakat/LSM	Peran CSO dan masyarakat

	<p>ditemukan dan dirujuk oleh masyarakat atau organisasi kemasyarakatan (active case finding).</p> <p>2013-2014: N/A → tidak bisa diketahui karena di sistem RR belum ada breakdown “dirujuk oleh”.</p>	<p>masih sangat rendah (1%) dibentuknya kader TB di setiap desa yang bertugas dalam upaya penemuan Terduga TBC, rujuk kasus serta pendampingan dan jumlahnya masih sangat sedikit. Serta support berupa insentif belum ada</p> <p>Belum Maksimal Dukungan nutrisi tambahan untuk Program TB dalam upaya percepatan kesembuhan dengan pendampingan pasien TB 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.</p>	<p>dalam program penanggulangan TB masih rendah.</p>
C. Keberhasilan Pengobatan Sensitif dan Resisten Obat			
1	<p>Angka keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus.</p>	<p>Angka keberhasilan pengobatan TB pada tahun 2018 sampai dengan tribulan 3 artinya adalah seluruh kasus TB tahun 2017 sampai dengan tribulan 3 telah tercapai sebesar 87%, hal ini menunjukkan target 90% akan tercapai pada sisa akhir di tribulan 4 tahun 2016.</p> <ul style="list-style-type: none"> Keberhasilan ini di dukung oleh komitmen Fasyankes TB DOTS dalam rujukan kasus baik kasus rujuk pindah, dan mekanisme pelacak pelaporan oleh Puskesmas ketika ada kasus TB Mangkir maupun loss to followup. Peran serta kader TB masih kurang maksimal dikarenakan jumlah kader TB yang terlatih TB DOTS belum ada di setiap desa /Kecamatan sehingga upaya penjangkauan belum maksimal 	<p>Angka keberhasilan pengobatan TB masih rendah.</p>
2	<p>Angka keberhasilan pengobatan pasien TB resisten obat.</p> <p>201: 0% → 5 kasus (2 DO; 3 meninggal) 2014: 0% → 1 kasus (DO) 2015: 0% → 1 kasus (DO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cakupan penemuan pasien resisten obat ditahun tahun 2017 sampai dengan tahun 2018 ada 10 orang (0 Sembuh, 1 Droup Out, 9 Mati). Penemuan kasus resisten obat tahun 2018 sampai dengan Bulan Nopember sebanyak 5 Kasus (5 Pengobatan, semuanya meninggal). 	<p>Angka penemuan kasus TB-RO dan pengobatan TB-RO masih rendah.</p>

D. TB Resisten Obat			
1	Persentase kasus pengobatan ulang TB yang diperiksa uji kepekaan obat dengan tes cepat molukuler atau metode konvensional.	<ul style="list-style-type: none"> • Belum Maksimalnya pelayanan TB RO di RSUD tani dan nelayan. Di karenakan belum memiliki Ruangan khusus / isolasi • Tim Ahli klinis di kab boalemo belum maksimal dalam pengobatan TB RO 	Kesiapan SDM dan sarana-prasarana perlu ditingkatkan untuk mengantisipasi bertambahnya penemuan kasus.
2	Persentase kasus TB Resistan Obat yang memulai pengobatan lini kedua.	Target penemuan TB 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.	Penemuan kasus TB Resistan Obat masih rendah karena keterbatasan alat TCM.

E. TB-HIV			
1	Persentase pasien TB yang mengetahui status HIV.	<ul style="list-style-type: none"> • Persentase pasien TB yang mengetahui status HIV nya masih sangat sedikit hal ini dikarenakan masih banyak petugas TB yang belum melaksanakan PITC dan VCT. • Belum semua puskesmas sebagai puskesmas pemeriksa HIV dari 11 Puskesmas masih 2 Puskesmas sebagai Puskesmas pemeriksa HIV. 	Akses layanan Tes HIV di Puskesmas VCT belum optimal.
2	Persentase Pasien TB-HIV yang mendapatkan ARV selama pengobatan TB.	• Jejaring pemeriksaan alur pemeriksaan TB HIV sudah berjalan akan tetapi kemampuan petugas dalam scrining TB pada ODHA dan testing HIV pada penderita TB masih rendah (kemampuan konseling).	
F. Laboratorium			
1	Persentase laboratorium mikroskopik yang mengikuti uji silang.	<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah PPM ada 7 jumlah PRM 2 dan jumlah PS ada 2. • Tahun 2017 masih 71 persen laborat yang berpartisipasi dalam melaksanakan uji silang. • Tahun 2016 persentase laborat dengan hasil baik 	Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis / Uji Silang yang belum optimal.
2	Persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti uji		

	silang dengan hasil baik.	<p>100% akan tetapi pada tahun 2017 terkendala dimana cross cek pada tribulan 1 sampai dengan tribulan 3 di laksanakan bersama.</p> <ul style="list-style-type: none">• Penggunaan etb 12 blm dilaksanakan di Tahun 2018.• Pelibatan laborat swasta belum dilaksanakan.• Jejaring belum maksimal antara laborat swasta, akan tetapi jejaring laborat pelaksana TB DOTS sudah berjalan dengan baik.	
--	---------------------------	--	--

3.2.1 Komitmen Program TB di Kabupaten Boalemo

Sejauh ini perencanaan dan implementasi program penanggulangan TB di Kabupaten Boalemo masih dilaksanakan oleh dinas kesehatan saja. Berdasarkan IKU dan IKI) yang dilaksanakan sebagai tugas dan fungsi dinas Kesehatan yang dalam penanggulangan dan pengendalian penyakit menular termasuk TB, 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 (AL Hidayah, LKNU, dan lain-lain.), dukungan yang diberikan adalah pemberdayaan masyarakat untuk lebih mengenal penyakit TB 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 TB dan masyarakat masih belum merancang perencanaan dan penganggaran kegiatan penanggulangan TB. Sumber pendanaan lain yang memungkinkan dapat diarahkan untuk mendukung program penanggulangan TB 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 TB belum dilaksanakan secara menyeluruh lintas program dan lintas sektor.

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

3.2.2 Penemuan Kasus TB

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

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

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

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

Memiliki kendala sebagai berikut :

- 1) Penjarangan terduga TB yang dilakukan provider masih ketat sehingga jumlah terduga diperiksa rendah, hal ini berpengaruh pada penemuan kasus TB.
- 2) Suspek penderita TB 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 TB, hal ini dipadukan dengan klinis medis pasien terduga TB. 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 TB yang putus berobat tidak melanjutkan pemeriksaan TB;
 - b. pemanfaatan fungsi mesin TCM belum optimal, sementara ini masih digunakan untuk menegakkan diagnosa TB pada ODHA dan 9 Kriteria pasien TB RO dan belum digunakan untuk menegakkan diagnosa TB Baru BTA Negatif;
 - c. belum semua DPM melaksanakan sistem pencatatan dan pelaporan menggunakan standart baku (TB06, TB05, TB04, TB01, TB02 serta rujuk kasus/TB09 dan TB10) sehingga penemuan masih rendah.
2. Aspek masyarakat yang terdiri dari penderita, keluarga penderita maupun warga masyarakat umum masih memiliki kendala sebagai berikut :
 - 1) masih adanya stigma bahwa penyakit TB merupakan penyakit keturunan/kutukan sehingga masyarakat enggan dan malu bila dinyatakan sebagai penderita TB.
 - 2) pengetahuan masyarakat masih rendah tentang informasi tanda dan gejala tuberkulosis sehingga masyarakat bila bergejala TB 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 TB07 di layanan kesehatan, bahkan dapat menimbulkan resistensi obat.
3. Aspek Organisasi masyarakat pendukung antara lain :
 - a. AL Hidayah
 - b. LKNU
 - c. KPA

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

4. Aspek kelompok rentan/komorbiditas yang terdiri dari:

- a. penderita TB-DM;
- b. kontak serumah dan kontak erat
- c. ibu hamil
- d. usia lanjut
- e. penderita TB 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 TB, bidan belum semua bidan melaksanakan skrining TB untuk bumil;
- 4) skrining TB di Posyandu Lansia masih belum dilakukan;
- 5) belum semua Puskesmas menerapkan MTBS dengan baik, sehingga kecurigaan TB pada Anak dengan BB rendah masih masih belum optimal;
- 6) ditemukan banyak kasus TB anak di rumah sakit (perlu dilakukan investigasi kontak untuk mencari sumber penularan);

5. Aspek pengendalian TB di Lembaga Pemasarakatan (Lapas) memiliki kendala sebagai berikut :

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

3.2.3 Keberhasilan Pengobatan

Pengobatan TB 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 TB di Provinsi Gorontalo, Kabupaten Boalemo menduduki urutan ke 4 dari 6 kabupaten atau kota. Angka keberhasilan pengobatan mencapai 80%, angka ini di atas capaian rata-rata Provinsi Gorontalo pada tahun 2016 yakni 76%, dan Target Nasional Pengendalian TB sebesar 85%.

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

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

PETA PERMASALAHAN

NO	PUSKESMAS	JUMLAH PENDUDUK	TARGET	BTA (+)	KAMBUH	GAGAL	RO(+)	EKSTRA PARU	ANAK	TOTAL	CDR	CNR
1	TILAMUTA	34,625	85	62	1	0	2	1	0	66	72.94	190.61
2	MANANGGU	15,132	72	46	1	0	2	0	0	49	63.89	323.82
3	BOTUMOITO	17,627	72	35	0	0	3	0	0	38	48.61	215.58
4	PAGUYAMAN	18,145	76	47	1	0	0	0	0	48	61.84	264.54
5	BONGO II	21,310	80	38	0	0	6	1	0	45	47.50	211.17
6	PAG. PANTAI	9,440	45	17	0	0	1	0	0	18	37.78	190.68
7	DULUPI	9,417	60	19	0	0	1	0	0	20	31.67	212.38
8	PANGI	9,859	50	4	0	0	0	0	0	4	8.00	40.57
9	BONGO NOL	10,820	60	24	0	1	1	0	0	26	40.00	240.30
10	BERLIAN	7,696	51	14	1	0	2	0	0	17	27.45	220.89
11	SARITANI	8,506	40	8	0	0	0	0	0	8	20.00	94.05
KABUPATEN		162,577	691	314	4	1	18	2	0	339	45.44	208.52

Gambar 3.1 Persen (%) Angka Keberhasilan Semua Kasus TB yang Diobati

Per Kabupaten-Kota Provinsi Gorontalo Tahun 2018- Update 12 Januari 2018

(Sumber: SITT Online)

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

Berikut ini permasalahan tersebut:

a. Fasyankes:

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

b. masyarakat :

1. ketidaktahuan masyarakat tentang adanya ketersediaan obat program secara gratis di fasyankes DOTS, sehingga ketika mereka berobat ke fasyankes non DOTS menggunakan OAT non-program yang biayanya mahal dan sering kali mereka putus berobat karena tidak ada biaya.
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 TB RO

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

Tabel 3.3 Perbandingan Penemuan Kasus TB-RO

RS Rujukan Sub Rujukan TB RO	Terduga TB RO	Konfirmasi TB-RO	TB-RO Diobati	% TB-RO Belum Diobati
RSUD Tani Dan Nelayan Boalemo	120	8	6	2

Fakta masalah yang ditemukan di lapang adalah :

- a. periode Januari sampai dengan Oktober 2018 RSUD Tani dan Nelayan masih belum mengobati TB MDR dikarenakan berbagai hal diantaranya : TAK belum ada SK, belum ada dokter umum yang terlatih TB MDR dan masih merangkap tugas;
- b. banyak pasien TB MDR yang ekonominya kurang akibat penyakitnya dan tidak bisa beraktifitas, sehingga perlu dukungan transportasi, nutrisi, moral sehingga pengobatan dilayanan Puskesmas satelit menjadi lancar;
- c. dukungan lintas sektor dalam penyehatan lingkungan dan perumahan kurang sehingga hal ini diperlukan koordinasi lintas sektor yg lebih intensif;
- d. belum ada terbentuk sebaya TB MDR sebagai kelompok dukungan TB MDR.

3.2.5 TB-HIV dan TB Dengan Komorbiditas

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

Persentase pasien TB yang mengetahui status HIVnya masih sangat sedikit, hal ini disebabkan masih banyak petugas TB yang belum melaksanakan PITC atau Konseling dan Tes Sukarela (KTS/VCT)). Belum semua Puskesmas di Kabupaten Tulungagung dapat melaksanakan pemeriksaan HIV, saat ini masih 7 dari 11 Puskesmas yang ditetapkan sebagai Puskesmas pemeriksa HIV.

TB laten akan muncul pada penderita HIV dan DM atau penyakit lainnya yang menurunkan kekebalan tubuh. Dalam rangka penemuan kasus TB 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 TB-HIV dan komordibitas lainnya adalah akses layanan HIV bagi penderita TB yang ditemukan belum bisa dilayani di semua Puskesmas.

3.2.6 Pelayanan Laboratorium

Penegakan utama diagnosa TB 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 Boalemo baru 70% yang telah menjalankan fungsinya mendukung program pencegahan dan penanggulangan TB.

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

Analisa masalah dalam pelayanan laboratorium sebagai berikut:

- a. belum semua laboratorium mampu, bisa dan terlatih dalam pemeriksaan Tuberkulosis yang baku.
- b. belum semua laboratorium pemeriksa TB 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 TB 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 TB.

3.2.7 Pengendalian Faktor Resiko

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

Terdapat 2 isu strategis tentang pengendalian faktor resiko, yaitu:

- a. resiko penularan TB yang masih tinggi
 1. pengobatan pencegahan TB pada ODHA dan Anak dengan INH belum berjalan;
 2. pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TB di Faskes belum optimal;
 3. pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TB di tempat

khusus (lapas / rutan dan sebagainya) yang belum optimal;

4. cakupan pemberian vaksinasi BCG masih rendah.
- b. Pengobatan pencegahan TB pada ODHA dan Anak dengan INH belum berjalan

Sosialisasi pencegahan dan pengobatan TB 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 TB Melalui Forum Koordinasi TB

Belum adanya regulasi yang mengatur 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 TB yang melibatkan dukungan kemitraan dari Forum Koordinasi TB isunya adalah Jejaring pelayanan TB 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 TB bagi anggotanya belum maksimal.
- f. belum ada keterlibatan apotik swasta dalam PPM.
- g. keterlibatan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam penelitian dan jejaring pelayanan TB (termasuk skrining) belum tergali.
- h. Monitoring terhadap pasien putus berobat dan pasien pindah belum optimal.

3.2.9 Peningkatan Kemandirian Masyarakat Dalam Pengendalian TB

Dalam dukungan dan pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian tuberkulosis telah dilaksanakan kerjasama dengan KPA, LKNU, AL Hidayah, dalam upaya melakukan pencegah penularan TB.

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

Analisa masalah terhadap peran OMS atau CSO antara lain:

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

kolaborasi dan koordinasi spesifik untuk TB-HIV.

- c. sumber daya (SDM dan dana) CSO terbatas.
- d. belum adanya dukungan psikososial oleh sesama pasien TB.

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 TB di Kabupaten
 - 1. belum semua petugas fasyankes menguasai penggunaan SITT;
 - 2. sistem pengumpulan data TB yang belum optimal.

- b. Logistik yang belum memadai

Belum tertatanya pengadaan dan distribusi logistik TB 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 TB Kabupaten

Kesiapan Pemerintah Kabupaten Boalemo dalam tata kelola penanggulangan TB dirasakan belum dapat dikatakan sedia setiap saat, hal ini disebabkan belum adanya Tim Pelatih TB 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 TB di Kabupaten Boalemo diinventarisasi untuk kurun waktu mulai dari Tahun 2014 hingga Tahun 2017.

Tabel 4.1 Indikator Kinerja Penanggulangan TB di Kabupaten Boalemo Tahun 2014 sampai dengan 2017

Tahun 2014					
Jumlah kasus TB baru		Jumlah kasus TB pengobatan ulang		Jumlah kasus TB paru baru	Jumlah kasus TB paru pengobatan ulang
BTA pos	312	Kambuh	15	327	19
BTA neg	463	Default	2		
EP	59	Gagal	2		
BTA tidak diperiksa	0	Lain-lain	2		
		BTA tidak diperiksa	0		
Tahun 2015					
Jumlah kasus TB baru		Jumlah kasus TB pengobatan ulang		Jumlah kasus TB paru baru	Jumlah kasus TB paru pengobatan ulang
BTA pos	377	Kambuh	11	711	12
BTA neg	334	Default	0		
EP	96	Gagal	1		
BTA tidak diperiksa	0	Lain-lain	0		
		BTA tidak diperiksa	0		
Tahun 2016					
Jumlah kasus TB baru		Jumlah kasus TB pengobatan ulang		Jumlah kasus TB paru baru	Jumlah kasus TB paru pengobatan ulang
BTA pos	329	Kambuh	17	754	21
BTA neg	292	Default	1		
EP	41	Gagal	3		
BTA tidak diperiksa	133	Lain-lain	1		
		BTA tidak diperiksa	0		
Tahun 2017					
Jumlah kasus TB baru		Jumlah kasus TB pengobatan ulang		Jumlah kasus TB paru baru	Jumlah kasus TB paru pengobatan ulang
BTA pos	324	Kambuh	17	958	22
BTA neg	371	Default	1		
EP	59	Gagal	2		
BTA tidak diperiksa	204	Lain-lain	2		
		BTA tidak diperiksa	0		
% kasus TB paru baru di antara semua kasus tahun 2014-2017				% kasus TB paru pengobatan ulang di antara semua kasus tahun 2014-2017	
97,78%				2,22%	

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 7 Kecamatan intensif. Dari indikator diatas dapat menggambarkan besaran kasus TB BTA Positif yang menjadi ancaman sebagai sumber utama penularan pada kontak erat serta menggambarkan masih adanya kasus TB pengobatan ulang yang merupakan sumber dari kasus terduga resistensi obat anti TB.

4.2 Target Kinerja

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

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

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

Tabel 4.2 Target Kinerja Utama Kabupaten Boalemo

Indikator	TARGET (TAHUN)				
	Realisasi 2015	Realisasi 2016	2017	2018	2019
CNR*)	89	95	108	139	186
Insiden Rate	324	336	322	392	691
CDR	45 %	50%	48%	55%	75%
Success Rate	70%	80%	85%	85%	95%
% Pasien TB tahu status HIV	0%	20%	35%	50%	80%

*) 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 7 kecamatan intensif kerjasama antara LKNU dan AL Hidayah berjalan optimal.

BAB V

STRATEGI

Berdasarkan semua tantangan yang dihadapi di Kabupaten Boalemo, dirumuskan strategi untuk mengeliminasi TB dalam kurun waktu 5 tahun ke depan. Strategi ini diharapkan dapat menurunkan sebagian beban penanggulangan TB secara bertahap. Dalam perumusan strategi tersebut tidak terlepas pada kerangka strategi menurut Rencana Aksi Nasional Penanggulangan TB Tahun 2018 sampai Tahun 2022.

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 TB di Kabupaten Boalemo

Komitmen pendanaan program TB 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 TB 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 TB dalam bentuk peraturan dan peningkatan alokasi anggaran daerah yang berkesinambungan.

Uraian Program:

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

5.2 Peningkatan Akses Layanan TOSS-TB yang Bermutu

Selama ini penemuan kasus TB dilakukan secara pasif-intensif di fasilitas kesehatan dan secara aktif dan masif berbasis keluarga dan masyarakat. Penemuan pasien TB secara aktif dilakukan dengan melakukan Investigasi 10 – 15 kontak untuk 1 pasien TB. 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 TB yang telah ditemukan. Pada situasi dengan sumberdaya terbatas, dapat ditentukan prioritas sasaran untuk pelaksanaan investigasi kontak.

Penemuan pasien TB memerlukan layanan diagnosis TB yang bermutu dan mudah diakses. Diagnosis TB 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 TB sampai sembuh melalui layanan TB yang bermutu.

Uraian Program:

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

5.3 Pengendalian Faktor Resiko

Faktor risiko terjadinya TB meliputi kuman penyebab TB, individu yang bersangkutan, dan lingkungan. Sekitar 10% orang yang terinfeksi TB akan jatuh sakit. Tingkat penularan pasien TB BTA positif adalah 65%, pasien TB BTA negatif dengan hasil kultur positif adalah 26%, sedangkan pasien TB dengan hasil kultur negatif dan foto toraks mendukung TB adalah 17%.

Risiko menjadi sakit TB 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 TB paru sebanyak 2,2 kali).

Tujuan:

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

Uraian program:

- a. promosi PHBS dan TB;
- b. pencegahan dan pengendalian infeksi TB 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 TB 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 TB memerlukan masukan dari mitra agar strategi tersebut tepat sasaran dan dapat dilaksanakan. Mitra program TB 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 TB 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 TB di tingkat kabupaten sebagai wadah koordinasi pelaksanaan kebijakan strategis dan penanggulangan TB.

Uraian program:

- a. peningkatan kapasitas tim PPM;
- b. pembentukan forum koordinasi TB ada tingkat kecamatan;
- c. peningkatan kapasitas anggota organisasi profesi dalam P2 TB;
- d. kerjasama apotek swasta dengan fasilitas layanan kesehatan DOTS;
- e. kerjasama antara Dinkes dengan sekolah dan perguruan tinggi dalam penelitian dan jejaring pelayanan TB.

5.5 Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Penanggulangan TB

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. peningkatan keterpaduan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dengan kegiatan yang berdampak pada generasi pendapatan.

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

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

Upaya memandirikan masyarakat dilanjutkan dengan penguatan kapasitas pengelola program di tingkat kabupaten, integrasi layanan TB ke dalam UKBM serta membuka wawasan pasien TB dengan mempromosikan piagam Hak dan Kewajiban pasien TB. 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 TB.

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 TB.

Tujuan:

Memandirikan masyarakat melalui promosi dan pemberdayaan mereka yang terdampak dalam pencegahan dan pengobatan TB serta melibatkan aktif mereka dalam upaya penanggulangan TB.

Uraian program:

- a. penguatan Kapasitas CSO dalam Pengelolaan Program TB;
- 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 TB. 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 TB, termasuk upaya meningkatkan manajemen HIV dan mengatasi hambatan pelayanan TB RO. Oleh karena itu perlu tersedia jumlah dan jenis serta kualitas tenaga yang dibutuhkan dan yang terlibat dalam pelaksanaan program di semua tingkat sistem kesehatan harus memadai.

Tujuan:

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

Uraian program:

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

Strategi RAD dijabarkan dalam matrik sebagai berikut:

STRATEGI 1

Penguatan Kepemimpinan Program TB di Kabupaten Boalemo

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan		
					Utama	Pendukung			
Program Penanggulangan TB belum dilaksanakan secara menyeluruh lintas program dan lintas sektor	Alokasi anggaran program TB masing sangat minim dan masih bersifat parsial/ Sektoral	Penguatan Kepemimpinan Program TB di kabupaten/kota	Penguatan program penanggulangan TB	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 TB	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 TB yang terpadu		Belum ada kebijakan tentang penanggulangan TB yang terpadu	Penguatan Kepemimpinan Program TB di kabupaten/kota	Penyusunan Kebijakan Pemerintah Daerah untuk penanggulangan TB	1. Advokasi kebijakan penanggulangan TB	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		Belum tersusun perencanaan tahunan	Penguatan Kepemimpinan Program TB 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 TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"

2a PENEMUAN KASUS (lembar #1)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan		
					Utama	Pendukung			
<p>Angka penemuan kasus TB dan keberhasilan pengobatan yang masih rendah</p>	1. Penemuan kasus di PUSKESMAS dan jejaringnya								
	Penjaringan terduga TB di puskesmas masih terlalu ketat	<p>Peningkatan Akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"</p>	<p>Intensifikasi penemuan kasus di Puskesmas</p>	1. Review teknis penemuan kasus TB peningkatan kapasitas SDM di Puskesmas	Dinkes,	Perguruan Tinggi, RSUD	APBD II, Perguruan Tinggi		
				2. Sosialisasi Diagnosis TB dengan Algoritma baru (RTL: Kesepakatan Teknis tentang cara penjaringan terduga TB dan surat edaran Kadinkes	Dinkes,	PPM, RSUD	APBD II		
				3. Monev TB 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 TB anak, TB 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 TB dan keberhasilan pengobatan yang masih rendah	1. Penemuan kasus di PUSKESMAS dan jejaringnya (lanjutan)						
	Sistem pencatatan dan pelaporan TB di Puskesmas belum berjalan dengan optimal karena keterlambatan petugas dalam memasukkan data dan kelemahan <i>software</i> SITT.	Peningkatan Akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"	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 TB karena belum mendapatkan sosialisasi			1. Sosialisasi tentang penemuan kasus TB bagi petugas Poskesdes	Puskesmas	Dinkes	APBD Kab, Lembaga Mitra
				2. Kontak investigasi di daerah kantong TB dan pada kontak erat TB atau TB RO dengan pemeriksaan gejala dan radiologi	Puskesmas	Dinkes	APBD Kab, Lembaga Mitra
				3. Pembentukan Pos TB 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 TB di rumah sakit belum menggunakan alur diagnosis terstandar	Peningkatan Akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"	Intensifikasi penemuan kasus di RS Pemerintah	Sosialisasi penatalaksanaan alur diagnosis TB di rumah sakit pemerintah dan penguatan jejaring internal.	RSUD	Dinkes	BLU RSUD
Belum optimalnya jejaring internal dan eksternal rumah sakit	Monev TB 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 TB dan keberhasilan pengobatan yang masih rendah	4. Keterlibatan DPM masih rendah						
	Laporan kasus TB dari DPM masih rendah	Peningkatan Akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"	Pelibatan DPM dalam penanggulangan TB	1. Mengembangkan kerjasama antara DPM yang terlatih dengan Puskesmas	Puskesmas	Dinkes, IDI	Tidak ada dana
				2. Monev TB bagi DPM yang sudah berjejaring dengan Puskesmas	Dinkes	IDI, Puskesmas	APBD Kab
				3. Sosialisasi TB 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 TB di DPM	Peningkatan Akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"	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 TB bagi DPM	Peningkatan Akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"	Program Sertifikasi TB bagi DPM	Sertifikasi TB bagi DPM.	IDI	Dinkes	IDI
	Belum dipatuhi-nya peraturan kewajiban lapor kasus TB, masih sering terlambat.			Implementasi <i>Mandatory Notification</i> bagi fasyankes	Monev Surveilans per 6 bulan	Dinkes	Tim PPM

2a PENEMUAN KASUS (lembar #4)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
5. Penemuan kasus di klinik swasta							
Rendahnya pelibatan Klinik Swasta dalam program TB karena	Peningkatan Akses Layanan TB yang Bermutu	Peningkatan peran serta klinik swasta dalam program	1. Pembuatan data base Klinik, Lab dan Apotik swasta	Tim PPM	Dinkes, IDI, IAI, Patelki	APBD Kab	
			2. Sosialisasi TB dan <i>Mandatory Notification</i> sesuai ISTC untuk	Tim PPM	Dinkes, IDI, IAI, Patelki	APBD Kab	

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan	
					Utama	Pendukung		
Angka penemuan kasus TB dan keberhasilan pengobatan yang masih rendah	sebagian besar adalah klinik "Pratama"	dengan "TOSS-TB"	TB	Klinik, Lab dan Apotik swasta				
				3. Mengembangkan kerjasama antara Klinik, Lab dan Apotik swasta yang terlatih dengan Puskesmas	Puskesmas	Dinkes, Tim PPM, IDI, IAI, Patelki	APBD Kab	
				4. Monev TB bagi Klinik, Lab dan Apotik swasta yang sudah berjejaring dengan Puskesmas	Puskesmas	Dinkes, IDI, IAI, Patelki	APBD Kab	
	6. Penemuan kasus di Lapas							
	Belum optimalnya program TB di Lapas II B (tidak ada klinik)	Peningkatan akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"	Intensifikasi penemuan kasus di Lapas	1. Layanan poliklinik untuk pemeriksaan TB dan HIV di Lapas	Dinkes	Lapas	APBD Kab	
				2. Skrining massal TB setiap 1 tahun sekali (penapisan gejala dan rontgen)	Dinkes	Lapas	APBD Kab	
	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 TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"	Peningkatan Kapasitas CSO terkait TB	1. Pemetaan CSO yang potensial untuk penanggulangan TB	PPTI	Dinkes, Tim PPM	APBD Kab	
				2. <i>Workshop</i> TB dan komunikasi motivasi bagi CSO	PPTI	Dinkes, Tim PPM	APBD Kab	
3. Monev TB 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 TB dan keberhasilan pengobatan yang masih rendah	Belum optimal-nya peran Poskestren dalam penemuan kasus TB; dan tidak semua pondok pesantren me-miliki Poskestren	Peningkatan akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"	Peningkatan Peran Pondok Pesantren dalam Penemuan Kasus TB	1. MoU dengan Pondok Pesantren untuk mendorong adanya Poskestren berikut peran dan fungsinya dalam kontribusi penemuan kasus TB di Pesantren.	Puskesmas	Dinkes, Kantor Agama	APBD Kab
				2. Sosialisasi TB bagi petugas di Poskestren	Puskesmas	Dinkes, Kantor Agama	APBD Kab
				3. Penapisan TB 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 TB dan keberhasilan pengobatan yang masih rendah	7c. TB - DM						
	Ada kendala di alur skrining dengan rontgen, terkait dengan pembiayaan BPJS	Peningkatan akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"	Kerjasama pembiayaan TB oleh BPJS	1. Pertemuan koordinasi dengan BPJS untuk kesepakatan pembiayaan TB	Dinkes	BPJS	Tidak ada dana
				2. Sosialisasi kolaborasi TB 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 TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"	Peningkatan Investigasi Kontak	1. Koordinasi dengan Diknas dan pihak Sekolah dalam rangka pelaksanaan penapisan "kontak erat".	Puskesmas	Diknas, Dinkes	tidak ada dana
				2. Sosialisasi TB bagi Sekolah yang kontak erat dengan pasien TB 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 TB, bidan belum semua bidan melaksanakan skrining TB untuk bumil.	Peningkatan akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"	Pelaksanaan Skrining TB Ibu Hamil.	1. Sosialisasi TB dan SOP penemuan kasus TB pada Bumil dalam minilok rutin di Puskesmas	Puskesmas	Dinkes, IBI	APBD Kab
				2. Sosialisasi penemuan TB 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 TB dan keberhasilan pengobatan yang masih rendah	7f. Usia Lanjut						
	Skrining TB di Posyandu Lansia masih belum dilakukan	Peningkatan akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"	Pelaksanaan Skrining TB Usia lanjut.	Penapisan TB di kegiatan Posyandu Lansia dan Posbindu	Puskesmas	Dinkes	APBD Kab
	7g. TB - Anak						
	Belum semua Puskesmas menerapkan MTBS dengan baik, sehingga kecurigaan TB pada Anak dengan BB rendah masih belum optimal	Peningkatan akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"	Pelaksanaan Skrining TB Anak melalui MTBS, RS dan Sekolah.	Validasi data MTBS untuk penapisan TB	Puskesmas, RS	Dinkes	APBD Kab
Ditemukan banyak kasus TB Anak di RS (perlu dilakukan investigasi kontak untuk cari sumber penularan)	Pelaksanaan koordinasi dan Penapisan TB Anak di RS dan Sekolah.		Koordinasi dengan Dinkes Kab (melaporkan temuan kasus TB 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 TB masih rendah	Kemampuan petugas dan pendamping pasien dalam menyampaikan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) belum optimal	Peningkatan akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"	Peningkatan kapasitas petugas kesehatan	1. <i>Workshop</i> komunikasi motivasi bagi petugas kesehatan fasyankes	Dinkes	CSO	APBD Kab, Lembaga Mitra
				2. <i>Workshop</i> komunikasi motivasi bagi kader kesehatan di wilayah	Puskesmas	CSO	APBD Kab, Lembaga Mitra
	Penyakit komorbid yang tidak tertangani memperberat kondisi pasien TB sehingga menyebabkan keberhasilan pengobatan rendah		Peningkatan kemampuan Petugas Penatalaksana Penyakit komorbid pada Pasien TB	1. Monev TB dengan komorbid (TB HIV, TB DM, TB Anak)	Dinkes	Lintas program dan lintas sektor	APBD Kab
				2. Pendampingan penanganan pasien TB 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 TB-01 dan TB-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 TB RO (lembar #1)

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

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

2d TB 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 TB dilakukan tes HIV	Peningkatan akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"	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 TB HIV dan sosialisasi mekanisme sistem rujukan tes HIV ke fasyankes TB HIV di Kab. Tulungagung	Dinkes	Puskesmas, RS	APBD Kab
				2. Bimtek tentang KTIP dan penguatan kolaborasi TB HIV pada petugas TB dan petugas lab fasyankes DOTS	Dinkes	Puskesmas, RS, KPA	APBD Kab, Lembaga Mitra
	Belum adanya dukungan psikososial bagi pasien TB-HIV, karena dukungan CSO/LSM belum optimal. CSO dan organisasi masyarakat masih bergerak tersegmentasi, belum ada kolaborasi dan koordinasi spesifik untuk TB-HIV		Pemberian dukungan Psikologis bagi pasien TB-HIV.	1. <i>Workshop</i> peningkatan kapasitas Pengawas Minum Obat (PMO) dalam memberikan KIE dan dukungan psikosisial pasien TB HIV (Bisa dijadikan satu kegiatan dengan Strategi 2c poin 2)	Dinkes	CSO	APBD Kab, Lembaga Mitra
					2. <i>Workshop</i> KIE pada petugas TB agar mampu melakukan KTIP pada pasien TB dan melakukan rujukan PDP	Dinkes	RSUD
	Belum optimalnya kolaborasi program dan monev mengenai TB HIV di tingkat fasyankes dan Dinkes kabupaten		Peningkatan Kolaborasi Program dan Monev TB-HIV	1. Pertemuan koordinasi kolaborasi TB-HIV kabupaten (pembentukan Pokja TB-HIV Kabupaten) 2. Monev kolaborasi TB HIV dan validasi data 3. Bimbingan teknis TB HIV ke fasyankes	Dinkes	Fasyankes, KPA	APBD Kab
					Dinkes	Fasyankes, KPA	APBD Kab, Lembaga Mitra
					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 TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"	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-TB 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 TB 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 TBRO dan HIV)		Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam diagnosis TB dengan TCM	1. Pelatihan kerja diagnosis TB 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 TB di RSUD Tani dan Nelayan untuk sosialisasi pemanfaatan TCM dalam diagnosis TB	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 TB" belum dimulai di RSUD Tani dan Nelayan	Peningkatan akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"	Membuat Kebijakan Teknis Pemanfaatan TCM untuk semua "Terduga TB" di RS	1. Membuat dan mendiseminasi SOP pemanfaatan TCM	RSU	Dinkes	APBD Kab, Lembaga Mitra	
				2. Monev TB di RSUD Tani dan Nelayan per triwulan	Dinkes	Labkesda, RSUD	APBD Kab, Lembaga Mitra	
	Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis / Uji Silang yang belum optimal			Pemenuhan Infrastruktur, Peralatan dan SDM di RS	1. Penilaian awal (Infrastruktur, peralatan, dan SDM) bersama LRN BBLK Makasar)	RSUD	BBLK Surabaya, Dinkes Prov, Dinkes Kab	APBD Kab, RS, Lembaga Mitra
					2. Pelatihan SDM untuk pemeriksaan biakan TB	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 RSUD Tani dan Nelayan belum memenuhi persyaratan	Peningkatan akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB"	Pemenuhan Persyaratan Infrastruktur, Peralatan dan SDM di RS	1. Asesmen awal (Infrastruktur, peralatan, dan SDM) bersama LRN BBLK Makasar	RSUD	BBLK Makas, Dinkesr	APBD Kab, Lembaga Mitra
				2. Pelatihan SDM untuk pemeriksaan Biakan TB	RSUD	BBLK Maksar 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 TB yang masih tinggi	Kurangnya promosi kesehatan lingkungan dan pola hidup sehat terkait TB	Pengendalian Faktor Resiko	Promosi PHBS dan TB	Menyusun dan mendesiminasi materi materi PHBS terkait TB. Bisa dijadikan satu dengan Strategi 2B (Pengembangan KIE)	Dinkes (Promkes)	Perguruan Tinggi, CSR	CSR
	Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TB di Faskes belum optimal		Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TB di Faskes.	1. Workshop PPI-TB untuk Tim / Komisi PPI di tingkat fasyankes TB dan HIV (termasuk strategi TemPO)	Dinkes	Puskesmas, RSUD, RS Swasta, CSO	CSR
				2. Supervisi pelaksanaan PPI-TB	Tim PPM	Puskesmas, RSUD, RS Swasta, CSO	CSR
				3. Pemeriksaan penapisan TB bagi petugas kesehatan di fasyankes (gejala dan rontgen)	Tim PPI Fasyankes	Dinkes	APBD Kab, fasyankes
	Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TB di tempat khusus (lapas / rutan dan sebagainya) yang belum optimal		Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TB di tempat-tempat khusus.	Melaksanakan sosialisasi PPI-TB 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 TB dengan program imunisasi.	Dinkes	Puskesmas	Tidak ada dana		
Pengobatan pencegahan TB pada ODHA dan Anak dengan INH belum berjalan	Belum tersosialisasikannya pencegahan dan pengobatan TB 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 TB melalui Forum Koordinasi TB

Strategi 4 (lembar #1)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Jejaring pelayanan TB yang belum berfungsi dengan baik	Belum tim PPM yang telah dibentuk	Peningkatan Kemitraan TB melalui Forum Koordinasi TB	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 TB ada tingkat kecamatan	1. Advokasi kepada Pemerintah Kecamatan untuk pembentukan foem koordinasi TB 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 TB bagi anggotanya belum maksimal		Peningkatan kapasitas anggota organisasi profesi dalam P2 TB	Seminar TB bagi anggota organisasi profesi	Org. Prof	Dinkes	Org. Prof
	Belum ada keterlibatan Apotik swasta dalam PPM		Kerjasama Apotek swasta dengan fasyankes DOTS	Workshop logistik TB 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 TB yang belum berfungsi dengan baik	Keterlibatan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam penelitian dan jejaring pelayanan TB (termasuk skrining) belum tergal.	Peningkatan Kemitraan TB melalui Forum Koordinasi TB	Kerjasama antara Dinkes dengan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam Penelitian dan jejaring Pelayanan TB	1. Workshop TB-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 TB-HIV (penapisan TB bagi siswa baru, skrining pasif di Poliklinik PT/UKS, penyuluhan TB waktu KKN)	Dinkes	Diknas, Kemenag Kab, PT	APBD Kab, Lembaga Mitra
				3. Advokasi kepada Perguruan Tinggi untuk memasukkan topik "Program TB" dalam kurikulum	Dinkes	PT	tidak ada dana
				4. Pembentukan kader TB bagi UKS dan Perguruan tinggi.	Puskesmas	Dinkes, PT, Sekolah	PT, Sekolah, Lembaga Mitra
				5. Pelatihan kader TB bagi Sekolah dan Perguruan Tinggi	Puskesmas	Dinkes, PT, Sekolah	PT, Sekolah, Lembaga Mitra
				6. Riset Operasional Program TB 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 TB

Strategi 5 (lembar #1)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
Peran Masyarakat dan CSO dalam program penanggulangan TB masih rendah	Kapasitas Masyarakat / CSO dalam pengelolaan program TB masih terbatas	Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Pengendalian TB	Penguatan Kapasitas CSO dalam Pengelolaan Program TB	1. Memetakan CSO yang berpotensi dapat berperan dalam Program TB.	PPTI	CSO	APBD, Lembaga Mitra, CSR
	CSO dan organisasi masyarakat masih bergerak tersegmentasi, belum ada kolaborasi dan koordinasi spesifik untuk TB-HIV			2. Workshop tentang program & pengendalian TB kepada CSO yang potensial.	PPTI, fasyankes	CSO, PKK	APBD, Lembaga Mitra, CSR, Dana Desa
	Sumber daya (SDM dan dana) CSO terbatas			3. Rapat koordinasi antara CSO dengan Fasyankes (Forum Peduli TB HIV)	Dinkes, fasyankes	CSO	APBD
				4. Monev Kinerja CSO dalam program penanggulangan TB	PPTI	Dinkes, CSO	APBD
	Belum adanya dukungan psikososial oleh sesama pasien TB.		Peningkatan Sumber Daya CSO (SDM dan Dana)	1. Rapat koordinasi antara CSO dengan Pengelola CSR untuk penggalangan dana kegiatan CSO dalam penanggulangan TB.	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
			Membentuk wadah dukungan sebaya	1. Membentuk "Paguyuban Pasien TB" tingkat Kabupaten dan desa (memanfaatkan Kader Pemberdayaan Masyarakat)	PPTI	BPMPD, CSO	APBD II, CSR
				2. Lokakarya Pendidik Sebaya TB	Dinkes	PPTI, CSO	APBD Kab, Lembaga Mitra
				3. Kunjungan rumah ke pasien TB oleh kader atau paguyuban	PPTI	Masy, RS, Dinkes, Pasien TB, Pendamping	APBD Kab
				4. Monev Paguyuban Pasien TB setiap 6 bulan	PPTI	CSO, RS, Dinkes, Pasien TB, 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		
6.1 Penguatan Sistem Kesehatan								
Masih ada kelemahan dalam sistem surveilans TB di Kabupaten	Belum semua petugas fasyankes menguasai penggunaan SITT	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Penguatan surveilans TB di fasyankes melalui SITT	1. Pelatihan kerja penggunaan SITT bagi petugas fasyankes	Dinkes		APBD Kab	
				2. Validasi data TB setiap 3 bulan	Dinkes		APBD Kab	
				3. Analisa data dan umpan balik TB ke fasyankes	Dinkes		tidak ada dana	
	Sistem pengumpulan data TB yang belum optimal		Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Penguatan Sistem Pengumpulan Data TB	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 TB	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 TB menggunakan SITT dan e-TB	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 TB di Kabupaten	6.1 Penguatan Sistem Kesehatan						
	Belum semua petugas fasyankes menguasai penggunaan SITT	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Penguatan surveilans TB di fasyankes melalui SITT	1. OJT penggunaan SITT bagi petugas fasyankes	Dinkes		APBD Kab
				2. Validasi data TB setiap 3 bulan	Dinkes		APBD Kab
				3. Analisa data dan umpan balik TB ke fasyankes	Dinkes		tidak ada dana
	Sistem pengumpulan data TB yang belum optimal		Penguatan Sistem Pengumpulan Data TB	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 TB	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
		1. Sosialisasi updater 10.04 SITT 2 yang sudah sesuai dengan pencatatan dan pelaporan sesuai rekomendasi WHO kepada fasyankes		Dinkes		APBD Kab, Lembaga Mitra	
	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Penguatan Sistem Pengumpulan Data TB (lanjutan halaman sebelumnya)	2. Bimtek dan supervisi ke Puskesmas perihal pencatatan dan pelaporan TB menggunakan SITT dan e-TB	Dinkes		APBD Kab	

Strategi 6 (lembar #3)

Isu Strategis	Analisa Masalah	Strategi	Program	Kegiatan	Pelaksana		Sumber Pendanaan
					Utama	Pendukung	
6.2 Pengadaan dan Distribusi Logistik TB							
Logistik yang belum memadai	Terjadinya kehabisan stok OAT	Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan	Pengadaan Logistik TB	1. Pengadaan Logistik Non OAT (mikroskop, Reagen Zn, Pot dahak, Slide, Formulir, RR TB, Masker N95, tuberculin test, masker bedah)	Dinkes		APBD Kab
				2. Menyusun perencanaan dan Pengadaan materi KIE TB Lokal Spesifik	Dinkes		APBD Kab
				3. Monev Logistik TB	Dinkes		
	Infrastruktur, peralatan, dan SDM di RSUD Tani dan Nelayan belum memenuhi persyaratan		Pemenuhan Persyaratan Infrastruktur, Peralatan dan SDM di RS	Pengadaan Kebutuhan Infrastruktur, peralatan, bahan habis pakai, dan SDM Lab Pemeriksaan Biakan TB	RSUD	BBLK Makasar, 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 6 Puskesmas VCT, sehingga belum semua pasien TB 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 TB (lanjutan)						
Logistik yang belum memadai	Terjadinya kehabisan stok OAT dan non OAT		Distribusi Logistik TB.	Transportasi logistik TB dari kabupaten ke provinsi (PP)	Dinkes		APBD Kab
	Infrastruktur, peralatan, dan SDM di RSUD Tani dan Nelayan belum memenuhi persyaratan		Pemenuhan Persyaratan Infrastruktur, Peralatan dan SDM di RS	Pengadaan kebutuhan Infrastruktur, peralatan, bahan habis pakai, dan SDM Lab Pemeriksaan Biakan TB	RSUD	BBLK Makasar, 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 TB 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 TB 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 TB bagi SDM Puskesmas	Dinkes	Dinkes Prov	APBD Kab
	Banyak kader yang akhirnya berhenti (kurang komitmen) melakukan penemuan kasus		Peningkatan Peran Kader dalam Penemuan Kasus TB	Pembentukan dan pelatihan kader PKK sebagai Jumantuk (Juru Pemantau Batuk) untuk penemuan TB secara aktif di masyarakat	TP-PKK	Puskesmas, Poskesdes	TP-PKK
	Belum semua Puskesmas menerapkan MTBS dengan baik, sehingga kecurigaan TB pada Anak dengan BB rendah masih masih belum optimal		Pelaksanaan Skrining TB Anak melalui MTBS, RS dan Sekolah.	Pelatihan petugas MTBS di fasyankes untuk penapisan TB Anak	Dinkes	Puskesmas	APBD Kab
	Angka keberhasilan pengobatan TB masih rendah	SOP penanganan Efek Samping Obat (ESO) belum dilaksanakan dengan optimal		Peningkatan Kapasitas Petugas Kes. Dalam Pelaksanaan SOP ESO	Pelatihan tata laksana ESO TB bagi petugas kesehatan.	Dinkes	RS, Puskesmas, Pendamping, CSO
Angka penemuan kasus TB-RO dan pengobatan TB-RO yang	Kapasitas Petugas untuk Diagnosis TB RO belum optimal		Peningkatan kapasitas petugas pengelola TB- RO	Pelatihan dan Sosialisasi MTPTRO kepada Petugas Pengelola TB 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 TB-RO belum dilakukan		Serumah" pasien TB-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 TB 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 TB		Pembinaan Rujukan Uji Silang Lab Mikroskopis	Pelatihan mikroskopis bagi petugas laboratorium Puskesmas Satelit, RS Swasta dan Lab Swasta	Dinkes	RSUD	APBD Kab, Lembaga Mitra
	Infrastruktur, peralatan, dan SDM di RSUD Tani dan Nelayan belum memenuhi persyaratan		Pemenuhan Persyaratan Infrastruktur, Peralatan dan SDM di RS	Pelatihan SDM untuk pemeriksaan Biakan TB	RSUD	BBLK Makasar, Dinkes Prov, Dinkes Kab	APBD Kab, RS, Lembaga Mitra
Pengobatan pencegahan TB pada ODHA dan Anak dengan INH belum berjalan	Belum tersosialisasikannya pencegahan dan pengobatan TB pada ODHA dan Anak		Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pemberian PPINH	Pelatihan PPINH pada petugas kesehatan	Dinkes	RS, Puskesmas VCT	APBD Kab, Lembaga Mitra
Jejaring pelayanan TB belum berfungsi dengan baik	Keterlibatan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam penelitian dan jejaring pelayanan TB (termasuk penapisan) belum tergal.		Kerjasama antara Dinkes dengan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam Penelitian dan jejaring Pelayanan TB	Pelatihan kader TB 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 TB Kabupaten	Kebutuhan peningkatan kapasitas fasyankes belum terakomodasi sepenuhnya		Penyiapan Tim Pelatih TB tingkat kabupaten	1. Pembentukan Tim Pelatih TB kabupaten	Dinkes	APBD Kab
				2. Pembuatan dan penerbitan SK Kadinkes tentang Tim Pelatih TB kabupaten	Dinkes	APBD Kab
				3. Penguatan Tim Pelatih TB kabupaten	Dinkes	APBD Kab

BAB VI

PEMBIAYAAN

Dalam konteks penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pembiayaan merupakan unsur yang multak harus tersedia. Pemerintah Kabupaten Tulungagung setiap tahun merencanakan dan menetapkan APBD sebagai pedoman dalam mengatur penerimaan dan belanja untuk pelaksanaan pembangunan daerah. Pelaksananya 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 TB pada dasarnya adalah besaran nilai investasi yang direncanakan untuk mendanai pelaksanaan program dan kegiatan penanggulangan TB berdasarkan kebutuhan yang teridentifikasi.

6.1 Tujuan dan Arah Pembiayaan

Pembiayaan ini ditujukan untuk peningkatan pembangunan sektor kesehatan fokus pada penanggulangan penyakit TB. 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 TB.

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 Tulungagung

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

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

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

6.4 Proyeksi Biaya

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

BAB VII

PENUTUP

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

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

Bupati Boalemo



DARWIS MORIDU