



WALIKOTA BLITAR
PROVINSI JAWA TIMUR

PERATURAN WALIKOTA BLITAR

NOMOR 2 TAHUN 2025

TENTANG

RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS
TAHUN 2025-2029

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA BLITAR,

Menimbang

- :
- a. bahwa untuk menjamin hak masyarakat untuk mewujudkan kehidupan yang sehat dan memajukan kesejahteraan umum sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 - b. bahwa Tuberkulosis masih menjadi masalah Kesehatan dan menimbulkan masalah yang kompleks, sehingga diperlukan upaya penanggulangan yang komprehensif, terpadu, dan berkesinambungan;
 - c. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 4 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, Pemerintah Daerah masyarakat bertanggung jawab menyelenggarakan Penanggulangan TB;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkulosis Tahun 2025-2029;

Mengingat

- :
1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Kota Kecil dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah dan Jawa Barat sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1954



!

tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 16 dan Nomor 17 Tahun 1950 (Republik Indonesia Dahulu) tentang Pembentukan Kota-Kota Besar dan Kota-Kota Kecil Di Jawa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1954 Nomor 40, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 551);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5597), sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 48 Tahun 1982 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Blitar (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1982 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3243);
6. Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 166);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 122);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN TUBERKULOSI TAHUN 2025-2029.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Blitar.
2. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Kepala Daerah yang selanjutnya disebut Walikota adalah Walikota Blitar.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Walikota dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat TBC adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang paru dan organ lainnya.
6. Penanggulangan TBC adalah segala upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif untuk melindungi kesehatan masyarakat, menurunkan angka kesakitan, kecacatan atau kematian, memutuskan penularan, mencegah resistensi obat TBC, dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan akibat TBC.
7. Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TBC yang selanjutnya disebut RAD Penanggulangan TBC adalah dokumen operasional kebijakan daerah jangka menengah dalam rangka penanggulangan TBC yang menerapkan pendekatan berbasis masyarakat dan pendekatan kelembagaan dalam rangka mendukung eliminasi TBC pada tahun 2030 dan pencapaian program pembangunan berkelanjutan/*Sustainable Development Goals* (SDG).

BAB II

PERAN DAN FUNGSI

Pasal 2

RAD Penanggulangan TBC Kota Blitar Tahun 2025-2029 berperan sebagai rencana pengembangan kapasitas daerah untuk perluasan program penanggulangan TB dan penyehatan lingkungan dalam rangka mendukung program percepatan eliminasi TBC Tahun 2030.

Pasal 3

RAD Penanggulangan TBC Kota Blitar Tahun 2025-2029 berfungsi sebagai:



- a. instrumen kebijakan pengembangan program penanggulangan TBC Daerah jangka menengah;
- b. rencana peningkatan kinerja penanggulangan TBC di Daerah;
- c. media internalisasi program atau kegiatan ke dalam program atau kegiatan Perangkat Daerah yang terkait; dan
- d. acuan pengalokasian Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah bagi program-program peningkatan kinerja penanggulangan TBC.

BAB III SISTEMATIKA

Pasal 4

- (1) RAD Penanggulangan TBC Tahun 2025-2029 disusun dengan sistematika sebagai berikut :
 - a. Bab I Pendahuluan;
 - b. Bab II Analisa Situasi;
 - c. Bab III Isu Strategis;
 - d. Bab IV Indikator Kinerja;
 - e. Bab V Strategi;
 - f. Bab VI Pembiayaan; dan
 - g. Bab VII Penutup.
- (2) RAD Penanggulangan TBC Tahun 2025-2029 sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.

BAB IV PENDANAAN

Pasal 5

Pendanaan RAD Penanggulangan TBC Tahun 2025-2029 dibebankan pada:

- a. anggaran pendapatan dan belanja daerah; dan
- b. sumber dana lainnya yang sah dan tidak mengikat.

BAB V PEMANTAUAN DAN EVALUASI



Pasal 6

- (1) Pemantauan dan Evaluasi RAD Penanggulangan TBC Tahun 2025-2029 dilaksanakan oleh Tim Teknis.
- (2) Susunan keanggotaan Tim Teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Pengarah : Walikota Blitar;
 - b. Ketua : Sekretaris Daerah;
 - c. Wakil Ketua : Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kota Blitar;
 - d. Sekretaris : Kepala Dinas Kesehatan Kota Blitar;
 - e. Bidang Perencanaan : Kepala Bagian Perekonomian dan Kesejahteraan Rakyat Sekretariat Daerah Kota Blitar;
 - f. Bidang Tatalaksana Kasus, Pendampingan Terduga dan Pasien Tuberkulosis : Kepala Bidang Pencegahan Pengendalian Penyakit Dina Kesehatan Kota Blitar;
 - g. Bidang Dukungan Sosial dan Ekonomi Pasien Tuberkulosis : Kepala Bidang Pelayanan dan Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Blitar; dan
 - h. Bidang Edukasi, Pengurangan Stigma, dan Diskriminasi : Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Blitar.
- (3) Tim Teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Walikota.

BAB VI

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 7

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Blitar
pada tanggal 3 Januari 2025
WALIKOTA BLITAR,

ttd.

SANTOSO



Diundangkan di Blitar
Pada tanggal 3 Januari 2025
SEKRETARIS DAERAH KOTA BLITAR,

ttd.

PRIYO SUHARTONO

BERITA DAERAH KOTA BLITAR TAHUN 2025 NOMOR 2

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,

A handwritten signature in blue ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke.

IKA HADI WIJAYA, S.H.,M.H.
NIP. 19791210 200604 1 008

LAMPIRAN
PERATURAN WALIKOTA BLITAR
NOMOR 2 TAHUN 2025
TENTANG
RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN
TUBERKULOSIS TAHUN 2025-2029

RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN TUBERCULOSIS
KOTA BLITAR TAHUN 2025-2029

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Secara global terjadi peningkatan kematian kasus Tuberculosis (TBC) dibandingkan tahun sebelumnya. Berdasarkan Global TB Report 2023, estimasi kasus TBC meningkat menjadi 1.060.000 kasus dan angka kematian mencapai 134.000 per tahun. Indonesia merupakan negara dengan estimasi kasus tertinggi ke-2 di dunia setelah India. Indonesia masih menghadapi tantangan besar dalam penanggulangan dan pengendalian TBC. Meningkatnya kasus TBC MDR, TBC HIV, TBC DM, TBC pada anak dan masyarakat rentan lainnya menjadi beban berat bagi program kesehatan masyarakat di Indonesia.

Amanat Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Pasal 5 yang menyatakan *“Setiap orang berkewajiban ikut mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, dimana pelaksanaannya meliputi upaya kesehatan perseorangan, upaya kesehatan masyarakat, dan pembangunan berwawasan kesehatan”*, menjadi landasan penting dalam penanggulangan dan pengendalian TBC. Secara khusus pasal tersebut telah dipertegas dalam Standar Pelayanan Minimum (SPM) Bidang Kesehatan pada Pasal 2 Ayat 2 Huruf K dengan menyebutkan *“Setiap orang dengan TBC mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar”*.

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

Sumber penularan adalah pasien TBC paru BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman dalam udara dalam bentuk *droplet* (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau *droplet* tersebut terhirup kedalam saluran napas. Setelah kuman TBC masuk kedalam tubuh manusia kedalam pernafasaan, kuman TBC 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 TBC ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, makin menular

pasien tersebut. Kemungkinan seseorang terinfeksi TBC ditentukan oleh konsentrasi *droplet* dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

Kasus TBC di Indonesia terbanyak pada usia produktif, yaitu kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15 – 50 tahun), pada jenis kelamin laki-laki sebesar 475.876 kasus, dan 345.324 kasus pada perempuan. Diperkirakan seorang pasien TBC dewasa, akan kehilangan rata rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20 – 30%. Jika ia meninggal akibat TBC, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TBC juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial, seperti stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat.

Gambaran kasus TBC di Jawa Timur, pada Tahun 2023 diperkirakan mencapai 116.752 kasus. Capaian penemuan kasus sebesar 62,74% dan capaian pengobatan sebesar 88,06%. Penduduk Kota Blitar pada tahun 2023 berjumlah 145.583 jiwa, jumlah kasus TBC di Kota Blitar tahun 2023 adalah sebesar 321 kasus per 100.000 penduduk dengan target penemuan semua kasus TBC sebesar 362 kasus. Hal ini tentunya masih belum mencapai target, artinya masih terdapat 41 kasus TBC yang belum ditemukan dari target yang ditentukan. Hal tersebut juga terlihat dari indikator penemuan kasus atau Case Detection Rate (CDR) pada tahun 2023 yaitu 65,26% dari target 70%, angka keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus juga masih tercapai 75%. Oleh karena itu tentunya Program Pengendalian TBC di Kota Blitar masih memerlukan banyak upaya peningkatan penemuan suspek dan penderita TBC.

Tantangan yang selama ini dihadapi dalam program pengendalian TBC di Kota Blitar diantaranya terkait keterlibatan dokter praktek mandiri, klinik swasta dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam pengendalian TBC terutama dalam hal notifikasi kasus, jejaring rujukan dan koordinasi. Hal tersebut berdampak pada cakupan penemuan kasus, informasi pasien pindah dan mangkir yang 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 Kota Blitar dan menyusun protokol serta kesepakatan jejaring eksternal yang akan menjadi dasar untuk melakukan koordinasi dan komunikasi terkait notifikasi kasus, rujukan atau pelacakan pasien TBC yang tidak berobat secara teratur. Selain itu tidak kalah penting bahwa keberhasilan pengendalian keberhasilan pengobatan TBC juga memerlukan peran serta aktif masyarakat dalam menemukan suspek TBC, penderita TBC serta menjadi PMO.

Salah satu permasalahan yang perlu mendapat perhatian terkait dengan masih rendahnya temuan serta pengobatan TBC yang ada di Kota Blitar adalah belum terlibatnya semua komponen terkait dalam upaya pengendalian TBC. Keterlibatan lintas sektor belum optimal, dan keterlibatan sektor kesehatan kurang maksimal, salah satunya peran dokter praktek mandiri dalam menotifikasi kasus TBC. Untuk itu diperlukan sebuah kebijakan agar semua sektor terlibat secara aktif, kebijakan tersebut dapat diwujudkan melalui penyusunan RAD pengendalian TBC di Kota Blitar Tahun 2025-2029.



1.2 Maksud, Tujuan dan Fungsi RAD Pengendalian TBC

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

1) RAD Penanggulangan TBC bertujuan untuk:

- a. Memberikan acuan dan pedoman bagi pemerintah daerah dan pihak terkait lainnya untuk meningkatkan komitmen dan kepemimpinan dalam menanggulangi TBC.
- b. Memberikan acuan dalam membuat perencanaan dan penganggaran terkait penanggulangan TBC.
- c. Memberikan acuan dalam menyusun regulasi terkait penanggulangan TBC.
- d. Memberikan acuan untuk mengkoordinasikan perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi kegiatan agar sinergi dalam upaya bersama meningkatkan penanggulangan TBC tercapai.

2) RAD Pengendalian TBC berfungsi sebagai:

- a. Pedoman bagi Perangkat Daerah terkait dalam upaya menuju eliminasi TBC 2035.
- b. Pedoman untuk menjembatani koordinasi dan integrasi program-program pelayanan publik yang terkait dengan upaya menuju eliminasi TBC 2035.
- c. Pedoman untuk menyinergikan berbagai upaya penanggulangan TBC antar Perangkat Daerah dan pihak terkait lainnya.
- d. Dokumen bagi masyarakat dan para pihak lain yang berkepentingan untuk memantau pelaksanaan program Penanggulangan TBC di daerah.

3) RAD Penanggulangan TBC memiliki nilai strategis sebagai berikut:

- a. Penyelenggaraan pelayanan publik, termasuk pelayanan kesehatan merupakan tugas utama pemerintah daerah. Penanggulangan TBC merupakan salah satu pelayanan kesehatan dasar yang telah ditetapkan menjadi SPM yang wajib dipenuhi oleh pemerintah daerah.
- b. Strategi Penanggulangan TBC dalam RAD Penanggulangan TBC lebih banyak mengarah pada promosi, pencegahan dan perbaikan kualitas layanan.
- c. Penyusunan RAD Penanggulangan TBC yang tepat dan jaminan penganggaran yang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku akan mendorong pemerintah daerah untuk lebih bersemangat melakukan penanggulangan TBC, terutama upaya promosi, pencegahan dan peningkatan kualitas layanan.
- d. RAD Penanggulangan TBC merupakan rencana aksi yang diintegrasikan dan terinternalisasikan dalam setiap pelaksanaan tugas pokok dan fungsi masing-masing Perangkat Daerah yang

terkait secara langsung maupun tidak langsung dengan kemitraan dari lembaga non pemerintah terkait yang berperan memberikan berbagai input apabila terjadi penyimpangan dalam pelaksanaan RAD Penanggulangan TBC.

1.3 Landasan Hukum dan Kebijakan RAD Penanggulangan TBC

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

1.3.1 Landasan Hukum dan Dasar Penyusunan RAD Penanggulangan TBC

- 1) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, yakni Pasal 9 Ayat 3 dan 4 tentang Urusan Pemerintah Konkuren
- 2) Peraturan Presiden Nomor 2 Tahun 2015 tentang RPJMN Bidang Kesehatan
- 3) Peraturan Menteri Kesehatan No. 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan TBC
- 4) Strategi Nasional (Stranas) tentang Penanggulangan TBC & RAN TBC
- 5) RPJMD Bidang Kesehatan
- 6) Rencana Strategis (Renstra Dinas Kesehatan Kota Blitar terkait Penyakit Menular yaitu TBC Berdasarkan amanat Pasal 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis.
- 7) Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 50 Tahun 2022 ditetapkan Gubernur Jatim pada tanggal 30 Agustus 2022 Penanggulanagan Penyakit Tuberkulosis.
- 8) Surat Gubernur Jawa Timur Nomor 440/16234/031/2016 tanggal 13 Oktober 2016 perihal Penyusunan Rencana Aksi Daerah Tuberkulosis.
- 9) Surat Gubernur Jawa Timur Nomor 440/761/012.4/2017 tanggal 31 Januari 2017 perihal Dukungan dalam Upaya Pencegahan dan Pengendalian TBC, Pemerintah Daerah menyelenggarakan pelayanan dasar kesehatan.

Bahwasanya Pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab menyelenggarakan Penanggulangan TBC. Maka dalam akselerasi percepatan pengendalian TBC harus menjadi dasar kebijakan yang nantinya akan menjadi pedoman bagi Pemerintah Daerah dalam melaksanakan segala kegiatan yang dilakukan oleh semua pemangku kepentingan. Hal ini diharapkan dapat mempengaruhi percepatan eliminasi TBC di Kota Blitar.

1.3.2 Kebijakan RAD Penanggulangan TBC

Secara umum kebijakan dalam RAD penanggulangan TBC di Kota Blitar berfokus pada:

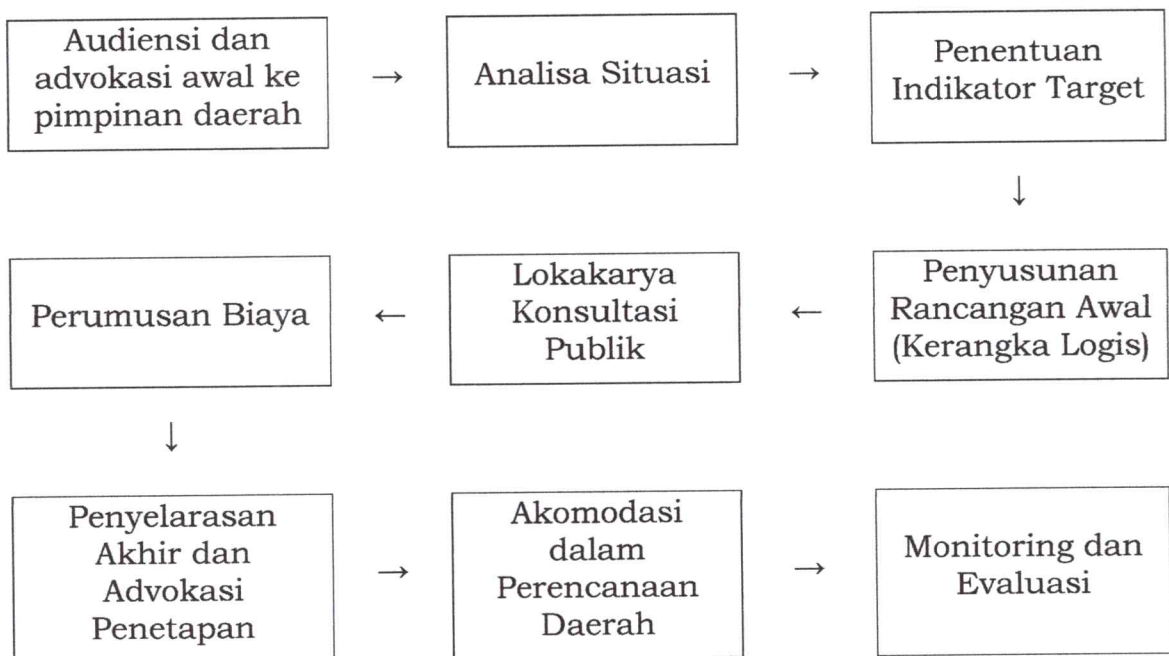
- a. Prosentase Pasien TBC yang dilakukan pelacakan kontak.
- b. Prosentase terduga TBC yang ditemukan dari hasil kegiatan PIS PK dan didiagnosa secara standar.
- c. Prosentase DPM, Klinik, dan FKTP sesuai yang melaporkan penemuan kasus TBC.
- d. Prosentase Penemuan Semua Kasus TBC (CDR).

- e. Persentase Keberhasilan Semua Kasus TBC.
- f. Adanya komitmen pemerintah dan swasta tentang program TBC dengan DOTS.
- g. Meningkatkan kerjasama lintas program, lintas sektor, akademisi dan organisasi profesi.
- h. Mempersiapkan tenaga yang terlatih di semua unit pelayanan kesehatan.
- i. Menyediakan kelengkapan sarana dan prasarana termasuk obat yang berkesinambungan.
- j. Mengoptimalisasikan Gerakan 115 (setiap 1 orang pasien TBC, dicari dan diskriming 15 orang kontak eratnya).
- k. Meningkatkan dukungan serta peran serta aktif masyarakat dalam pengawasan minum obat pada penderita TBC.
- l. Menyediakan sarana dan prasarana untuk program TBC seperti *sputum pot*, obat, reagen, *mantoux test*, slide, dan lain-lain.

1.4 Proses Penyusunan RAD

Penyusunan RAD Penanggulangan TBC di Kota Blitar telah dimulai pada bulan April 2018 menindaklanjuti Pertemuan Diseminasi dan Pertukaran Pembelajaran untuk Replikasi Penyusunan RAD Penanggulangan TBC bagi Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur dan Pertemuan Monev P2TBC Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Tahapan-tahapan penyusunan RAD Penanggulangan TBC mengacu pada Petunjuk Teknis Penyusunan RAD Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2017.

Rangkaian proses penyusunan RAD Penanggulangan TBC Kota Blitar dapat diketahui pada Gambar 1.1.



Gambar 1.1 Rangkaian Penanggulangan TBC Kota Blitar

Adapun rincian agenda rangkaian proses penyusunan RAD Penanggulangan TBC Kota Blitar sebagai berikut:

- 1) Audiensi dan Advokasi awal ke Walikota telah dilaksanakan pada tanggal 27 Juni 2018.

- 2) Analisa Situasi dilaksanakan pada tanggal 30 September 2023.
- 3) Pertemuan untuk menentukan Indikator dan Target dilaksanakan pada tanggal 20 Desember 2024.
- 4) Penyusunan Rancangan Awal RAD untuk menghasilkan draft Kerangka Logis dilaksanakan pada tanggal 30 September 2024.
- 5) *Focused Group Discussion* (FGD) untuk memastikan program dan kegiatan yang menjadi tanggungjawab perangkat daerah dan unit kerja lain yang terlibat dilaksanakan pada tanggal 30 September 2024.
- 6) Perumusan pembiayaan dilaksanakan pada tanggal 30 September 2024.
- 7) Penyelarasan akhir dan apenetapan dilaksanakan pada tanggal 27 Desember 2024.

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 Detection Rate*, yang selanjutnya disebut CDR adalah angka yang menunjukkan jumlah penemuan semua kasus TBC diantara 100.000 penduduk dalam suatu wilayah.
3. *Case Notification Rate*, yang selanjutnya disebut CNR adalah angka yang menunjukkan jumlah pasien baru yang ditemukan dan tercatat diantara 100.000 penduduk dalam suatu wilayah.
4. *Challenge Tuberculosis*, yang selanjutnya disebut C-TBC adalah organisasi nirlaba internasional yang secara khusus berfokus pada pengentasan tuberkulosis (TBC) di seluruh dunia dengan memperkuat sistem kesehatan dalam penanggulangan TBC di tingkat global dan lokal.
5. Dokter Praktik Mandiri, yang selanjutnya disebut DPM adalah dokter yang membuka praktik secara pribadi.
6. 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.
7. *Human Immunodeficiency Virus*, yang selanjutnya disebut HIV adalah virus ini menyerang sistem kekebalan tubuh dan melemahkan kemampuan tubuh untuk melawan infeksi dan penyakit.
8. Indikator Kinerja Individu, yang selanjutnya disebut IKI adalah ukuran atau Indikator yang menginformasikan penilaian kerja seseorang.
9. 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.
10. *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.

!

11. *International Standard Tuberculosis Care*, yang selanjutnya disebut ISTC adalah merupakan pedoman internasional perawatan TBC yang mencakup diagnosis, pengobatan dan upaya kesehatan masyarakat.
12. 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.
13. 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.
14. *Lot Quality Sampling Assessment* yang selanjutnya disebut LQAS adalah metode random sampling yang dikembangkan pada tahun 1920 sebagai alat untuk meninjau kualitas produksi.
15. Lanjut usia yang selanjutnya disebut Lansia adalah orang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun.
16. *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.
17. *Memorandum of Understanding*, selanjutnya disebut MoU adalah sebuah dokumen legal yang menjelaskan persetujuan antara dua belah pihak MoU
18. Masker N95 adalah masker yang memiliki kerapatan lebih tinggi daripada masker bedah dan mampu menghalangi 95 persen partikel masuk.
19. Pengawas Minum Obat, yang selanjutnya disebut PMO adalah seseorang yang bertugas untuk mengawasi, memberikan dorongan dan memastikan penderita TBC menelan Obat Anti TBC.
20. Pengobatan Pencegahan dengan INH, yang selanjutnya disebut PP INH adalah salah satu intervensi kesehatan masyarakat sebagai pencegahan TBC pada penderita HIV.
21. 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.
22. Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkulosis, yang selanjutnya disebut RAD Penanggulangan TBC adalah dokumen operasional kebijakan daerah jangka menengah dalam rangka penanggulangan TBC yang menerapkan pendekatan berbasis masyarakat dan pendekatan kelembagaan dalam rangka mendukung eliminasi TBC pada tahun 2035 dan pencapaian program pembangunan berkelanjutan/ *sustainable development goals* (SDG).
23. 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.



24. 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.
25. Sistem Informasi Tuberkulosis Terpadu, yang selanjutnya disebut SITT adalah aplikasi TBC elektronik yang bertujuan untuk mempermudah pengelolaan data dan penyelesaian laporan.
26. Standar Prosedur Operasional, yang selanjutnya disebut SPO adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan administrasi pemerintah.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. Temukan Obati Tuberkulosis Sampai Sembuh, yang selanjutnya disebut TOSS TBC adalah slogan sekaligus kegiatan nyata di masyarakat melalui penemuan secara aktif dan masif sekaligus mendorong Pasien TBC yang sedang berobat untuk berobat hingga sembuh.
31. 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.
32. Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat TBC adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang paru dan organ lainnya.
33. Tuberkulosis *All Case*, yang selanjutnya disebut TBC *All Case* adalah jumlah seluruh kasus Tuberkulosis baik yang memiliki hasil positif maupun negatif.
34. Tuberkulosis Diabetes Mellitus, yang selanjutnya disebut TBC DM adalah penderita Tuberkulosis yang disertai dengan koinfeksi penyakit Diabetes Mellitus
35. Tuberkulosis *Human Immunodeficiency Virus*, yang selanjutnya disebut TBC HIV adalah penderita Tuberkulosis yang disertai dengan koinfeksi penyakit HIV/AIDS.
36. Tuberkulosis Resistensi Obat, yang selanjutnya disebut TBC RO adalah penyakit TBC yang disebabkan *Mycobacterium tuberculosis* yang sudah mengalami kekebalan terhadap OAT.
37. *World Health Organization*, yang selanjutnya disebut WHO adalah salah satu badan PBB yang bertindak sebagai koordinator kesehatan umum internasional dan bermarkas di Jenewa, Swiss.

38. *Ziehl Neelsen* merupakan reagen yang digunakan dalam pemeriksaan mikroskopis Bakteri Tahan Asam (BTA) dari jenis *Mycobacterium*.
39. *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.
40. *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

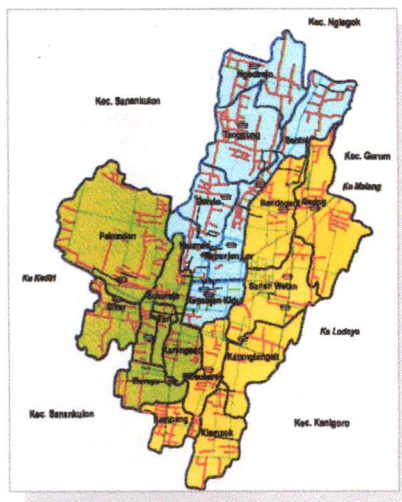
2.1 Situasi Umum Daerah

2.1.1 Geografi

Kota Blitar merupakan wilayah terkecil kedua di Provinsi Jawa Timur setelah Kota Mojokerto. Terletak pada koordinat $112^{\circ}14'$ - $12^{\circ}28'$ Bujur Timur dan $8^{\circ}2'$ - $8^{\circ}10'$ Lintang Selatan. Jarak tempuh dari Ibu Kota Provinsi Jawa Timur ± 160 km ke arah Barat Daya.

Secara administratif, Kota Blitar dikelilingi oleh wilayah Kabupaten, dengan batas-batas sebagai berikut:

| | |
|-----------------|--|
| Sebelah Utara | : Kecamatan Nglebok dan Kecamatan Garum Kabupaten Blitar |
| Sebelah Timur | : Kecamatan Garum dan Kecamatan Kanigoro Kabupaten Blitar |
| Sebelah Selatan | : Kecamatan Kanigoro dan Kecamatan Sanankulon Kabupaten Blitar |
| Sebelah Barat | : Kecamatan Sanankulon dan Kecamatan Nglebok Kabupaten Blitar |



Pada sisi yang lain secara ekonomis Kota Blitar tidak memiliki sumber daya alam yang dapat dieksplorasi menjadi sumber pendapatan daerah, baik yang berupa bahan galian, mineral maupun hasil hutan dan kekayaan alam lainnya. Dengan demikian upaya yang harus terus digalakkan adalah pengembangan dan pembangunan sumber daya lainnya baik yang berupa sumber daya manusia maupun sumber daya buatan.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 48 Tahun 1982 tentang Batas Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Blitar, luas wilayah Kota Blitar adalah $\pm 32,578$ km², terdiri atas 3 (tiga) kecamatan dengan 20 kelurahan. Yang kemudian pada tahun 2005 dijadikan 21 Kelurahan hasil pemecahan Kelurahan Pakunden menjadi 2 Kelurahan yaitu Pakunden dan Tanjungsari berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 4 tahun 2005.

9

Adapun perincian luas wilayah di masing-masing kecamatan adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Perbandingan Luas Wilayah Kecamatan di Kota Blitar

| No | Kecamatan | Jumlah Kelurahan | Luas Wilayah (km ²) | % |
|--------|---------------|------------------|---------------------------------|-----|
| 1 | Sukorejo | 7 | 9,93 | 31 |
| 2 | Kepanjenkidul | 7 | 10,50 | 32 |
| 3 | Sananwetan | 7 | 12,15 | 37 |
| Jumlah | | 21 | 32,58 | 100 |

Sumber: BPS Kota Blitar Tahun 2023

2.1.2 Topografi

Rata-rata ketinggian Kota Blitar dari permukaan laut adalah 156 m. Dilihat dari topografinya wilayah Kota Blitar masih termasuk dataran rendah. Namun wilayah bagian utara relatif lebih tinggi dibandingkan dengan wilayah bagian selatan. Ketinggian di bagian utara sekitar 245 m dari permukaan air laut dengan tingkat kemiringan 2° sampai 15°. Semakin ke selatan tingkat ketinggiannya semakin menurun yaitu bagian tengah sekitar 175 m dan bagian selatan 140 m dengan tingkat kemiringan 0° sampai 2°. Secara rata-rata ketinggian Kota Blitar dari permukaan air laut sekitar 156 m.

Disamping itu, wilayah Kota Blitar terbagi menjadi 3 (tiga) bagian yaitu bagian utara, tengah dan selatan dimana bagian utara mempunyai ketinggian ± 245 meter dari permukaan laut, bagian tengah ± 190 meter dan bagian selatan ± 140 meter dari permukaan air laut. Adanya perbedaan letak ketinggian tersebut menunjukkan bahwa wilayah Kota Blitar masuk kategori daerah darat, sehingga mempengaruhi pola pemanfaatan dan tata guna tanah di wilayah Kota Blitar.

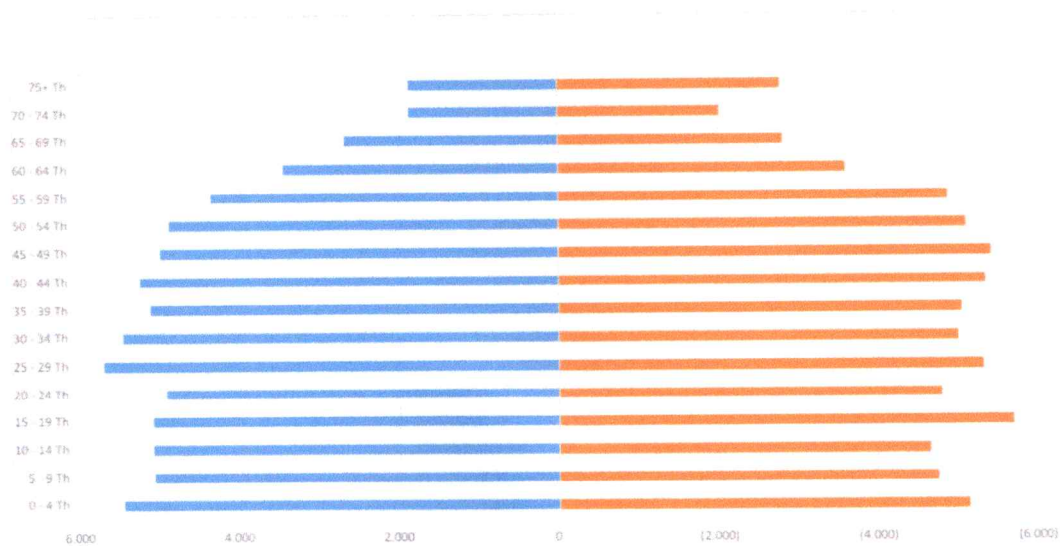
2.1.3 Demografi

Situasi kependudukan dapat dilihat dari berbagai indikator antara lain tingkat pertumbuhan, angka kelahiran kasar, tingkat fertilitas, kepadatan dan distribusi menurut umur. Gambaran secara umum keadaan demografi Kota Blitar adalah sebagai berikut:

a. Komposisi Penduduk

Berdasarkan data hasil proyeksi Badan Pusat Statistik Jawa Timur, jumlah penduduk Kota Blitar tahun 2023 sebesar 145.583 jiwa dengan rincian jumlah penduduk laki-laki sebesar 72.189 jiwa dan penduduk perempuan 73.394 jiwa, dengan jumlah Rumah Tangga 54.646. Apabila dibandingkan dengan jumlah penduduk tahun 2022 yaitu 143.840 jiwa, maka terjadi peningkatan jumlah penduduk Kota Blitar sebanyak 887 jiwa. Adapun distribusi penduduk berdasarkan jenis kelamin dan kelompok umur adalah sebagai berikut:

Grafik 2.1 Piramida Penduduk Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin Kota Blitar Tahun 2023



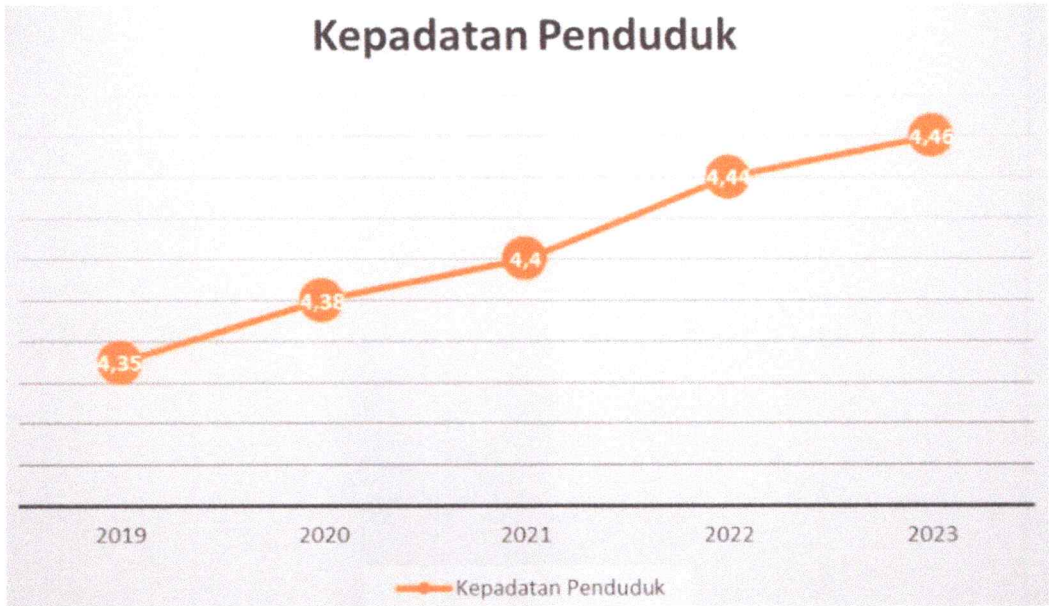
Sumber: Data Profil Kependudukan Kota Blitar Tahun 2023

Distribusi penduduk terbesar adalah pada kelompok umur 25–29 tahun yaitu 10.920 jiwa. Hal ini menunjukkan bahwa komposisi penduduk lebih banyak pada usia dewasa. Rasio jenis kelamin laki-laki dibandingkan perempuan sebesar 98,4%.

b. Kepadatan Penduduk

Kepadatan penduduk di Kota Blitar pada tahun 2023 adalah 4.463/km². Kondisi ini meningkat dari kondisi pada tahun 2022 yakni 4.443/km². Adapun data secara lengkap mengenai kondisi kepadatan penduduk tahun 2016 s/d 2020 adalah sebagai berikut:

Grafik 2.2 Kepadatan Penduduk Per-Km² (dalam ribuan)
Kota Blitar Tahun 2019–2023



Sumber: Data Profil Kependudukan Kota Blitar Tahun 2023

[Handwritten signature]

Berdasarkan grafik di atas, dapat diketahui bahwa pada setiap tahunnya terjadi kecenderungan kenaikan angka kepadatan penduduk di Kota Blitar sampai tahun 2023. Hal ini seiring dengan perubahan jumlah penduduk di tiap kecamatan. Perubahan dapat terjadi karena banyak hal, diantaranya dapat disebabkan oleh perpindahan penduduk dari luar kota ke dalam kota ataupun sebaliknya, selain itu perubahan kepadatan penduduk juga dapat disebabkan angka kematian dan jumlah kelahiran di wilayah tersebut.

c. Rasio Beban Tanggungan

Rasio beban tanggungan merupakan perbandingan antara jumlah penduduk usia tidak produktif (umur di bawah 15 tahun dan umur di atas 65 tahun) dengan jumlah penduduk usia produktif. Rasio ini menggambarkan beban yang ditanggung oleh penduduk usia produktif. Berikut ini gambaran rasio beban tanggungan di Kota Blitar mulai tahun 2019 s/d 2023:

Grafik 2.3 Rasio Beban Tanggungan Kota Blitar Tahun 2019 – 2023



Sumber: Data sekunder BPS Kota Blitar yang Diolah & Data Profil Kependudukan Kota Blitar

Dari data diatas dapat diketahui bahwa beban tanggungan di Kota Blitar masih cukup besar, jumlah penduduk usia tidak produktif hampir setengah jumlah penduduk usia produktif. Beban tanggungan yang tinggi merupakan faktor penghambat pembangunan ekonomi suatu negara, karena sebagian pendapatan yang diperoleh oleh golongan yang produktif terpaksa dikeluarkan untuk memenuhi kebutuhan mereka yang tidak produktif, maka semakin tinggi usia tidak produktif semakin tinggi beban tanggungan bagi usia produktif.

d. Epidemiologi TBC

TBC sampai saat ini merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Kota Blitar walaupun upaya pengendalian dengan strategi DOTS telah diterapkan sejak tahun 2005 namun masih belum maksimal hasilnya. Jumlah kasus TBC di Kota Blitar tahun 2023 adalah sebesar 321 kasus per 100.000 penduduk dengan target

penemuan semua kasus TBC sebesar 362 kasus. Hal ini tentunya masih belum mencapai target, artinya masih terdapat 41 kasus TBC yang belum ditemukan dari target yang ditentukan. Hal tersebut juga terlihat dari indikator penemuan kasus atau Case Detection Rate (CDR) pada tahun 2023 yaitu 65,26% dari target 70%, angka keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus juga masih tercapai 75%.

Pasien TBC Kota Blitar mayoritas adalah kelompok usia yang produktif secara ekonomis (15-64 tahun). Diperkirakan seorang pasien TBC dewasa, akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20-30%. Jika ia meninggal akibat TBC, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TBC juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial, seperti stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat.

Penyebab utama meningkatnya beban masalah TBC antara lain adalah:

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

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

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

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

Faktor risiko untuk menjadi sakit TBC adalah tergantung dari:

- 1) Konsentrasi / jumlah kuman yang terhirup
- 2) Lamanya waktu sejak terinfeksi.
- 3) Usia seseorang yang terinfeksi.



4) Tingkat daya tahan tubuh seseorang.

Seseorang dengan daya tahan tubuh yang rendah diantaranya infeksi HIV/AIDS dan malnutrisi (gizi buruk) akan memudahkan berkembangnya TBC aktif (sakit TBC). Bila jumlah orang terinfeksi HIV meningkat, maka jumlah pasien TBC akan meningkat, dengan demikian penularan TBC di masyarakat akan meningkat pula. Kurang lebih sekitar 10% yang terinfeksi TBC akan menjadi sakit TBC. Namun bila seorang dengan HIV positif akan meningkatkan kejadian TBC melalui proses reaktifasi. TBC umumnya terjadi pada paru (TBC Paru). Namun, penyebaran melalui aliran darah atau getah bening dapat menyebabkan terjadinya TBC diluar organ paru (TBC Ekstra Paru). Apabila penyebaran secara masif melalui aliran darah dapat menyebabkan semua organ tubuh terkena (TBC milier). Faktor risiko kematian karena TBC: 1) Akibat dari keterlambatan diagnosis 2) Pengobatan tidak adekuat 3) Adanya kondisi kesehatan awal yang buruk atau penyakit penyerta Catatan: Pasien TBC tanpa pengobatan, 50% akan meninggal dan risiko ini meningkat pada pasien dengan HIV positif.

e. Dampak Sosial Ekonomi pada Pasien TBC dan Keluarga

Kota Blitar terdiri dari 3 Kecamatan dan 21 kelurahan dengan jumlah penduduk 145.583 jiwa. Berdasarkan estimasi, jumlah penderita TBC di Kota Blitar Tahun 2023 sebanyak 321 kasus (semua kasus semua golongan umur) per 100.000 penduduk. Jika dari estimasi (prevalensi) jumlah penderita TBC tersebut diatas ditemukan semua (100%) dan kesemuanya diobati dengan strategi DOTS maka akan terselamatkan 321 jiwa dari penyakit TBC (target kesembuhan 90% dari jumlah kasus). Upaya menyembuhkan penderita TBC sebanyak 321 jiwa tersebut membutuhkan investasi obat sebesar $321 \times \text{Rp.}600.000 = \text{Rp. } 192.600.000$, dimana biaya tersebut sebagian sudah ditanggung APBN melalui obat dan bahan habis pakai dan sisanya dibiayai Lembaga Mitra Internasional, padahal biaya tersebut seharusnya juga ditanggung Pemerintah Daerah dan menjadi beban Pemerintah Daerah.

Hasil Survei Pembiayaan Pasien Tuberkulosis di Indonesia tahun 2020 oleh Pusat Kedokteran Tropis Universitas Gajah Mada menyatakan bahwa sekitar 60% pasien TB memiliki pekerjaan sebelum diagnosis TB dan sekitar 35% adalah pengangguran. Namun, banyak pasien TB di sektor informal dan formal kehilangan pekerjaan atau mengalami perubahan status pekerjaan (berkurang 10% di sektor informal dan formal) setelah didiagnosis TB. TB menyebabkan pengangguran meningkat lebih dari 50%. Biaya pengobatan tidak langsung menyumbang sekitar 70% dari total biaya pasien TB yang melakukan pengobatan di fasilitas kesehatan pemerintah. Biaya suplemen merupakan komponen utama biaya pengobatan tidak langsung (59%). Secara umum, setelah didiagnosis TB, pasien TB-SO maupun TBRO mengalami penurunan pendapatan bulanan baik dalam tingkat individu maupun tingkat rumah tangga. Sekitar 40% pasien TB merupakan tulang punggung keluarga. Proporsi ini tidak berbeda antara pasien TB-SO dan TB-RO. Setiap penderita TBC akan kehilangan potensi kerja penuh waktu selama 3 bulan, maka potensi kehilangan pendapatan akan terjadi selama 3 bulan.

Seluruh pasien TB rata-rata melakukan 137 kunjungan. Sebagian besar kunjungan dilakukan untuk PMO, baik untuk pasien TBSO atau pasien TB-RO (156 dan 477). Namun, total kunjungan ke fasilitas

kesehatan pasien TB-RO 3,5 lebih tinggi dibandingkan pasien TB-SO. Kunjungan PMO dan kontrol juga 3,1 dan 4,3 lebih tinggi pada pasien TB-RO. Sebagian besar waktu yang digunakan pasien TB-SO dan TB-RO adalah untuk kunjungan PMO dan untuk kontrol. Waktu untuk rawat inap, PMO, kontrol, dan keseluruhan total waktu yang digunakan lebih tinggi secara signifikan untuk pasien TB-RO dibandingkan pasien TB-SO. Hal serupa juga terjadi pada waktu yang digunakan oleh orang yang merawat.

2.2 Pengendalian TBC dan Kebijakan Pembangunan Daerah

a. Program Pengendalian TBC dalam RPJMD

Visi pembangunan Kota Blitar yang ingin diwujudkan pada periode 2021-2026 adalah: *"Terwujudnya Kota Blitar Keren, Unggul, Makmur, dan Bermartabat"*. Adapun misi untuk mencapainya adalah sebagai berikut:

1. Mewujudkan Tata Kehidupan yang Religius, Nasionalis, Setara Gender, dan Berkepribadian dalam Kebudayaan.
2. Mewujudkan Sumber Daya Manusia yang Keren, Berdaya Saing, Sehat Jasmani-Rohani, Cerdas, dan Berkarakter.
3. Mewujudkan Berdikari secara ekonomi yang berorientasi pada Ekonomi Kreatif, Pariwisata, dan Perdagangan Berbasis Digital.
4. Mewujudkan Tata Ruang yang Berwawasan Lingkungan Hidup dan Berkeadilan.
5. Mewujudkan Tata Pemerintahan yang Baik dan Bersih Berbasis Teknologi Informasi.

Misi kedua merupakan misi yang mendukung terwujudnya kesejahteraan masyarakat Kota Blitar, melalui peningkatan dan perluasan akses terhadap pelayanan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang diimbangi oleh kesadaran masyarakat untuk berperilaku sehat mulai dari lingkungan rumah tangga/keluarga, tetangga sampai dengan lingkungan perkotaan. Dinas Kesehatan Kota Blitar memiliki tugas pokok dan fungsi mendukung tercapainya Misi Walikota dan Wakil Walikota Blitar, yaitu Misi ke-2; Mewujudkan Sumber Daya Manusia yang Keren, Berdaya Saing, Sehat Jasmani-Rohani, Cerdas, dan Berkarakter. Dalam rangka mewujudkan pencapaian misi tersebut, maka ditentukan Indikator Kinerja Kunci (IKK) yang merupakan Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan antara lain sebagai berikut:

- 1) Pelayanan kesehatan ibu hamil;
- 2) Pelayanan kesehatan ibu bersalin;
- 3) Pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
- 4) Pelayanan kesehatan balita;
- 5) Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
- 6) Pelayanan kesehatan pada usia produktif;
- 7) Pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
- 8) Pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
- 9) Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
- 10) Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
- 11) Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan

12) Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (Human Immunodeficiency Virus).

Dalam indikator SPM tersebut sangat jelas menyebutkan terdapat Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis. Hal ini menunjukkan bahwa strategi dan arah kebijakan Pemerintah Kota Blitar untuk mewujudkan Sumber Daya Manusia yang sehat telah mengarah secara langsung serta memprioritaskan pada pencegahan dan penanggulangan TBC. Adapun upaya untuk mengendalikan penyakit TBC ini dilakukan melalui upaya promotif, preventif yang diakomodir juga dalam Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Promosi kesehatan merupakan program utama untuk memberikan wawasan dan pengetahuan kepada masyarakat tentang bahaya penyakit TBC. Agar penyebaran penyakit TBC dapat dikendalikan, dilakukan upaya pencegahan oleh fasilitas pelayanan kesehatan mulai tingkat kelurahan (Puskesmas) hingga Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD). Penanganan dan pengobatan pasien TBC secara intensif dilaksanakan sebagai upaya kuratif serta merehabilitasi pasien TBC yang hampir dinyatakan sembuh agar dapat beraktifitas normal dan diterima di masyarakat. Hal tersebut diakomodir dalam Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan serta Upaya Kesehatan Masyarakat. Program ini pun bertujuan untuk memberikan layanan kesehatan yang berkualitas dan tidak memberatkan masyarakat sehingga biaya kesehatan di Kota Blitar tidak lagi menjadi kendala dalam upaya kesehatan masyarakat.

b. Program Pengendalian TBC dalam Rencana Strategis Dinas Kesehatan

Dinas Kesehatan selaku ujung tombak dalam menyelenggarakan program kesehatan daerah menterjemahkan Visi dan Misi Walikota terkait bidang kesehatan melalui rumusan Rencana Strategis Dinas Kesehatan agar menjadi semakin operasional dan konkrit serta dapat dilaksanakan secara realistis dan rasional. Dalam Rencana Strategis Dinas Kesehatan 2021-2026 terdapat visi yang mengikuti visi Pemerintah Kota Blitar, yaitu *“Terwujudnya Kota Blitar Keren, Unggul, Makmur, dan Bermartabat”*. Relevansi dan konsistensi antar pernyataan visi, misi, tujuan, sasaran, strategi dan kebijakan dalam Renstra Dinas Kesehatan Kota Blitar sebagai benang merah untuk program penanggulangan TBC ini dirangkum dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 2.4 Relevansi Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kota Blitar

| |
|--|
| Visi : Terwujudnya Kota Blitar Keren, Unggul, Makmur, dan Bermartabat |
| Misi : Mewujudkan Sumber Daya Manusia yang Keren, Berdaya Saing, Sehat Jasmani-Rohani, Cerdas, dan Berkarakter |



| Tujuan | Sasaran | Strategi | Kebijakan |
|---|--|--|--|
| Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat | Meningkatnya akses dan kualitas kesehatan masyarakat | Peningkatan kualitas kesehatan ibu | <ul style="list-style-type: none"> a. Peningkatan penanganan komplikasi saat kehamilan b. Peningkatan penanganan komplikasi saat dan pasca persalinan c. Peningkatan kunjungan K1 dan K4 |
| | | Peningkatan kualitas kesehatan bayi dan balita | <ul style="list-style-type: none"> a. Peningkatan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) b. Penurunan bayi lahir dengan Berat Badan Bawah Garis Merah (BBGM) c. Penurunan bayi lahir dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) |
| | | Peningkatan penanganan stunting | <ul style="list-style-type: none"> a. Peningkatan pengetahuan tentang gizi seimbang b. Pemenuhan gizi ibu hamil c. Peningkatan gizi balita |
| | | Peningkatan pelayanan kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> a. Penguatan fasilitas pelayanan kesehatan b. Peningkatan sistem pelayanan rujukan c. Pemenuhan kualitas standar pelayanan kesehatan di rumah sakit d. Peningkatan layanan kegawatdaruratan |

Q

| Tujuan | Sasaran | Strategi | Kebijakan |
|--------|---------|----------|---|
| | | | e. Peningkatan kualitas sumber daya kesehatan |

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

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

| No. | Upaya Percepatan Penanggulangan TBC Kemenkes | Permasalahan Pelayanan Dinkes Kota Blitar | Sebagai Faktor | |
|-----|---|---|--|---|
| | | | Penghambat | Pendorong |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 1. | Persentase Kasus baru TBC Paru (BTA positif) yang ditemukan sebesar 75% | Rendahnya cakupan penemuan penderita penyakit TBC BTA positif karena rendahnya kesadaran dan partisipasi masyarakat untuk periksa ke fasyankes DOTS | 1. Prosedur pemeriksaan BTA membutuhkan waktu yang panjang dan kompleks (SPS) 2. Anggapan TBC merupakan penyakit yang "tabu" 3. Belum semua fasyankes swasta ikut TBC DOTS | 1. Ketersediaan fasyankes yang dapat memeriksa TBC cukup dan merata (puskesmas rujukan TBC) 2. Kemauan petugas tinggi 3. Logistik untuk program TBC cukup |
| 7. | Persentase Kasus baru TBC Paru (BTA positif) yang disembuhkan sebesar 90% | Angka keberhasilan pengobatan semua kasus TBC (Sukses Rate) Tahun 2016 sebesar 78%, tahun 2017 (s/d TWII) 44% dan cenderung turun jika | 1. TBC merupakan penyakit kronik 2. Adanya MDR-TBC 3. Stigma pada penderita TBC 4. Co-infeksi TBC HIV | 1. Tersedianya jejaring penanganan TBC 2. Logistik cukup (obat dan reagen pemeriksaan) |

4

| No. | Upaya Percepatan Penanggulangan TBC Kemenkes | Permasalahan Pelayanan Dinkes Kota Blitar | Sebagai Faktor | |
|-----|--|---|---|-----------|
| | | | Penghambat | Pendorong |
| | | dibandingkan tahun 2015. | 5. Jangka waktu pengobatan yang lama 6. Kurangnya kepatuhan penderita (Drop out dan tidak ada PMO) | |

c. Program Pengendalian TBC dalam Rencana Kerja Tahun Berjalan

Dinas Kesehatan Kota Blitar 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 Kota Blitar Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah. Dalam melaksanakan tugas tersebut, Dinas Kesehatan Kota Blitar 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 walikota. Berdasarkan Renstra Perubahan II Tahun 2016-2021 Dinas Kesehatan Kota Blitar, Tujuan Dinas Kesehatan Kota Blitar adalah meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, dengan indikator Angka Usia Harapan Hidup (AHH), yang merupakan komponen dari IPM (Indeks Pembangunan Manusia)/Human Development Index (HDI). Sedangkan sasaran yang harus dicapai dalam Rencana Kerja Dinas Kesehatan Kota Blitar di Tahun 2019 adalah:

- 1) Meningkatnya perilaku masyarakat untuk hidup sehat
- 2) Meningkatnya kualitas akses dan mutu pelayanan kesehatan

Upaya kegiatan penanggulangan TBC melalui upaya promotif melalui:

- 1) *Radio Spot*
- 2) 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) Pembentukan Kader Surveilans Berbasis Masyarakat (SBM) Kelurahan.
- 2) Pendampingan pasien oleh 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 satu rumah sakit pemerintah (RSUD Mardi Waluyo) di dukung tiga rumah sakit swasta lainnya yang menggunakan pengobatan TBC dengan standar program (DOTS).
- 2) Puskesmas dan jejaringnya.
- 3) Pelibatan Dokter Praktik Mandiri (DPM) dalam upaya jejaring rujukan, penemuan, pengobatan dan pendampingan serta akses obat TBC.

d. Kebijakan Anggaran Program Pengendalian TBC

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

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

Berikut ini gambaran pembiayaan daerah untuk program penanggulangan TBC di Kota Blitar. Realisasi anggaran diambil pada 3 tahun terakhir agar dapat dilihat trend peningkatannya. Gambaran perbandingan di atas memperlihatkan bahwa program penanggulangan TBC selama ini hanya dikelola dan dibiayai bersumber dari APBD untuk Dinas Kesehatan saja. Pembiayaan yang ada selama ini masih sangat kecil, bahkan pada Tahun 2019 mengalami penurunan. Tentu dalam perencanaan dan penganggaran untuk tahun-tahun yang akan datang diharapkan dapat ditingkatkan. Terlebih lagi jika pembiayaan program penanggulangan TBC dapat diakomodir juga dengan pembiayaan bersumber dari APBD untuk Perangkat Daerah lain, sehingga dapat menggambarkan bahwa program penanggulangan TBC juga dilakukan di berbagai sektor, tidak hanya kesehatan saja.

BAB III
ISU STRATEGIS

3.1 Analisa Kesenjangan

Angka kesakitan TBC di Kota Blitar pada Tahun 2023 sebesar 321 kasus per 100.000 penduduk. Target *All Case* penemuan kasus TBC di Kota Blitar tahun 2023 adalah sebesar 524 kasus, sedangkan realisasi penemuannya sebesar 321 kasus. Kesenjangan antara target dan capaian ini menunjukkan bahwa diperlukan upaya akselerasi oleh pemerintah Kota Blitar untuk mengeliminasi TBC pada tahun 2030.

Tabel 3.1 Indikator Capaian TBC Kota Blitar Tahun 2019-2023

| NO. | INDIKATOR | Capaian Tahun | | | | | Target 2019 | Rerata Capaian | Ket |
|-----|--|---------------|--------|--------|--------|--------|----------------|-------------------|----------------|
| | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | |
| A. | Penemuan Kasus | | | | | | | | |
| 1 | Cakupan pengobatan semua kasus TBC yang diobati (case detection rate/CDR) | 59.45% | 72,65% | 51,24% | 67,78% | 75,19% | 70% | 65,26% | Belum tercapai |
| 2 | Angka notifikasi semua kasus TBC yang diobati (case notification rate/CNR) per 100.000 *penduduk | 195 | 236 | 162 | 260 | 321 | 212 | 235 | Tercapai |
| 3 | Jumlah semua kasus TBC yang ditemukan dan diobati | 276 | 236 | 161 | 259 | 320 | 471 | 250 | Belum tercapai |
| 4 | Cakupan penemuan kasus TBC anak | 2.9% | 4,2% | 4,9% | 5,4% | 8,7% | 74% | 6% | Belum tercapai |



| NO. | INDIKATOR | Capaian Tahun | | | | | Target 2019 | Rerata Capaian | Ket |
|---|---|---------------|--------|--------|--------|---------|----------------|-------------------|----------------|
| | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | |
| 5 | Persentase anak < 5 tahun yang mendapat pengobatan pencegahan dibandingkan estimasi anak < 5 tahun yang memenuhi syarat diberikan pengobatan pencegahan | 0.5% | 10,6% | 2,6% | 6,41% | 11,54 % | 55% | 8% | Belum tercapai |
| 6 | Persentase kasus TB yang ditemukan dan dirujuk oleh masyarakat atau organisasi kemasyarakatan (<i>active case finding</i>) | 3.21% | 3% | 5% | 3% | 3% | 20% | 4% | Belum tercapai |
| B. Keberhasilan Pengobatan Sensitif dan Resisten Obat | | | | | | | | | |
| 1 | Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC semua kasus | 55% | 80,51% | 85,71% | 77,22% | 75,31% | 90% | 75% | Belum tercapai |
| 2 | Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC resisten obat | 0 | 0% | 0% | 0% | 0% | 100% | 0% | Belum tercapai |
| C. TBC Resisten Obat | | | | | | | | | |

!

| NO. | INDIKATOR | Capaian Tahun | | | | | Target | Rerata Capaian | Ket |
|-----------------|--|---------------|-------|------|-------|--------|--------|-------------------|----------------|
| | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2019 | | |
| 1 | Persentase kasus pengobatan ulang TBC yang diperiksa uji kepekaan obat dengan tes cepat molukuler atau metode konvensional | 0 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Tercapai |
| 2 | Persentase kasus TBC resistan obat yang memulai pengobatan lini kedua | 0 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Tercapai |
| D. TBC-HIV | | | | | | | | | |
| 1 | Persentase pasien TBC yang mengetahui status HIV | 74.542 % | 84,7% | 92% | 89% | 86,5% | 60% | 100% | Tercapai |
| 2 | Persentase Pasien TBC-HIV yang mendapatkan ARV selama pengobatan TBC | 50% | 77,8% | 100% | 66,7% | 56,25% | 100% | 70% | Belum tercapai |
| E. Laboratorium | | | | | | | | | |
| 1 | Persentase laboratorium mikroskopik yang mengikuti uji silang | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 80% | 100% | Tercapai |

| NO. | INDIKATOR | Capaian Tahun | | | | | Target | Rerata Capaian | Ket |
|-----|---|---------------|------|------|------|------|--------|-------------------|----------|
| | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2019 | | |
| 2 | Persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti uji silang dengan hasil baik | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Tercapai |

3.2 Isu Strategis

Setelah dilakukan identifikasi masalah yang ada di Kota Blitar, kesenjangan antara realisasi dengan target membutuhkan pemecahan masalah segera agar tercapai kondisi ideal. Diperlukan analisa masalah yang tajam, termasuk menentukan factor penyebab, seberapa besar capaian, faktor penghambat dan pendukungnya. Dari analisa masalah tersebut dapat ditarik kesimpulan untuk perumusan Isu Strategis. Isu strategis penanggulangan TBC di Kota Blitar diklasifikasikan mengacu pada Strategi Nasional Penanggulangan TBC dan Rencana Aksi Nasional (RAN) Penanggulangan TBC di Indonesia. Isu strategis dijabarkan dan dilampirkan dalam dokumen ini.

3.2.1 Komitmen Program TBC

Komitmen Kota Blitar dalam program penanggulungan TBC belum dilaksanakan secara menyeluruh lintas program dan lintas sektor. Sejauh ini perencanaan dan implementasi program penanggulungan TBC di Kota Blitar masih dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan saja. Berdasarkan IKU dan IKI yang dilaksanakan sebagai tugas dan fungsi Dinas Kesehatan yang dalam penanggulungan dan pengendalian penyakit menular termasuk TBC, kinerja capaian program yang ditunjukkan secara kuantitatif dan kualitatif adalah murni dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan.

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

Sementara itu perangkat daerah lain yang terkait dengan tata kelola pelayanan kesehatan bagi penderita TBC dan masyarakat masih belum merancang perencanaan dan penganggaran kegiatan penanggulungan

TBC. Sumber pendanaan lain yang memungkinkan dapat diarahkan untuk mendukung program penanggulangan TBC antar lain dari Dana Kelurahan, CSR dan lembaga mitra baik lokal maupun lembaga donor.

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

3.2.2 Penemuan Kasus TBC

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

Pada Tahun 2023, penemuan kasus Kota Blitar sebanyak 321 kasus terdiri dari 169 penduduk Kota Blitar (53%), sisanya 128 kasus penduduk Kabupaten Blitar dan sisanya 24 kasus dari luar kota/kabupaten Blitar.

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

1. Aspek Fasyankes yang terdiri dari:

- a. Puskesmas;
- b. rumah sakit pemerintah;
- c. rumah sakit swasta;
- d. dokter praktik swasta;
- e. klinik swasta;
- f. klinik di lapas; dan
- g. pos kesehatan pesantren.

Memiliki kendala sebagai berikut:

- 1) belum semua Klinik dan DPM menemukan terduga TBC serta melaksanakan sistem pencatatan dan pelaporan menggunakan standart baku (TBC06, TBC05, TBC04, TBC01, TBC02 serta rujuk kasus/TBC09 dan TBC10) sehingga penemuan masih rendah.

2. Aspek masyarakat yang terdiri dari penderita, keluarga penderita maupun warga masyarakat umum masih memiliki kendala sebagai berikut:

- 1) masih adanya stigma bahwa penyakit TBC merupakan penyakit keturunan/kutukan sehingga masyarakat enggan dan malu bila dinyatakan sebagai penderita TBC.
- 2) pengetahuan masyarakat masih rendah tentang informasi tanda dan gejala tuberkulosis sehingga masyarakat bila bergejala TBC masih mengakses obat secara mandiri ke toko obat, apotek atau ke layanan DPM yang belum melaksanakan strategi DOTS.
- 3) akses OAT secara bebas tanpa standar DOTS di Apotek memudahkan masyarakat dalam terapi yang tidak terstandart sehingga pencatatan dan penemuan tidak dapat terekam dengan benar dan baik melalui TBC06 di layanan kesehatan, bahkan dapat menimbulkan resistensi obat.

3. Aspek Organisasi masyarakat pendukung antara lain:

- a. YABHYSA.
- b. Yayasan Mahameru.
- c. Kader TBC.
- d. Kelompok Masyarakat Peduli TBC.
- e. PANTER.

dalam penemuan kasus TBC belum memiliki peran maksimal meskipun beberapa Organisasi masyarakat telah melatih kader TBC. Kesempatan pada masing-masing Organisasi masyarakat kurang dimanfaatkan secara maksimal sehingga diseminasi informasi tentang TBC masih rendah. Dukungan pembiayaan untuk organisasi masyarakat sementara ini masih bergantung pada pembiayaan lembaga donor.

4. Aspek kelompok rentan/komorbiditas yang terdiri dari:

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

masih memiliki kendala antara lain:

- 1) terdapat kendala pada alur skrining dengan rontgen, terkait dengan pembiayaan BPJS.
- 2) investigasi kontak masih prioritas yg kontak serumah, sedangkan untuk kontak erat atau yang berada pada lingkungan yang sama utamanya di sekolah (antara guru dan murid) masih kurang ditekankan.

- 3) belum semua Puskesmas menerapkan MTBS dengan baik, sehingga kecurigaan TBC pada Anak dengan BB rendah masih belum optimal.
- 4) kasus TBC anak di rumah sakit perlu dilakukan investigasi kontak untuk mencari sumber penularan.
5. Aspek pengendalian TBC di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) memiliki kendala sebagai berikut :
 - 1) fasilitas ruang khusus/isolasi tahanan bagi penderita TBC masih terbatas, sehingga diperlukan pengaturan sistem pengendalian penularan melalui upaya pencegahan berbasis lingkungan.
 - 2) kurangnya pemantauan bagi pasien dalam pengobatan yang telah keluar atau bebas masa tahanan sehingga dapat meningkatkan angka *loss to follow up*.

3.2.3 Keberhasilan Pengobatan

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

Pengobatan pasien TBC menggunakan strategi DOTS merupakan upaya berkelanjutan dari penemuan suspek tuberkulosis. Penemuan pasien merupakan kegiatan langkah awal dan utama dalam program penanggulangan TBC. Kendati penemuan dini dan pengobatan telah diupayakan pengobatan secara tepat, tetapi permasalahan dan isu strategis pengobatan masih saja terjadi terjadi.

Pada Tahun 2023, terdapat 3 pasien TBC yang Gagal Pengobatan, 1 diantaranya merupakan penduduk Kabupaten Blitar. Sedangkan untuk pasien yang Loss to Follow Up (LFU) pada Tahun 2023 terdapat 23 orang, 14 orang diantaranya merupakan penduduk kabupaten Blitar. Hal ini menunjukkan bahwa pasien domisili Kabupaten Blitar yang mengakses layanan di Faskes Kota Blitar menyumbang hampir 50% dalam hal ketidakberhasilan pengobatan. Hal inilah yang membuat Angka Keberhasilan Kota Blitar pada Tahun 2023 masih kurang yakni 82,87% (dari target 85%).

Capaian keberhasilan pengobatan TBC di Kota Blitar menunjukkan angka yang masih kurang. Berikut ini yang menyebabkan permasalahan tersebut:

a. Fasyankes:

1. belum semua terduga atau kasus yang ditemukan di seluruh unit atau poli layanan dicatat dan dilaporkan kepada pemegang program rumah sakit atau klinik tersebut.
2. penemuan terduga TBC secara pasif masih rendah.

3. pencatatan dan pelaporan di SITB belum tepat waktu.
4. belum semua klinik atau dokter praktek mandiri melakukan lapor zero reporting terduga atau kasus dalam periode satu minggu.

b. Masyarakat:

1. rendahnya pengetahuan masyarakat terhadap penyakit TBC sehingga sering kali kurang mendapatkan perhatian untuk dilakukan penanganan segera.
2. masih adanya stigma masyarakat terhadap penderita TBC.

3.2.4 TBC RO

Penemuan pasien TBC RO adalah suatu rangkaian kegiatan yang dimulai dengan penemuan terduga TBC RO dan dilanjutkan dengan proses penegakan diagnosis TBC RO serta didukung upaya pencegahan penularan kepada orang lain. Penemuan pasien TBC RO akan berdampak secara bermakna dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat TBC. Dalam pelaksanaan perannya pengelola program TBC di fasilitas kesehatan rujukan dan sub-rujukan perlu mengetahui, memahami dan melaksanakan tatacara penemuan pasien TBC RO dan melakukan penegakan diagnosa TBC RO dengan baik dan benar. Isu strategis TBC Resistensi Obat yang dihadapi saat ini adalah masih rendahnya angka penemuan dan pengobatan TBC RO. Pada Tahun 2019 mulai ditemukan kasus TBC RO di Kota Blitar

Fakta masalah yang ditemukan di lapang adalah:

- a. Banyak pasien TBC RO yang ekonominya kurang akibat penyakitnya dan tidak bisa beraktifitas, sehingga perlu dukungan transportasi, nutrisi, moral sehingga pengobatan dilayanan puskesmas satelit menjadi lancar.
- b. Dukungan lintas sektor dalam penyehatan lingkungan dan perumahan kurang sehingga hal ini diperlukan koordinasi lintas sektor yg lebih intensif.

3.2.5 TBC-HIV dan TBC dengan Komorbiditas

Penegakan diagnosis TBC paru pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHIV) tidak berbeda dengan non ODHIV. Penegakan diagnosis TBC pada ODHIV lebih sulit karena ODHIV susah berdahak dan sering terjadi kasus TBC ekstra paru. Untuk saat ini penegakan diagnosa TBC-HIV dilaksanakan rumah sakit pemerintah, beberapa rumah sakit swasta dan Puskesmas pelaksana VCT. Akses penegakan TBC-HIV dan akses layanan ARV sudah dapat dilakukan di beberapa fasilitas kesehatan yaitu RSUD Mardi Waluyo, RSUD Aminah, RSI Aminah dan seluruh Puskesmas di Kota Blitar.

Persentase pasien TBC yang mengetahui status HIVnya sudah mencapai target, hal ini disebabkan petugas TBC sudah melaksanakan PITC atau Konseling dan Tes Sukarela (KTS/VCT). Perlu diketahui bahwa seluruh fasilitas kesehatan di Kota Blitar sudah dapat melaksanakan pemeriksaan HIV.

TBC laten akan muncul pada penderita HIV dan DM atau penyakit lainnya yang menurunkan kekebalan tubuh. Dalam rangka penemuan kasus TBC dengan berbagai koinfeksi dan komorbiditas dengan penyakit lainnya perlu upaya peningkatan baik dari segi kompetensi petugas maupun dari akses layanan serta kesiapan layanan itu sendiri. Dalam hal ini yang menjadi isu strategis untuk TBC-HIV dan komorbiditas lainnya adalah penderita TBC dengan penyakit komorbiditas belum segera melakukan pengobatan.

3.2.6 Pelayanan Laboratorium

Penegakan utama diagnosa TBC menggunakan pemeriksaan dahak dan non dahak melalui Tes Cepat Molekuler (TCM) menjadi kunci utama yang harus dilaksanakan semua fasilitas kesehatan baik pemerintah maupun swasta. Fakta yang ditemui menunjukkan bahwa fungsi penegakan ini dapat memberikan kontribusi yang signifikan terhadap penemuan kasus. Dari sejumlah laboratorium yang terdapat di Kota Blitar hanya ada 2 mesin yaitu di RSUD Mardi Waluyo dan Puskesmas Kepanjenkidul, hal ini sudah dapat menjalankan fungsinya mendukung program pencegahan dan penanggulangan TBC. Pemeriksaan laboratorium dengan mikroskopis BTA dilakukan untuk memantau kemajuan pengobatan dan evaluasi hasil pengobatan pada penderita TBC. Adapun manajemen laboratorium TBC salah satunya yaitu pemantapan mutu eksternal melalui uji silang berkala oleh laboratorium Rujukan Uji Silang (RUS 1) di wilayah.

Terkait dengan hal ini isu yang ada adalah penegakan diagnosa TBC melalui Mikroskopis Tes Cepat Molekuler (TCM) dan Uji Silang belum optimal.

Analisa masalah dalam pelayanan laboratorium sebagai berikut:

- a. belum semua laboratorium memiliki alat TCM sehingga harus merujuk ke faskes yang memiliki alat TCM.
- b. belum semua fasilitas kesehatan mengirimkan pemeriksaan uji silang.
- c. dengan lamanya waktu pemeriksaan karena antrian 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. belum optimalnya pembinaan teknis laboratorium mikroskopis di wilayah Kota Blitar bagi laboratorium fasyankes.

3.2.7 Pengendalian Faktor Resiko

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

Terdapat 2 isu strategis tentang pengendalian faktor resiko, yaitu:

- a. Resiko penularan TBC yang masih tinggi
 - 1. Pengobatan pencegahan TBC pada ODHIV sudah berjalan.
 - 2. Pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT) pada kontak erat dan kontak serumah belum optimal.
 - 3. Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TBC di Faskes belum optimal.
 - 4. Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TBC di tempat khusus (lapas/rutan dan sebagainya) yang belum optimal.
- b. Pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT) pada kontak erat dan kontak serumah belum optimal

Sosialisasi pencegahan dan pengobatan TBC pada kontak erat dan kontak serumah belum terlaksana secara optimal. Kapasitas kesehatan dalam pemberian TPT masih perlu ditingkatkan serta perbaikan proses pencatatan untuk proses Investigasi Kontak dan pemberian TPTnya.

3.2.8 Peningkatan Kemitraan TBC Melalui Forum Koordinasi TBC

Kota Blitar telah memiliki SK Kepala Dinas Kesehatan tentang *Public Private Mix* (PPM), hal ini menggambarkan adanya keterpaduan pelaksanaan layanan pemerintah, swasta dan masyarakat secara maksimal. Dalam langkah penguatan PPM ini belum ada dukungan dana yang kuat, sehingga PPM belum berjalan secara optimal. Kegiatannya selama ini masih melekat pada tugas pokok dan fungsi masing masing anggota dalam PPM tersebut dan belum ada kolaborasi di dalamnya.

Dalam implementasi program penanggulangan TBC yang melibatkan dukungan kemitraan dari forum koordinasi TBC isunya adalah Jejaring pelayanan TBC yang belum optimal.

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 adanya kegiatan peningkatan kualitas jejaring internal secara pasif-intensif terutama kolaborasi TBC anak melalui koordinasi intensif dengan KIA-Gizi.
- e. Dukungan organisasi profesi dalam sosialisasi TBC bagi anggotanya belum maksimal.
- f. Keterlibatan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam penelitian dan jejaring pelayanan TBC (termasuk skrining) belum optimal.

3.2.9 Peningkatan Kemandirian Masyarakat Dalam Pengendalian TBC

Dalam dukungan dan pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian tuberkulosis telah dilaksanakan kerjasama dengan KMP, LKNU, AISYIYAH, Bambu Nusantara, Panther, Mahameru dalam upaya melakukan pencegahan penularan TBC.

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

Analisa masalah terhadap peran OMS atau CSO antara lain:

- a. Kapasitas CSO dalam pengelolaan program TBC masih terbatas.
- b. CSO dan organisasi masyarakat masih bergerak segmented, belum ada kolaborasi dan koordinasi spesifik untuk TBC-HIV.
- c. Sumber daya manusia dan dukungan dana yang terbatas.
- d. Belum adanya dukungan psikososial oleh sesama pasien TBC.

3.2.10 Penguatan Manajemen Program Melalui Penguatan Sistem Kesehatan

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

Isu strategis:

- a. Masih ada kelemahan dalam sistem surveilans TBC
 1. Belum semua fasyankes memiliki SITB.
 2. Pencatatan dan pelaporan di SITB yang belum optimal.
- b. Pemerintah Daerah belum memiliki Tim Pelatih TBC Kota

Kesiapan Pemerintah Kota Blitar dalam tata kelola penanggulangan TBC dirasakan belum dapat dikatakan sedia setiap saat, hal ini

0

disebabkan belum adanya Tim Pelatih TBC tingkat Kota yang dilegalisasi melalui SK Walikota. Permasalahan ini berakibat pada kebutuhan peningkatan kapasitas fasyankes belum terakomodasi sepenuhnya.



BAB IV
INDIKATOR DAN TARGET KINERJA

4.1 Indikator Kinerja

Indikator kinerja penanggulangan TBC di Kota Blitar diinventarisasi untuk kurun waktu mulai dari Tahun 2022 hingga Tahun 2023 adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1 Indikator Kinerja Penanggulangan TBC di Kota Blitar
Tahun 2022 sampai dengan 2023

| Tahun 2022 | | | | | | | |
|------------------------|-----|--|-----|-------------------------|---|--|---|
| Jumlah kasus TBC baru | | Jumlah Pasien TBC Baru yang Dievaluasi | | Jumlah kasus TBC kambuh | | Jumlah Pasien TBC Kambuh yang Dievaluasi | |
| TBC Paru Bakteriologis | 101 | Sembuh | 60 | TBC Paru Bakteriologis | 1 | Sembuh | 1 |
| TBC Paru Klinis | 88 | Pengobatan Lengkap | 98 | TBC Paru Klinis | 1 | Pengobatan Lengkap | 4 |
| EP | 21 | Gagal | 1 | EP | 3 | Gagal | 0 |
| | | Meninggal | 27 | | | Meninggal | 0 |
| | | Putus Berobat | 23 | | | Putus Berobat | 0 |
| | | Pindah | 1 | | | Pindah | 0 |
| Tahun 2023 | | | | | | | |
| Jumlah kasus TBC baru | | Jumlah Pasien TBC Baru yang Dievaluasi | | Jumlah kasus TBC kambuh | | Jumlah Pasien TBC Kambuh yang Dievaluasi | |
| TBC Paru Bakteriologis | 110 | Sembuh | 55 | TBC Paru Bakteriologis | 5 | Sembuh | 3 |
| TBC Paru Klinis | 115 | Pengobatan Lengkap | 154 | TBC Paru Klinis | 2 | Pengobatan Lengkap | 4 |
| EP | 29 | Gagal | 1 | EP | 0 | Gagal | 0 |
| | | Meninggal | 22 | | | Meninggal | 0 |
| | | Putus Berobat | 22 | | | Putus Berobat | 0 |
| | | Pindah | 0 | | | Pindah | 0 |

Terjadi peningkatan penemuan kasus baru semua tipe di tahun 2023 setelah dilakukan peningkatan penemuan secara aktif dan pasif disemua fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan kader Tuberkulosis. Dari indikator diatas dapat menggambarkan besaran kasus TBC Paru Bakteriologis yang menjadi ancaman sebagai sumber utama penularan pada kontak erat serta menggambarkan masih adanya kasus TBC pengobatan ulang yang merupakan sumber dari kasus terduga resistensi obat anti TBC.

4.2 Target Kinerja

Kinerja penanggulangan TBC di Kota Blitar untuk mencapai Eliminasi TBC pada tahun 2030 di lakukan secara bertahap secara terus menerus dan berkesinambungan. Jika mengikuti target nasional, Eliminasi TBC di Kota Blitar diharapkan dapat menyesuaikan dengan rencana pencapaian dengan tahapan 5 tahunan sebagai berikut :

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

Dalam kurun waktu 5 tahun kedepan gambaran target kinerja utama di Kota Blitar adalah sebagai berikut:

Tabel 4.2 Target Kinerja Utama Kota Blitar

| Indikator | TARGET (TAHUN) | | | | | | |
|------------------------------|----------------|------|------|------|------|------|------|
| | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| Insiden Rate | 362 | 583 | 500 | 431 | 381 | 344 | 315 |
| CDR | 100% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% |
| Success Rate | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% |
| % Pasien TBC tahu status HIV | 90% | 80% | 85% | 90% | 95% | 95% | 95% |

Berdasarkan target kinerja di atas, diharapkan realisasi pada tahun-tahun berikutnya dapat tercapai. Tentunya segala pencapaian yang belum sesuai target akan dievaluasi secara berkala sehingga dapat segera dilakukan perbaikan.

Q

BAB V

STRATEGI

Berdasarkan semua tantangan yang dihadapi di Kota Blitar dirumuskan strategi untuk mengeliminasi TBC dalam kurun waktu 5 tahun ke depan. Strategi ini diharapkan dapat menurunkan sebagian beban penanggulangan TBC secara bertahap. Dalam perumusan strategi tersebut tidak terlepas pada kerangka strategi menurut Rencana Aksi Nasional Penanggulangan TBC Tahun 2025 sampai Tahun 2030.

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

5.1 Penguatan Kepemimpinan Program TBC di Kota Blitar

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

Tujuan:

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

5.2 Peningkatan Akses Layanan TOSS-TBC yang Bermutu

Selama ini penemuan kasus TBC dilakukan secara pasif-intensif di fasilitas kesehatan dan secara aktif dan masif berbasis keluarga dan masyarakat. Penemuan pasien TBC secara aktif dilakukan dengan melakukan Investigasi Kontak 8 kontak untuk 1 pasien TBC. Penemuan ditempat khusus, seperti asrama, lapas, rutan, pengungsian, tempat kerja maupun sekolah dilakukan melalui penapisan. Pada daerah dan kelompok tertentu dapat dilakukan penemuan secara massal. Investigasi kontak dilakukan secara sistematis terhadap kontak erat semua pasien TBC yang telah ditemukan. Pada situasi dengan sumberdaya terbatas, dapat ditentukan prioritas sasaran untuk pelaksanaan investigasi kontak.

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



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

Tujuan:

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

Uraian Program:

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

5.3 Pengendalian Faktor Resiko

Faktor risiko terjadinya TBC meliputi bakteri penyebab TBC, individu yang bersangkutan, dan lingkungan. Sekitar 10% orang yang terinfeksi TBC akan jatuh sakit. Tingkat penularan pasien TBC Paru Bakteriologis adalah 65%.

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

Tujuan:

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

Uraian program:

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

5.4 Peningkatan Kemitraan Melalui Forum Koordinasi Tuberkulosis

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

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

Tujuan:

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

Uraian program:

- a. peningkatan kapasitas tim PPM;
- b. pembentukan tim percepatan penanggulangan TBC;
- c. peningkatan kapasitas anggota Koalisi Organisasi Profesi (KOPI);
- d. kerjasama DPM dan Klinik swasta dengan Puskesmas wilayah; dan

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

5.5 Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Penanggulangan TBC

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2019 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; dan
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 pendegelasan wewenang lebih besar kepada daerah. Kesiapan daerah dalam menerima dan menjalankan kewenangannya sangat dipengaruhi oleh tingkat kapasitas daerah yang meliputi perangkat organisasi dan sumberdaya manusianya, serta kemampuan fiskal.

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

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

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

Tujuan:

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

Uraian program:

- a. penguatan Kapasitas CSO dalam Pengelolaan Program TBC;
- b. peningkatan Sumber Daya CSO (SDM dan dana); dan
- c. membentuk wadah dukungan atau forum untuk mendukung program TBC.

5.6 Penguatan Manajemen Program Melalui Penguatan Sistem Kesehatan

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

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

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

Tujuan:

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

Uraian program:

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

Strategi RAD dijabarkan dalam matrik sebagai berikut:

STRATEGI 1
Penguatan Kepemimpinan Program TBC di Kota Blitar

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksanaan | | Pelaksanaan (sudah/ belum) | |
|--|--|---|---|---|---------|-------------------------------|-------|
| Program Penanggulangan TBC belum optimal terintegrasi lintas program & lintas sektor dalam lingkup pemerintah daerah | Belum ada panduan perencanaan dan penganggaran program TBC | Penyusunan Rencana Aksi Daerah (RAD) Penanggulangan TBC | 1. Advokasi ke Kepala Daerah | Dinkes | Bappeda | Sudah | |
| | | | 2. Analisa Situasi TBC | Dinkes | Bappeda | Sudah | |
| | 3. Rapat perumusan Isu Strategis Program TBC | | Dinkes | Bappeda | Sudah | | |
| | 4. Lokakarya Penyusunan Rancangan Awal RAD Penanggulangan TBC | | Dinkes | Bappeda | Sudah | | |
| | 5. Lokakarya Konsultasi Publik RAD | | Bappeda | Dinkes | Sudah | | |
| | 6. Rapat perhitungan anggaran | | Dinkes | Bappeda | Sudah | | |
| | 7. Penetapan RAD Penanggulangan TBC dengan Peraturan Walikota (Per Wali) | | Bappeda | Dinkes | Sudah | | |
| | 8. Rapat koordinasi Perangkat Daerah terkait Program Penanggulangan TBC untuk mensosialisasikan RAD Penanggulangan TBC | | Bappeda | Dinkes | Sudah | | |
| | 9. Rapat Monitoring dan evaluasi pelaksanaan RAD Penanggulangan TBC | | Bappeda | Dinkes | Sudah | | |
| | Kurangnya keseragaman pemahaman tentang isu strategis penanggulangan TBC | | | | | | |
| | Belum adanya regulasi/kebijakan daerah tentang penanggulangan TBC | | Penyusunan/pembuatan Perda penanggulangan TBC | 1. Sosialisasi RAD Penanggulangan TBC ke Legislatif | Dinkes | Bappeda | Belum |

Q

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksanaan | | Pelaksanaan (sudah / belum) |
|---------------|---|----------------------------------|---|-----------------|-----------------|--------------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| | | | 2. Mendorong Program Penanggulangan TBC menjadi inisiasi Legislatif | Bappeda | Dinkes | Belum |
| | | | 3. Menyusun Perda Penanggulangan TBC hasil inisiasi Legislatif | Dinkes, Bappeda | Bagian Hukum | Belum |
| | | | 4. Sosialisasi melalui media sosial | Diskominfo | Dinkes | Sudah |
| | | | 5. Sosialisasi melalui media Radio | Diskominfo | Dinkes | Sudah |
| | | | 1. Advokasi kepada Kepala Daerah | Dinkes | Bappeda | Sudah |
| | TBC belum menjadi program prioritas | Advokasi Daerah | 2. Rapat koordinasi lintas oleh Walikota | Bappeda | Dinkes | Sudah |
| | | | 3. Advokasi anggaran kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah | BPKAD | Dinkes, Bappeda | Sudah |
| | | | 4. Advokasi program dan anggaran kepada Badan Anggaran (Banggar) DPRD | BPKAD | Dinkes, Bappeda | Sudah |
| | | | 5. Sosialisasi kepada Perangkat Daerah | Bappeda | Dinkes | Sudah |
| | | | 1. Rapat koordinasi lintas program secara berkala | Dinkes | Bappeda | Sudah |
| | Integrasi program belum berjalan secara efektif | Review kebijakan sinergi program | 2. Monitoring dan evaluasi bersama lintas program | Dinkes | Bappeda | Sudah |

STRATEGI 2

2a PENEMUAN KASUS (lembar #1)
Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan “TOSS-TBC”

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksanaan | | |
|---|--|---|---|-------------|------------------------|----------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | Pelaksanaan (sudah/ belum) |
| Angka penemuan kasus TBC masih rendah | 1. Penemuan kasus di PUSKESMAS dan Jejarinya | Intensifikasi penemuan kasus di Puskesmas | 1. Pertemuan Jejaring Internal untuk meningkatkan pemahaman terkait TBC melalui mini lokakarya | Puskesmas | Dinkes | Sudah |
| | Penemuan sudah dilakukan secara aktif tetapi belum optimal | | 2. Pertemuan Lintas kab/kota secara berkala tiap tribulan (pertukaran informasi status pasien) | Dinkes | Puskesmas | Sudah |
| | Kerjasama lintas program & lintas sektor belum optimal | | 3. Pertemuan Jejaring Eksternal melalui mini lokakarya lintas sektor secara berkala | Puskesmas | Dinkes | Sudah |
| | Pelaku Investigasi Kontak Aktif masih kurang | | 1. Pembentukan/ Pengembangan Kader TBC (Jumantuk) | Puskesmas | Dinkes, Kecamatan | Sudah |
| | | | 2. Pelaksanaan Investigasi Kontak pada pasien TBC (termasuk TBC RO) dengan gerakan 1-6 bersama Kader TBC (Jumantuk) | Puskesmas | Dinkes | Sudah |
| Pemahaman petugas kesehatan & masyarakat tentang TBC masih rendah | | | 3. Koordinasi dengan DP3AP2KB untuk pemberdayaan masyarakat (jumantuk, karangtaruna, kader Posyandu, Dasawisma, PKK) ikut berperan melakukan kontak investigasi TBC | Dinkes | DP3AP2KB, Dinas Sosial | Sudah |
| | | | 1. Melakukan penjangkauan lapangan oleh petugas lapangan/kader melalui Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) | Puskesmas | Dinkes | Sudah |

Q

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | |
|---------------|---|---------|---|-----------|-----------|-----------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | Pelaksanaan (sudah / belum) |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | Sistem pencatatan dan pelaporan TBC di Puskesmas belum berjalan dengan optimal karena keterlambatan petugas dalam memasukkan data dan kelemahan <i>software</i> . | | 1. Monev program TBC setahun 4 kali | Dinkes | Puskesmas | Sudah |
| | | | 2. Supervisi program TBC secara berkala minimal 4x setahun | Dinkes | Puskesmas | Sudah |
| | | | 3. Validasi data dan penguatan kapasitas petugas dalam penggunaan SITB minimal 4x setahun (bersamaan supervise program) | Dinkes | Puskesmas | Sudah |

2a. PENEMUAN KASUS (lembar #2)

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah/ belum) |
|---------------------------------------|---|---|--|-----------|-----------|----------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka penemuan kasus TBC masih rendah | 2. Penemuan kasus di Rumah Sakit Pemerintah | | | | | |
| | Pemanfaatan TCM belum optimal (utilisasi 30%) | Intensifikasi penemuan kasus di RS Pemerintah | 1. Pertemuan Jejaring pemanfaatan TCM sebagai alat diagnostik TBC 2. OJT dan validasi data E-TBC manager 3. Review Sosialisasi Pemanfaatan TCM kepada seluruh faskes | Dinkes | RSUD | Sudah |
| | Kepercayaan hasil Penggunaan TCM masih diragukan oleh Klinisi | | 1. Membuat kebijakan pemanfaatan TCM untuk semua kasus terduga TBC 2. Mereview SOP Diagnosa suspek TBC SO maupun TBC RO | Dinkes | RSUD | Sudah |
| | Banyak kasus TBC yang belum dilaporkan | | 1. Penyisiran Missing Cases 2. Penguatan HDL di RS | RSUD /RS | Dinkes | Sudah |
| | Belum optimalnya jejaring internal dan eksternal rumah sakit | | 1. Monev TBC rumah sakit bersamaan dengan fasilitas kesehatan lainnya 2. Supervisi dan validasi program TBC secara berkala minimal 4x setahun | Dinkes | RSUD | Sudah |

Q

2a PENEMUAN KASUS (lembar #3)

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah/ belum) |
|---|--|--|---|----------------------|----------------------|----------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka penemuan kasus TBC masih rendah | 3. Penemuan kasus di Rumah Sakit Swasta | | | | | |
| | Belum semua memanfaatkan TCM | Peningkatan Pemanfaatan TCM | 1. Sosialisasi kembali penggunaan TCM | Dinkes | RS Swasta | Sudah |
| | 4. Belum ada Keterlibatan DPM | | | | | |
| | Belum semua DPM terlibat dalam mendukung program TBC | Pelibatan DPM dalam penanggulangan TBC | 1. Menyusun sarana dan SPO untuk <i>mandatory notification</i> bagi DPM | Dinkes | IDI, PDUI | Sudah |
| | | | 2. Mengembangkan kerjasama antara DPM yang terlatih dengan Puskesmas | Dinkes | IDI, PDUI, Puskesmas | Sudah |
| 3. Sosialisasi <i>tools mandatory notification</i> (Wifi TBC) | | | Dinkes | IDI, PDUI | Sudah | |
| 4. Monev TBC bagi DPM yang sudah berjejaring dengan Puskesmas | | | Dinkes | IDI, PDUI, Puskesmas | Sudah | |
| | | 5. Pelatihan TBC bagi DPM | Dinkes | IDI, PDUI | Sudah | |
| | Belum berjalannya program sertifikasi TBC bagi DPM | Program Sertifikasi TBC bagi DPM | 1. Berkoordinasi dengan IDI terkait Sertifikasi TBC | Dinkes | IDI | Sudah |

9

2a PENEMUAN KASUS (lembar #4)

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah/ belum) |
|---|--|---|---|-----------|--|----------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka penemuan kasus TBC masih rendah | 5. Penemuan kasus di klinik swasta | | | | | |
| | Belum semua Klinik Swasta terlibat dalam program TBC | Peningkatan peran serta klinik swasta dalam program TBC | 1. Mengembangkan kerjasama antara Klinik, Lab dan Apotik swasta yang terlatih dengan Puskesmas | Dinkes | IAI, Patelki | Sudah |
| | | | 2. Monev TBC bagi Klinik, Lab dan Apotik swasta yang sudah berjejaring dengan Puskesmas | Dinkes | Puskesmas | Sudah |
| | 6. Penemuan kasus di Lapas | | | | | |
| | Belum optimalnya program TBC di Lapas Kelas 2B & LPKA (lembaga pemasyarakatan khusus anak) | Intensifikasi penemuan kasus di Lapas | 1. OJT petugas Lapas | Dinkes | Lapas, Puskesmas | Sudah |
| | | | 2. Skrining massal TBC setiap 1 tahun sekali | Lapas | Puskesmas | Sudah |
| | | | 3. Skrining TBC rutin kepada WBP baru | Lapas | Puskesmas | Sudah |
| | 7. Penemuan kasus secara aktif dan di kelompok rentan / ko-morbiditas | | | | | |
| | 7a. Peran Masyarakat / CSO | | | | | |
| | Kurang pemahaman batuk biasa, batuk alergi (sosialisasi) | Peningkatan Kapasitas CSO terkait TBC | 1. Sosialisasi TBC & Rapat penyusunan rencana kerja forum masyarakat peduli TBC dalam mendukung program TBC | Dinkes | Forum Peduli TBC HIV, SSR TBC HIV Care Kota Blitar | Sudah |
| | | | 1. Pelatihan komunikasi motivasi bagi Forum peduli TBC | Dinkes | Forum Peduli TBC HIV, SSR TBC HIV Care Kota Blitar | Sudah |
| Stigma penderita TBC dianggap masih menularkan meski sudah pengobatan | | | | | | |

0

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah/ belum) |
|---------------|--|---|---|---------------|--------------------|----------------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| | Penemuan kasus secara aktif melalui peran masyarakat / CSO | | 1. Pelibatan CSO yang potensial untuk penanggulangan TBC | Disnakertrans | Dinkes | Sudah |
| | | | 2. <i>Workshop</i> TBC dan komunikasi motivasi bagi CSO | Dinkes | | Sudah |
| | | | 3. Monev TBC bagi CSO yang belum terlatih | Dinkes | | Sudah |
| | | 7b. TBC di Pondok Pesantren | | | | |
| | Belum optimalnya peran Poskestren dalam penemuan kasus TBC; dan tidak semua pondok pesantren memiliki Poskestren | Peningkatan Peran Pondok Pesantren dalam Penemuan Kasus TBC | 1. MoU dengan Pondok Pesantren untuk mendorong adanya Poskestren berikut peran dan fungsinya dalam kontribusi penemuan kasus TBC di Pesantren | Puskesmas | Dinkes, Kemenag | Sudah |
| | | | 2. Sosialisasi TBC bagi petugas di Poskestren | Dinkes | Kemenag, Puskesmas | Sudah |
| | | | 3. Penapisan/Skrining TBC di Pesantren | Pesantren | Puskesmas | Sudah |
| | | | | | | |

2a PENEMUAN KASUS (lembar #5)

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah / belum) |
|--|---|--|--|-----------|------------------------------|-----------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka penemuan kasus TBC masih rendah | 7c. TBC – DM | | | | | |
| | Kolaborasi TBC DM belum maksimal | Peningkatan Kolaborasi TBC DM | 1. Monev kolaborasi TBC DM | Dinkes | Puskesmas, RS | Sudah |
| | 7d. Kontak serumah dan kontak erat | | | | | |
| | Investigasi kontak masih prioritas pada kontak kasus yang sedang dalam pengobatan | Peningkatan Investigasi Kontak | 1. Koordinasi dengan Dinas terkait tentang penentuan indeks kasus tahun sebelumnya (1 atau 2 tahun sebelumnya) | Dinkes | Peranagkat Daerah terkait | Sudah |
| | | | 2. Sosialisasi indeks kasus kepada kader TBC (Jumantuk) | Dinkes | SSR TBC HIV Care Kota Blitar | Sudah |
| | | | 3. Sosialisasi indeks kasus kepada fasyankes | Dinkes | | Sudah |
| 7e. Ibu Hamil | | | | | | |
| Belum semua ibu hamil dilakukan skrining TBC | Pelaksanaan Skrining TBC Ibu Hamil. | 1. Review skreening TBC dan SOP penemuan kasus TBC pada Bumil dalam minilok rutin di Puskesmas | Puskesmas | Dinkes | Sudah | |
| | | 2. Sosialisasi penemuan TBC pada ibu hamil bagi anggota IBI | IBI | Dinkes | Sudah | |

0

2a PENEMUAN KASUS (lembar #6)

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah/ belum) |
|---------------------------------------|--|--|--|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka penemuan kasus TBC masih rendah | 7f. Usia Lanjut | | | Dinkes | Posyandu Lansia, Posbindu | Sudah |
| | Skrining TBC di Posyandu Lansia masih belum dilakukan | Pelaksanaan Skrining TBC Usia lanjut. | | | | |
| | 7g. TBC – Anak | | | | | |
| | Belum semua Puskesmas menerapkan MTBCS dengan baik, sehingga kecurigaan TBC pada Anak dengan BB rendah masih belum optimal | Pelaksanaan Skrining TBC Anak melalui MTBCS, RS dan Sekolah. | 1. Validasi data MTBCS untuk penapisan TBC 2. Penapisan kontak erat Penapisan TBC pada anak dengan BB rendah | Puskesmas/RS Swasta/ Dinas Pendidikan | Dinkes | Sudah |
| | Ditemukan banyak kasus TBC Anak di RS (perlu investigasi kontak untuk cari sumber penularan) | Pelaksanaan koordinasi dan Penapisan TBC Anak di RS dan Sekolah. | Pelaporan temuan kasus TBC Anak di rumah sakit untuk tindak lanjut pelaksanaan investigasi kontak di level Puskesmas, Sekolah, dan lain-lain | RS Swasta | Puskesmas, Dinas Pendidikan | Sudah |

0

2b KEBERHASILAN PENGOBATAN

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan |
|--|--|---|---|----------------|-------------------|---------------|
| | | | | Utama | Pendukung | (sudah/belum) |
| Angka keberhasilan pengobatan TBC masih rendah | Penyakit komorbid yang tidak tertangani memperberat kondisi pasien TBC sehingga menyebabkan keberhasilan pengobatan rendah | Peningkatan kemampuan Petugas Penatalaksana Penyakit komorbid pada Pasien TBC | 1. Monev TBC dengan komorbid (TBC HIV, TBC DM) | Dinkes | | Sudah |
| | | | | | | |
| | Materi KIE masih kurang | Pengadaan dan Pengembangan Materi KIE | 1. Menyediakan dan mengembangkan media KIE dalam berbagai bentuk (radio, leaflet, poster, videotron, media cetak dan media sosial) | Diskominfoitik | | Sudah |
| | | | 2. Publikasi media KIE (medsos) | Diskominfoitik | | Sudah |
| | | | 1. Mengawasi data TBC-01 dan TBC-06 di fasyankes untuk mengetahui pasien mangkir dan pindah (termasuk melaporkan kepada Dinkes), dilakukan saat validasi data | Dinkes | | Sudah |
| | Monitoring terhadap "pasien mangkir" dan "pasien pindah" belum optimal | Mengawasi pasien mangkir dan pasien pindah | 2. Pelacakan & pelaporan pasien mangkir koord lintas wasor kab/kota | Dinkes | Puskesmas | Sudah |
| | | | 3. Melakukan kunjungan ke rumah penderita | Puskesmas | Dinkes | Sudah |
| | Daya tahan tubuh pasien yang rendah | Peningkatan daya tahan tubuh pasien | 1. Pemberian Makanan Tambahan bagi pasien TBC | Puskesmas | Dinkes | Sudah |
| | | | 2. Pemberian Bantuan Sosial bagi pasien TBC | Dinas Sosial | Dinkes, Puskesmas | Sudah |

0

2c TBC RO (lembar #1)

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah/ belum) |
|--|--|--|---|-----------|-----------------------------|----------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka penemuan kasus TBC-RO dan pengobatan TBC-RO rendah | 1. Penemuan kasus TBC Resistan Obat | | | | | |
| | Sistem transportasi Contoh Uji belum ada | Pembentukan sistem transportasi Contoh Uji | 1. Menyusun SPO Sistem Transportasi Contoh Uji dari Fasyankes ke Lab TCM | Dinkes | | Sudah |
| | | | 2. Pengiriman contoh uji dari fasyankes ke lab TCM | Dinkes | | Sudah |
| | Belum ada pelibatan Fasyankes Swasta, Dokter Penyakit Dalam, dan DPM dalam penemuan pasien TBC- RO | Peningkatan kapasitas Fasyankes Swasta dan DPM dalam penemuan kasus TBC RO | 1. Sosialisasi TBC RO ke Fasyankes swasta, DPM, dan Organisasi Profesi dan sekaligus membuat MoU Tatalaksana TBC RO dengan organisasi Profesi dan DPM | Dinkes | | Sudah |
| | | | 2. Bimbingan teknis rutin untuk mendampingi dan mengevaluasi pelaksanaan penemuan pasien TBC RO | Dinkes | | Sudah |
| | Kontak investigasi pada "Kontak Serumah" pasien TBC- RO belum dilakukan | Pelaksanaan Kontak Investigasi pada "Kontak Serumah" pasien TBC RO | 1. Kontak investigasi pada kontak erat oleh petugas Puskesmas | Dinkes | | Sudah |
| | | | 2. Koordinasi dengan DP3AP2KB untuk pemberdayaan masyarakat (karangtaruna, kader Posyandu, Dasawisma, PKK) ikut berperan melakukan kontak investigasi TBC | Dinkes | DP3AP2KB, PKK, Dinas Sosial | Sudah |
| | | | 3. Merujuk pasien terduga TBC- RO ke lab TCM | Puskesmas | RSUD dan RS Swasta | Sudah |
| | | | 4. Merujuk pasien TBC RO ke RS Rujukan TBC RO | Puskesmas | RSUD dan RS Swasta | Sudah |
| | | | 5. Bimbingan teknis rutin dan mengevaluasi pelaksanaan investigasi "kontak serumah" yang dilakukan kader. | Puskesmas | Dinkes | Sudah |

0

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah/belum) |
|--|--|---|---|--------------|-----------|------------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| | 2. Pengobatan TBC Resistan Obat Pasien TBC-RO menolak dilakukan pengobatan dan beberapa pasien lain putus berobat karena Efek Samping Obat (ESO) dan faktor psikososial (stigma masyarakat) | Peningkatan kepatuhan pengobatan TBC-RO | 1. Pembentukan kelompok mantan pasien TBC RO | Dinkes | | Belum |
| | | | 2. Workshop peningkatan kapasitas Pengawas Minum Obat (PMO) dan kelompok mantan pasien TBC RO dalam memberikan KIE dan Pendampingan pasien TBC-RO | Dinkes | | Belum |
| | | Peningkatan daya tahan tubuh pasien | 1. Pemberian Makanan Tambahan bagi pasien TBC RO | Puskesmas | Dinkes | Belum |
| | | | 2. Pemberian Bantuan Sosial bagi pasien TBC RO | Dinas Sosial | Dinkes | Belum |
| | | Desentralisasi pengobatan di tingkat puskesmas dan desa | 1. Serah terima pasien TBC-RO dari RS ke Puskesmas atau dari Puskesmas ke desa | Puskesmas | Dinkes | Sudah |
| | | | | | | |
| | | Perluasan layanan TBC RO | 1. Asesment RSUD sebagai faskes rujukan TBC RO | Dinkes | RSUD | Sudah |
| | | | 2. Penunjukkan RSUD sebagai faskes rujukan TBC RO | Dinkes | RSUD | Sudah |
| | | Pemantauan layanan TBC RO | 3. Penyiapan sarana & prasana pendukung dan pelatihan/OJT terkait layanan TBC RO | Dinkes | | Sudah |
| | | | 1. Tinjauan kohort TBC RO di fasyankes rujukan TBC RO | Dinkes | | Sudah |
| Belum tersedia RS Rujukan TBC RO di Kota Bitar | | | 2. Money TBC RO | Dinkes | | Sudah |
| | | | 3. Audit Klinis layanan TBC RO minimal 1 th sekali | Dinkes | | Belum |

Q

2d TBC HIV

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah/ belum) |
|---|--|---|--|-----------|-----------|-------------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| Masih rendahnya pencatatan & pelaporan kolaborasi TBC HIV | Komitmen petugas TBC dalam pencatatan dan pelaporan masih kurang | Peningkatan Komitmen petugas dalam pencatatan dan pelaporan | 1. Validasi data kolaborasi TBC HIV | Dinkes | | Sudah |
| | | | 2. Memberikan <i>feedback</i> pencatatan Pelaporan TBC HIV | Dinkes | | Sudah |
| | | | 3. Bimbingan teknis dan supervisi kolaborasi TBC HIV | Dinkes | | Sudah |
| | | | 4. Monev Kolaborasi TBC HIV | Dinkes | | Sudah |

0

2e LABORATORIUM (lembar #1)

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah/belum) |
|--|---|--|--|-----------|---------------|------------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| Pernantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis / Uji Silang yang belum optimal | Belum ada pembinaan dari Rujukan Uji Silang 1 (RUS 1) ke Lab mikroskopis lainnya. | Pembinaan Rujukan Uji Silang Lab Mikroskopis | 1. Supervisi dan bimbingan teknis ke Lab mikroskopis | Dinkes | UPTD Lakesda | Sudah |
| | | | 2. Penyegaran kembali pelaksanaan uji silang LQAS termasuk penerapan e-TBC 12 | Dinkes | UPTD Labkesda | Belum |
| | | | 3. Pelatihan mikroskopis bagi petugas laboratorium Puskesmas Satelit, RS Swasta, Klinik dan Lab Swasta | Dinkes | UPTD Labkesda | Belum |
| | | | 4. Monev Lab TBC tiap triwulan | Dinkes | | Sudah |

STRATEGI 3
Pengendalian Faktor Resiko

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah/ belum) |
|--|---|--|---|------------------------|---|----------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| Resiko penularan TBC yang masih tinggi | Kurangnya promosi kesehatan lingkungan dan pola hidup sehat terkait TBC | Promosi PHBS dan TBC | Menyusun dan mendesiminasi materi PHBS terkait TBC. | Dinkes | | Sudah |
| | Adanya pasien tegak diagnose TBC SO maupun TBC RO, yang menolak pengobatan sesuai standar | Mendorong pasien patuh berobat | Koordinasi dengan keluarga, tokoh masyarakat | Dinkes | | Sudah |
| | Tingginya penularan TBC pada kontak serumah | Menurunkan penularan kontak serumah | Kegiatan bedah rumah (pemberian genteng kaca dan penambahan ventilasi) pasien TBC yang rumahnya tidak memenuhi syarat kesehatan | Dinas Perumahan Rakyat | Dinkes, Puskesmas, Kecamatan, Kelurahan | Sudah |
| | Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TBC di Faskes belum optimal | Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC di Faskes. | 1. Workshop PPI-TBC untuk Tim / Komisi PPI di tingkat FKTP (termasuk strategi TemPO) | Dinkes | | Sudah |
| | | | 2. Workshop PPI-TBC untuk Tim / Komisi PPI di tingkat FKRTL (termasuk strategi TemPO) | Dinkes | | Sudah |
| | | | 3. Supervisi pelaksanaan PPI-TBC | Dinkes | | Sudah |
| | | | 4. Penyediaan pemenuhan kebutuhan APD terutama masker N-95 | Dinkes | | Sudah |

9

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah/belum) |
|---|--|--|---|--|-------------------|---------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| Alokasi anggaran APBD untuk program TBC masih kurang terutama untuk menangani masalah social dan lingkungan | | | 5. Pemeriksaan penapisan TBC bagi petugas kesehatan di fasyankes (gejala dan rontgen) secara berkala minimal | Dinkes | | Sudah |
| | | | 6. Peningkatan daya tahan tubuh petugas kesehatan yang memberikan layanan TBC dengan PMT | Dinkes | | Belum |
| | | | 1. Melakukan perbaikan rumah penderita menjadi rumah sehat | Dinas Perumahan Rakyat | Dinkes, Puskesmas | Sudah |
| | | | 2. Pemberian genteng kaca, ventilasi dan ubin serta perbaikan sanitasi pada kampung kumuh | | | |
| | | | 1. Melaksanakan sosialisasi PPI-TBC kepada petugas di tempat khusus (lapas / rutan, dan sebagainya) | Dinkes | LAPAS | Sudah |
| | | | 2. Penyediaan pemenuhan kebutuhan APD terutama masker N-95 | Dinkes | | Sudah |
| Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TBC di tempat tempat khusus (lapas / rutan dan sebagainya) yang belum optimal | Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC di tempat-tempat khusus. | Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC di tempat-tempat khusus. | | | | |
| Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TBC di tempat tempat umum | Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC di tempat-tempat umum | Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC di tempat-tempat umum | 1. Sosialisasi di fasilitas umum dengan pemasangan spanduk 2. Penyediaan masker gratis di fasilitas umum yang disediakan dari masing-masing Perangkat Daerah | Diskominfotik, Dishub, DLH, Dikda, Kesra, Perangkat Daerah Terkait | Dinkes | Sudah |

0

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah/belum) |
|--|---|--|---|-----------|---|---------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| Pengobatan pencegahan TBC pada ODHA dan Anak dengan INH belum berjalan | Belum tersosialisasikannya pencegahan dan pengobatan TBC pada ODHA dan Anak | Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pemberian PP INH | 3. Membuat spot iklan (radio, televisi lokal) tentang pencegahan dan pengendalian TBC di fasilitas umum | | | |
| | | | 4. Refreshing PP INH pada petugas kesehatan | Dinkes | Puskesmas, RS | Sudah |
| | | | 5. Validasi data pemberian PP INH | Dinkes | Puskesmas, RS | Sudah |
| | | | 1. Kunjungan rumah dan KIE PPINH pada anak <5 th dg keluarga menderita TBC | Puskesmas | Paguyuban Mantan Pasien, Forum Peduli TBC HIV | Sudah |
| | | | 2. Kunjungan rumah dan pendekatan keluarga HIV AIDS oleh KDS | | | |

9

STRATEGI 4

Peningkatan Kemitraan TBC melalui Forum Koordinasi TBC

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah/ belum) |
|---|---|--|--|------------------|------------------|----------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| Jejaring pelayanan TBC yang belum berfungsi dengan baik | Forum Komunikasi TBC (PPM TBC) yang telah terbentuknya kurang aktif | Review PPM TBC tingkat Kota | 1. Melakukan review forum penanggulangan TBC (PPM TBC) | Dinkes | PPM | Sudah |
| | | | 2. Menyusun kembali rencana kerja PPM TBC | Dinkes | PPM | Sudah |
| | | | 3. Pertemuan Jejaring PPM TBC setahun dua kali | Dinkes | PPM | Sudah |
| | | | 4. Supervisi tim PPM ke Puskesmas, RS | Dinkes | PPM | Sudah |
| | | | 5. Money pelaksanaan PPM TBC setiap tahun | Dinkes | PPM | Sudah |
| | Belum terbentuknya forum penanggulangan TBC Kecamatan | Pembentukan forum koordinasi TBC (PPM TBC) tingkat kecamatan | 1. Sosialisasi & membentuk forum penanggulangan TBC- tingkat kecamatan | Dinkes | Kecamatan | Belum |
| | | | 2. Menyusun rencana kerja forum penanggulangan TBC (PPM TBC) tingkat kecamatan | Dinkes | Kecamatan | Belum |
| | | | 3. Monev forum penanggulangan TBC (PPM TBC) tingkat Kecamatan | Dinkes | Kecamatan | Belum |
| | | | 1. Workshop TBC bagi sekolah dan Perguruan Tinggi untuk menjalin kerjasama program dan layanan | Dinkes | Perguruan Tinggi | Sudah |
| | | | 2. Kerjasama dengan Perguruan Tinggi Kesehatan dan Diknas untuk terlibat dalam upaya promotif TBC (penapisan TBC bagi siswa baru, skrining pasif TBC di Poliklinik PT/UKS, penyuluhan TBC waktu KKN) | Perguruan Tinggi | Dinkes | Sudah |
| Keterlibatan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam jejaring pelayanan TBC (termasuk skrining) belum tergali. | | Kerjasama antara Dinkes dengan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam jejaring Pelayanan TBC | 3. Advokasi kepada Perguruan Tinggi untuk memasukkan topik “Program TBC” dalam kurikulum | Dinkes | Perguruan Tinggi | Sudah |
| | | | 4. Pembentukan kader TBC bagi UKS dan Perguruan tinggi. | Dinkes | Perguruan Tinggi | Sudah |
| | | | 5. Pelatihan kader TBC bagi Sekolah dan Perguruan Tinggi | Dinkes | Perguruan Tinggi | Sudah |

Q

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah/ belum) |
|---------------|---|---|---|------------------|-----------|----------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| | | | 6. Penelitian dan Pengabdian Masyarakat terkait TBC | Perguruan Tinggi | Dinkes | Belum |
| | Koordinasi penanganan terhadap pasien putus berobat dan pasien pindah belum optimal | Koordinasi lintas program dan lintas sektor | Meningkatkan koordinasi lintas program dan lintas sektor dalam pertemuan eksternal program P2TBC tingkat kota/kabupaten | Dinkes | | Sudah |

0

STRATEGI 5
Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Pengendalian TBC

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah /belum) | |
|--|---|---|--|--|---|--|-------|
| Masih kurangnya sosialisasi program penanggulangan TBC kepada masyarakat | Pemahaman masyarakat tentang TBC masih kurang | Penguatan Kapasitas CSO dalam Pengelolaan Program TBC | 1. Sosialisasi TBC kepada OMS (Muhammadiyah, NU, Aisyiyah, Muslimat, Fatayat, PKK dll) hingga ke pengurus wilayah kecamatan. | Dinkes | Organisasi Agama, Organisasi Masyarakat | Sudah | |
| | | | 2. Melibatkan CSO yang berpotensi dapat berperan dalam Program TBC. | Dinkes | | Sudah | |
| | 3. Workshop tentang program & pengendalian TBC kepada CSO yang potensial. | | Dinkes | | Sudah | | |
| | 4. Rapat koordinasi antara CSO dengan Fasyankes (Forum Peduli TBC) | | Dinkes | Forum Peduli TBC-HIV | Sudah | | |
| | 5. Monev Kinerja CSO dalam program penanggulangan TBC | | Dinkes | | Sudah | | |
| | Sumber daya (SDM dan dana) CSO terbatas | | Peningkatan Sumber Daya CSO (SDM dan Dana) | 1. Rapat koordinasi antara CSO dengan Pengelola CSR untuk penggalangan dana kegiatan CSO dalam penanggulangan TBC. | Dinkes | SSR TBC HIV Care Kota Blitar, Forum Peduli TBC-HIV | Belum |
| | | | | 2. Workshop penyusunan rencana kerja CSO dan proposal kegiatan untuk penggalangan dana | Dinkes | SSR TBC HIV Care Kota Blitar, Forum Peduli TBC-HIV | Belum |

0

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah/belum) |
|---------------|-----------------------------------|---------------------------------|---|-----------|--|------------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| | Belum adanya dukungan psikososial | Membentuk wadah dukungan sebaya | 1. Mengakifkan dukungan sebaya (Suporter TBC) Tingkat Kota dan Kelurahan (memanfaatkan kader) | Dinkes | SSR TBC HIV Care Kota Blitar, Forum Peduli TBC- HIV, Kecamatan | Sudah |
| | | | 2. Lokakarya Pendidik Sebaya TBC | Dinkes | | Belum |
| | | | 3. Kunjungan rumah ke pasien TBC oleh kader atau paguyuban | Dinkes | SSR TBC HIV Care Kota Blitar, Forum Peduli TBC- HIV, Kader | Sudah |
| | | | 4. Monev Paguyuban Pasien TBC setiap 6 bulan | Dinkes | Paguyuban mantan | Belum |

0

STRATEGI 6
Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan

Strategi 6 (lembar #1)

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | | Pelaksanaan (sudah/belum) |
|--|---|--|---|-----------|--------------------|-------|---------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | | |
| Belum optimalnya sistem surveilans TBC di kota | Belum semua petugas fasyankes menguasai penggunaan SITT | Penguatan surveilans TBC di fasyankes melalui SITT | 6.1 Penguatan Sistem Kesehatan | | | | |
| | | | 1. <i>Workshop</i> SITB bagi petugas fasyankes | Dinkes | Puskesmas, RS | Sudah | |
| | | | 2. Validasi data TBC setiap 3 bulan | Dinkes | Puskesmas, RS | Sudah | |
| | | | 3. Analisa data dan umpan balik pelaporan SITB ke fasyankes | Dinkes | Puskesmas, RS | Sudah | |
| | | | 1. Sosialisasi surveilans terkait <i>mandatory notification</i> bagi RS Swasta, DPM, Klinik Swasta, Lab, Apotik | Dinkes | Organisasi Profesi | Sudah | |
| | | | 2. Implementasi <i>software/aplikasi</i> pengolahan data (Wifi TBC) sebagai pendukung SITB | Dinkes | | Sudah | |
| | | | 3. Bimtek dan supervisi ke faskes perihal pencatatan dan pelaporan TBC menggunakan SITB | Dinkes | | Sudah | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Strategi 6 (lembar #2)

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah/ belum) |
|--|---|---|---|-----------|-----------|----------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| Ketergantungan Logistik pada tingkat pusat | 6.2 Pengadaan dan Distribusi Logistik TBC | | | | | |
| | Keberlangsungan ketersediaan stok Logistik TBC | Pengadaan Logistik TBC | 1. Pengadaan Logistik Non OAT (mikroskop, Reagen Zn, Pot dahak, Slide, Formulir, RR TBC, Masker N95, tuberculin test, masker bedah, catridge TCM) | Dinkes | | Sudah |
| | | | 2. Pengadaan kebutuhan <i>Buffer stock</i> OAT | Dinkes | | Sudah |
| | | | 3. Menyusun perencanaan dan Pengadaan materi KIE TBC Lokal Spesifik | Dinkes | | Sudah |
| | | | 4. Monev Logistik TBC | Dinkes | | Sudah |
| | Infrastruktur, peralatan, dan SDM di Faskes yang belum memenuhi persyaratan | Memenuhi Persyaratan Infrastruktur, Peralatan dan SDM di faskes | 1. Pengadaan Kebutuhan Infrastruktur, peralatan, bahan habis pakai, dan SDM Lab Pemeriksaan Biakan TBC | Dinkes | | Belum |
| | | | 2. Pengadaan laminary flow untuk laboratorium puskesmas | | | |
| | | | 3. Membuat aplikasi pengelolaan OAT dan Non OAT | | | |

0

Strategi 6 (lembar #3)

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksanaan | | Pelaksanaan (sudah/belum) |
|--|--|--|---|---------------------------------|-----------|---------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| Kapasitas SDM untuk penemuan kasus TBC belum standar | 6.3 Peningkatan Kapasitas SDM | | | | | |
| | Rendahnya keterlibatan RS Swasta dalam program TBC karena belum berjejaring dengan Dinkes | Extensifikasi penemuan kasus di RS swasta | Pelatihan SDM di RS swasta dalam penanggulangan TBC melalui strategi DOTS | Dinkes | | Sudah |
| | Belum semua petugas fasyankes terlatih TBC | Peningkatan Kapasitas petugas | Pelatihan SDM | Dinkes | | Sudah |
| | Kurangnya kader TBC di tingkat puskesmas | Peningkatan Peran & jumlah Kader dalam Penemuan Kasus TBC | Pembentukan dan pelatihan kader TBC untuk penemuan TBC secara aktif di masyarakat | Kecamatan, Kelurahan, Puskesmas | Dinkes | Sudah |
| | | | | | | |
| Angka keberhasilan | Belum semua Puskesmas menerapkan MTBCS dengan baik, sehingga kecurigaan TBC pada Anak dengan BB rendah masih belum optimal | Pelaksanaan Skrining TBC Anak melalui MTBCS, RS dan Sekolah. | Pelatihan petugas MTBCS di fasyankes untuk penapisan TBC Anak | Dinkes | | Sudah |
| | SOP penanganan Efek Samping Obat | Peningkatan Kapasitas | Pelatihan tata laksana ESO TBC bagi petugas kesehatan. | Dinkes | | Sudah |

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah/belum) |
|--|--|--|---|-----------|---|------------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| pengobatan TBC masih rendah | (ESO) belum dilaksanakan dengan optimal | Petugas Kes. Dalam Pelaksanaan SOP ESO | | | | |
| Angka penemuan kasus TBC-RO dan pengobatan TBC-RO yang Rendah | Kapasitas Petugas untuk Diagnosis TBC RO belum optimal | Peningkatan kapasitas petugas pengelola TBC- RO | Pelatihan dan Sosialisasi MTPTRO kepada Petugas Pengelola TBC di Fasyankes. | Dinkes | | Sudah |
| Pengobatan pencegahan TBC pada ODHA dan Anak dengan INH belum berjalan | Belum tersosialisasikannya pencegahan dan pengobatan TBC pada ODHA dan Anak | Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pemberian PP INH | Pelatihan PP INH pada petugas kesehatan | Dinkes | Puskesmas, RS | Sudah |
| Jejaring pelayanan TBC belum berfungsi dengan baik | Keterlibatan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam jejaring pelayanan TBC (termasuk penapisan) belum tergali. | Kerjasama antara Dinkes dengan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam jejaring Pelayanan TBC | Pelatihan kader TBC bagi Sekolah dan Perguruan Tinggi | Dinkes | Sekolah/ Perguruan Tinggi (Prodi DIII Keperawatan Poltekes Kemenkes Cabang Bitar) | Belum |

2

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Pelaksanaan (sudah / belum) |
|---|---|--|--|-----------|-----------|--------------------------------|
| | | | | Utama | Pendukung | |
| Pemerintah Daerah belum memiliki Tim Pelatih TBC Kota | Kebutuhan peningkatan kapasitas fasyankes belum terakomodasi sepenuhnya | Penyiapan Tim Pelatih TBC tingkat Kota | 1. Pembentukan Tim Pelatih TBC Kota | Dinkes | | Sudah |
| | | | 2. Pembuatan dan penerbitan SK Kadinkes tentang Tim Pelatih TBC Kota | Dinkes | | Belum |
| | | | 3. Penguatan Tim Pelatih TBC Kota | Dinkes | | Belum |

BAB VI

PEMBIAYAAN

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

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

6.1 Tujuan dan Arah Pembiayaan

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

6.2 Mekanisme Pembiayaan

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

6.3 Proses Perhitungan Pembiayaan

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

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

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

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

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

6.4 Proyeksi Biaya

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

PEMBIAHYAAN KEGIATAN
RENCANA AKSI DAERAH (RAD) PENANGGULANGAN TBC KOTA BLITAR
TAHUN 2020-2024

| STRATEGI / KEGIATAN UTAMA | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---------------------------|--|-------------|-------------|---------------|---------------|----------------|----------------|
| Strategi-1 | Penguatan Kepemimpinan Program TBC di Kabupaten / Kota | 71.571.725 | 47.696.000 | 15.662.700 | 38.233.780,00 | 903.682.128,00 | 534.111.345,00 |
| Strategi-2 | Peningkatan Akses Layanan TBC Yang Bermutu Dengan "TOSS TBC" | 208.153.000 | 411.195.500 | 1.495.155.650 | 849.626.315 | 1.738.686.847 | 1.446.589.735 |
| Strategi-3 | Pengendalian Faktor Resiko | 411.850.000 | 307.946.200 | 453.519.600 | 491.171.360 | 500.628.406 | 507.937.346 |
| Strategi-4 | Peningkatan Kemitraan Melalui Forum Koordinasi TBC | | 6.870.000 | 21.572.000 | 17.393.200 | 19.132.520 | 21.045.772 |
| Strategi-5 | Peningkatan Kemandirian Masyarakat Dalam Penanggulangan TBC | | 7.488.000 | 57.307.700 | 45.053.000 | 47.305.700 | 49.671.000 |
| Strategi-6 | Penguatan Sistem Kesehatan | | 74.030.000 | 298.616.800 | 306.165.200 | 281.145.920 | 364.896.312 |
| Jumlah Total | | 691.574.725 | 855.225.700 | 2.341.834.450 | 1.747.642.855 | 3.490.581.521 | 2.924.251.510 |

2

BAB VII
PENUTUP

RAD penanggulangan TBC di Kota Blitar merupakan referensi untuk proses perencanaan dan penganggaran yang resmi dan diberlakukan oleh Pemerintah Kota Blitar. Sebagai sebuah rencana aksi yang berkelanjutan dalam rangka menuju Eliminasi TBC Tahun 2030, penyusunan RAD Penanggulangan TBC menjadi langkah strategis bagi penyelenggaraan pelayanan publik bidang kesehatan yang diamanatkan dalam Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang wajib dipenuhi oleh Pemerintah Daerah.

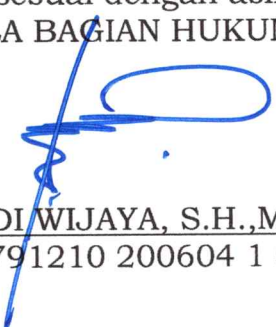
Dokumen ini adalah produk dari multi pemangku jabatan daerah yang berkompeten terhadap pengelolaan program penanggulangan dan pengendalian penyakit Tuberkulosis, proses penyusunannya dilaksanakan melalui prosedur dan mekanisme sosialisasi, asesmen data dasar, lokakarya, diskusi kelompok terfokus (FGD),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

WALIKOTA BLITAR,

ttd.

SANTOSO

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,



IKA HADI WIJAYA, S.H.,M.H.
NIP. 19791210 200604 1 008