



BUPATI MINAHASA UTARA
PROVINSI SULAWESI UTARA

PERATURAN BUPATI MINAHASA UTARA
NOMOR 24 TAHUN 2025

TENTANG
RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS
TAHUN 2025-2029

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI MINAHASA UTARA,

- Menimbang : a. bahwa tuberkulosis merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang menimbulkan angka kesakitan dan kematian yang tinggi sehingga penanggulangan tuberkulosis menjadi target program nasional;
- b. bahwa dalam mewujudkan target program nasional, Pemerintah Daerah bertanggung jawab menyelenggarakan penanggulangan tuberkulosis;
- c. bahwa agar perencanaan dan penganggaran penyelenggaraan penanggulangan tuberkulosis dapat dilakukan secara efektif, efisien, dan terfokus pada pencapaian target indikator kegiatan, maka perlu menetapkan rencana aksi daerah;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkulosis Tahun 2025-2029;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Minahasa Utara di Provinsi Sulawesi Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 148, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4343);
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah 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);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG RENCANA AKSI DAERAH
PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS TAHUN 2025-2029.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Minahasa Utara.
2. Bupati adalah Bupati Minahasa Utara.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Pemerintah Daerah.
5. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Utara.
6. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, yang selanjutnya disebut Bappeda, adalah Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Minahasa Utara.
7. Tuberkulosis yang selanjutnya disebut TBC adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang paru dan organ lainnya.
8. 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.
9. Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat 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.
10. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang selanjutnya disebut SPM Kesehatan adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar bidang kesehatan yang merupakan urusan pemerintahan wajib

yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.

11. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan Daerah yang ditetapkan dengan Peraturan Daerah.

BAB II PERAN DAN FUNGSI

Pasal 2

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

Pasal 3

RAD Penanggulangan TBC 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 kedalam program atau kegiatan perangkat daerah yang terkait; dan
- d. acuan pengalokasian APBD bagi 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 yang memuat pendahuluan;
 - b. bab II yang memuat analisis situasi;
 - c. bab III yang memuat isu strategis;
 - d. bab IV yang memuat indikator kinerja;
 - e. bab V yang memuat strategi;
 - f. bab VI yang memuat pembiayaan; dan
 - g. bab VII yang memuat penutup.
- (2) RAD Penanggulangan TBC tahun 2025–2029 sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini. *Am*

BAB IV
PENDANAAN

Pasal 5

- (1) Pendanaan RAD Penanggulangan TBC tahun 2025-2029 bersumber dari:
 - a. APBD; dan
 - b. sumber lain yang sah dan tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Selain sumber dana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pendanaan RAD Penanggulangan TBC tahun 2025-2029 juga dapat bersumber dari:
 - a. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara; dan
 - b. APBD Provinsi Sulawesi Utara.

BAB V
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 6

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Minahasa Utara. *um*

Ditetapkan di Airmadidi
pada tanggal 14 oktober 2025
BUPATI MINAHASA UTARA,
[Signature]
SOLINE JAMES ESAU GANDA

Diundangkan di Airmadidi
pada tanggal 14 oktober 2025
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN MINAHASA UTARA,
[Signature]
NOVLY GERET WOWILING
BERITA DAERAH KABUPATEN MINAHASA UTARA TAHUN 2025 NOMOR 25

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI MINAHASA UTARA
NOMOR 24 TAHUN 2025
TENTANG RENCANA AKSI DAERAH
PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS
TAHUN 2025-2029

RAD PENANGGULANGAN TBC

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indonesia masih menghadapi tantangan besar dalam penanggulangan Tuberkulosis (TBC). Meningkatnya kasus TBC Resistan Obat, TBC-HIV, TBC-DM, TBC, pada anak dan masyarakat rentan lainnya menjadi beban berat bagi program kesehatan masyarakat di Indonesia.

Pada tahun 2016-2018 dilaksanakan Studi Inventori oleh Ditjen P2P Kementerian Kesehatan RI bekerja sama dengan Badan Litbangkes. Hasil Studi Inventori menunjukkan bahwa persentase kasus tuberkulosis yang under-reporting adalah sebesar 41%. Berdasarkan hasil Studi Inventori ini dilakukan perhitungan insiden tuberkulosis dan didapatkan insiden TBC di Indonesia tahun 2017 sebesar 842.000 kasus. Dari angka insiden ini dilakukan perhitungan beban TBC di masing-masing provinsi dan kabupaten/kota. Perhitungan beban TBC di tingkat kabupaten/kota, Ditjen P2P telah menerbitkan Buku Panduan Penentuan Beban dan Target Cakupan Penemuan dan Pengobatan Tuberkulosis di Indonesia Tahun 2019-2024. Berdasarkan *Global TB Report* Tahun 2022, insiden TBC sebesar 969.000 kasus (354 per 100.000 penduduk); dengan posisi kedua terbesar dengan beban TBC setelah India. Selaras dengan *End TB Strategy* yang telah menjadi komitmen global dan Pemerintah Indonesia, serta mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024, maka disusun dokumen Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Tahun 2020-2024 yang merupakan cikal bakal terbentuknya Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. Tahun 2020-2024 merupakan periode yang sangat krusial untuk percepatan menuju ^{Am}

eliminasi tuberkulosis tahun 2030. Berbagai terobosan telah dilakukan antara lain berupa pelaksanaan Gerakan TOSS TBC (Temukan TBC Obati Sampai Sembuh); penemuan kasus tuberkulosis secara aktif, masif, dan intensif; pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK); pelibatan jajaran lintas sektor pemerintah dan seluruh lapisan masyarakat, termasuk kalangan swasta dan dunia usaha. Penerbitan laporan ini dimaksudkan untuk memberikan gambaran tentang situasi masalah tuberkulosis dan penanggulangannya tahun 2021. Disamping itu disampaikan tentang peta jalan eliminasi tuberkulosis, langkah-langkah yang telah dilakukan di berbagai tingkat administrasi untuk mempercepat pelaksanaan Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia demi tercapainya Eliminasi Tuberkulosis Tahun 2030. Laporan ini dibuat dengan harapan akan bermanfaat bagi seluruh jajaran di pusat dan daerah untuk semakin meningkatkan upaya Penanggulangan Tuberkulosis demi mencapai Eliminasi Tuberkulosis Tahun 2030 di Indonesia. Angka tersebut menekankan bahwa persoalan penanggulangan TBC di Indonesia masih memerlukan upaya serius dan berkelanjutan.

Amanat sebagaimana ketentuan dalam dan ketentuan dalam Pasal 5 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2024 tentang Kesehatan, Setiap Orang berkewajiban mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dimana pelaksanaannya meliputi Upaya Kesehatan Perseorangan, Upaya Kesehatan Masyarakat, dan Pembangunan Berwawasan Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis menjadi landasan penting untuk melakukan penemuan dan pengobatan pasien Tuberkulosis sampai sembuh. Secara khusus peraturan tersebut telah dipertegas dalam Standar Pelayanan Minimum (SPM) Bidang Kesehatan Tahun 2020, dalam Pasal 2 ayat (2) huruf K dengan menyebutkan "Setiap orang dengan Tuberkulosis mendapatkan pelayanan Tuberkulosis sesuai standar". Penanggulangan Tuberkulosis dimaksudkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, dengan memberikan jaminan akses untuk diagnosis, pengobatan sesuai standar dan bermutu, mencegah penularan Tuberkulosis, serta pendampingan dan pemberdayaan masyarakat pasca pengobatan Tuberkulosis.

Tuberkulosis adalah penyakit yang menular langsung yang disebabkan oleh kuman Tuberkulosis (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TBC menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Sekitar 75% pasien TBC adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15 – 50 Tahun). Diperkirakan seorang pasien TBC dewasa, akan kehilangan rata rata waktu kerjanya 3 (tiga) sampai 4 (empat) bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20% - 30%. Jika meninggal akibat TBC, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 (lima belas) tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TBC juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial, seperti stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat.

Penduduk Daerah Kabupaten Minahasa Utara saat ini berjumlah 231.791 (dua ratus tiga puluh satu ribu tujuh ratus Sembilan puluh satu) jiwa, maka perkiraan jumlah kasus TBC di Daerah adalah sebesar 1.044 (seribu empat puluh empat) kasus (Tahun 2024). Pada tahun 2024 ditemukan 429 (empat ratus dua puluh sembilan) kasus atau sekitar 41% (empat puluh satu persen) dari perkiraan jumlah kasus TBC di daerah, artinya masih terdapat 615 (enam ratus lima belas) kasus TBC yang belum ditemukan. Tantangan yang selama ini dihadapi dalam program Penanggulangan TBC di Daerah diantaranya terkait belum optimalnya penemuan terduga TBC di fasilitas pelayanan kesehatan termasuk fasyankes swasta, belum semua pasien TBC mendapatkan pengobatan sampai selesai dan sesuai standar, serta masih lemahnya jejaring rujukan dan koordinasi. Disamping itu belum ada sinergi kegiatan penanggulangan TBC antara lintas program, lintas sektor, dan lembaga, atau organisasi masyarakat yang terkait. Hal tersebut berdampak pada masih rendahnya penemuan dan pengobatan TBC di Daerah. Oleh karena itu diperlukan komitmen semua pihak untuk membangun sinergitas dan jejaring dari semua komponen terkait. Target penanggulangan TBC tersebut diperlukan sebuah Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkulosis di daerah yaitu untuk Eleminasi TBC Tahun 2030 dan Bebas TBC Tahun 2045, dan ini diperlukan keterlibatan semua sektor secara aktif.

1.2 Maksud, Tujuan, dan Fungsi RAD Penanggulangan 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 daerah dalam melaksanakan upaya Penanggulangan TBC.

1) RAD Penanggulangan TBC bertujuan untuk:

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

2) RAD Penanggulangan TBC berfungsi sebagai:

- a. pedoman bagi Perangkat Daerah terkait dalam upaya menuju eliminasi TBC Tahun 2030;
- b. pedoman untuk memfasilitasi koordinasi dan integrasi program pelayanan publik yang terkait dengan upaya menuju eliminasi TBC Tahun 2030;
- c. pedoman untuk menyinergikan berbagai upaya penanggulangan TBC antar perangkat daerah dan pihak terkait lainnya; dan
- d. dokumen bagi masyarakat dan pihak-pihak lain yang berkepentingan untuk memantau pelaksanaan program Penanggulangan TBC di Daerah.

3) RAD Penanggulangan TBC memiliki nilai strategis sebagai berikut:

- a. penyelenggaraan pelayanan publik, termasuk didalamnya pelayanan Kesehatan, merupakan tugas utama Pemerintah Daerah. Penanggulangan TBC merupakan salah satu pelayanan kesehatan dasar yang telah ditetapkan menjadi SPM yang wajib dipenuhi oleh Pemerintah Daerah;
- b. strategi Penanggulangan TBC dalam RAD Penanggulangan TBC lebih banyak mengarah pada promosi, pencegahan, dan perbaikan kualitas layanan; dan

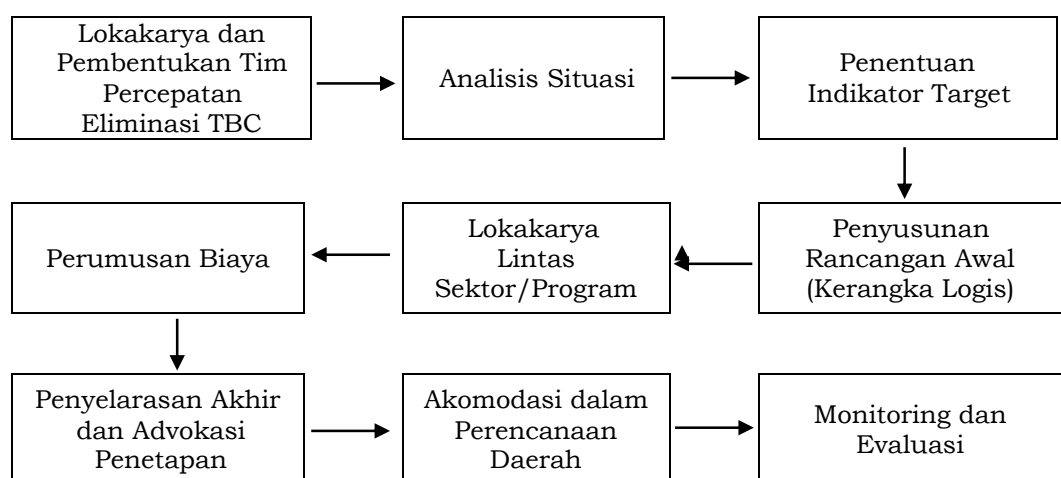
- c. penyusunan RAD Penanggulangan TBC yang tepat dan jaminan penganggaran yang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku merupakan hal-hal yang akan mendorong Pemerintah Daerah untuk lebih bersemangat melakukan penanggulangan TBC, terutama upaya promosi, pencegahan, dan peningkatan kualitas layanan.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

1.3 Proses Penyusunan RAD

Penyusunan RAD Penanggulangan TBC di Daerah telah dimulai, berupa persiapan pada bulan September 2024, kemudian dilanjutkan melalui Lokakarya Penyusunan Strategi Advokasi Penanggulangan TBC yang diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah. Tahapan penyusunan RAD Penanggulangan TBC mengacu pada Petunjuk Teknis Penyusunan RAD.

Rangkaian proses penyusunan RAD Penanggulangan TBC di Daerah dapat diketahui pada:

Gambar I.1 Rangkaian Penanggulangan TBC di Daerah



Adapun rincian agenda rangkaian proses penyusunan RAD Penanggulangan TBC di Daerah sebagai berikut:

- 1) Lokakarya Penyusunan Strategi Advokasi Penanggulangan TBC di Daerah telah dilaksanakan pada tanggal 28 Oktober 2024;

- 2) Lokakarya Pembentukan Tim Percepatan Eliminasi TBC di Daerah telah dilaksanakan pada tanggal 30 Oktober 2024;
- 3) Pertemuan koordinasi lintas sektoral penyusunan RAD TBC oleh Tim Percepatan Eliminasi TBC di Daerah telah dilaksanakan pada tanggal 3 Desember 2024 dan menghasilkan Kerangka Logis;
- 4) Pertemuan untuk menentukan Indikator dan Target dilaksanakan oleh Tim Inti Penyusun RAD, pada tanggal 3 Desember 2024;
- 5) Perumusan Pembiayaan dilaksanakan pada tanggal 3 Desember 2024;
- 6) Penyelarasan Akhir dan Advokasi penetapan pada tanggal 11 Desember 2024; dan
- 7) Konsultasi Anggaran kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah direncanakan dilaksanakan pada bulan Maret 2025.

1.4 Daftar Istilah dan Singkatan

- a. *Bacille Calmette Guerin* yang selanjutnya disingkat BCG adalah vaksin untuk Tuberkulosis yang dibuat dari baksil Tuberkulosis (*Mycobacterium bovis*) yang dilemahkan dengan dikulturkan di medium buatan selama bertahun-tahun;
- b. *Case Notification Rate* yang selanjutnya disingkat CNR adalah angka yang menunjukkan jumlah pasien baru yang ditemukan dan tercatat diantara 100.000 (seratus ribu) penduduk dalam suatu wilayah;
- c. Dokter Praktik Mandiri yang selanjutnya disingkat DPM adalah dokter yang membuka praktik secara pribadi;
- d. 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;
- e. *Human Immunodeficiency Virus* yang selanjutnya disingkat HIV adalah virus ini menyerang sistem kekebalan tubuh dan melemahkan kemampuan tubuh untuk melawan infeksi dan penyakit;
- f. Indikator Kinerja Individu yang selanjutnya disingkat IKI adalah ukuran atau indikator yang menginformasikan penilaian kerja seseorang;
- g. Indikator Kinerja Utama yang selanjutnya disingkat IKU adalah ukuran atau Indikator yang akan memberikan informasi sejauh mana kita telah berhasil mewujudkan sasaran strategis yang telah kita tetapkan;

- h. *Incidence Rate* yang selanjutnya disingkat 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;
- i. *International Standard Tuberculosis Care* yang selanjutnya disingkat ISTC adalah merupakan pedoman internasional perawatan TBC yang mencakup diagnosis, pengobatan dan upaya kesehatan masyarakat.
- j. Kejadian Luar Biasa yang selanjutnya disingkat KLB adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu.
- k. Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan yang selanjutnya disingkat LAKIP merupakan produk akhir SAKIP yang menggambarkan kinerja yang dicapai oleh suatu instansi pemerintah atas pelaksanaan program dan kegiatan yang dibiayai APBN/APBD;
- l. *Lot Quality Sampling Assessment* yang selanjutnya disingkat LQAS adalah metode *random sampling* yang dikembangkan pada Tahun 1920 sebagai alat untuk meninjau kualitas produksi;
- m. Lanjut Usia yang selanjutnya disebut Lansia adalah orang yang telah mencapai usia lebih dari 60 (enam puluh) tahun;
- n. *Mandatory Notification* adalah kewajiban melapor setiap Fasyankes di luar Puskesmas (DPM, Klinik, dan Rumah Sakit), yang dalam teknis pelaporannya dapat dilakukan melalui Puskesmas langsung ke Dinas Kesehatan;
- o. *Memorandum of Understanding*, selanjutnya disebut *MoU* adalah sebuah dokumen legal yang menjelaskan persetujuan antara dua belah pihak MOU;
- p. Masker N95 adalah masker yang memiliki kerapatan lebih tinggi daripada masker bedah dan mampu menghalangi 95 (sembilan puluh lima) persen partikel masuk;
- q. Pengawas Minum Obat yang selanjutnya disingkat PMO adalah seseorang yang bertugas untuk mengawasi, memberikan dorongan dan memastikan pasien TBC menelan Obat Anti TBC;
- r. Pengobatan Pencegahan dengan TPT yang selanjutnya disebut PP TPT adalah salah satu intervensi kesehatan masyarakat sebagai pencegahan TBC pada pasien HIV;

- s. Pos Kesehatan/Pemeriksaan Kesehatan yang selanjutnya disebut Klinik Kesehatan pada pabrik PT. Tirta Investama (Aqua Danone) dan PT. Minahasa Cahaya Lestari (PLTU Kema), yang memiliki kesiapan, kemampuan, serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan secara mandiri sesuai dengan kemampuannya;
- t. Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat 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);
- u. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional yang selanjutnya disingkat RPJMN adalah tahap ketiga dari pelaksanaan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005-2025 yang ditetapkan melalui Peraturan Presiden Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015 — 2019 yang telah ditandatangani tanggal 8 Januari 2015;
- v. Rencana Strategis yang selanjutnya disingkat 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;
- w. Sistem Informasi Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat SITB adalah Aplikasi TBC Elektronik yang bertujuan untuk mempermudah pengelolaan data dan penyelesaian laporan;
- x. Standar Prosedur Operasional yang selanjutnya disingkat SPO adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan administrasi pemerintah;
- y. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang selanjutnya disingkat SPM Bidang Kesehatan merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal;
- z. Sumber Daya Manusia yang selanjutnya disingkat SDM adalah salah satu faktor yang sangat penting bahkan tidak dapat dilepaskan dari sebuah organisasi, baik institusi maupun perusahaan;
- aa. Survei Sosial Ekonomi Nasional yang selanjutnya disingkat 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;

- bb. Temukan Obati Tuberkulosis Sampai Sembuh yang selanjutnya disingkat 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;
- cc. Tes Cepat Molekuler yang selanjutnya disingkat TCM adalah Pemeriksaan laboratorium untuk uji kepekaan *Mycobacterium Tuberculosis* mengurai DNA bakteri dan menggunakan ultrasonik untuk menghancurkan sel bakteri secara cepat;
- dd. Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat TBC adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*, yang dapat menyerang paru dan organ Lainnya;
- ee. Tuberkulosis semua kasus adalah jumlah seluruh kasus Tuberkulosis baik yang memiliki hasil positif maupun negatif;
- ff. *Tuberkulosis Diabetes Mellitus* yang selanjutnya disingkat TBC-DM adalah pasien *Tuberkulosis* yang disertai dengan koinfeksi penyakit *Diabetes Mellitus*;
- gg. *Tuberkulosis Human Immunodeficiency Virus* yang selanjutnya disingkat TBC-HIV adalah pasien Tuberkulosis yang disertai dengan koinfeksi penyakit HIV/AIDS;
- hh. *Tuberkulosis Resistan Obat* yang selanjutnya disingkat TBC-RO adalah penyakit TBC yang disebabkan *Mycobacterium Tuberculosis* yang sudah mengalami kekebalan terhadap OAT;
- ii. *World Health Organization* yang selanjutnya disingkat WHO adalah salah satu badan PBB yang bertindak sebagai koordinator kesehatan umum internasional dan bermarkas di Jenewa, Swiss;
- jj. *Ziehl Neelsen* merupakan reagen yang digunakan dalam pemeriksaan mikroskopis Bakteri Tahan Asam (BTA) dari jenis *Mycobacterium*;
- kk. *Corporate Social Responsibility* yang selanjutnya disingkat CSR adalah suatu tindakan atau konsep yang dilakukan oleh perusahaan (sesuai kemampuan perusahaan tersebut) sebagai bentuk tanggung jawab mereka terhadap sosial/lingkungan sekitar dimana perusahaan itu berada.

BAB II

ANALISIS SITUASI

2.1 Situasi Umum Daerah

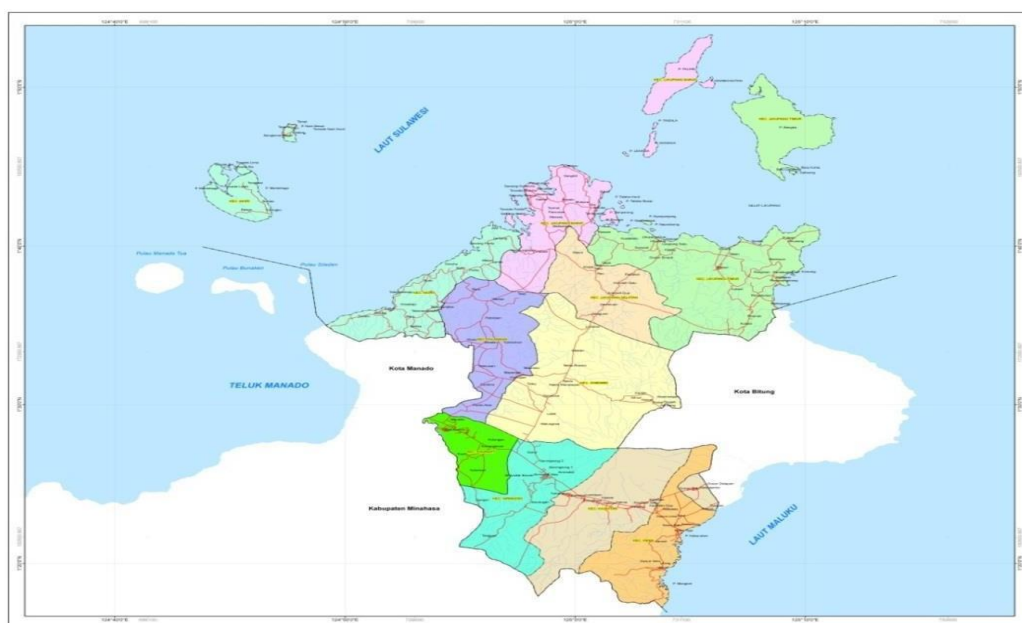
a. Aspek Geografi

Aspek Geografi merupakan gambaran tentang karakteristik lokasi dan wilayah, potensi pengembangan wilayah, dan kerentanan wilayah terhadap kondisi bencana. Aspek geografi dan demografi merupakan informasi dasar untuk mengidentifikasi potensi sumber daya alam dan sumber daya manusia untuk memetakan pembangunan wilayah dalam menunjang kemajuan pembangunan daerah.

Kabupaten Minahasa Utara merupakan kabupaten hasil pemekaran dari Kabupaten Minahasa, terbentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2003, dan diresmikan pada tanggal 7 Januari 2004, dengan Airmadidi sebagai ibukota kabupaten.

Gambar II-1

Peta Kabupaten Minahasa Utara



Sumber : RTRW Kab. Minahasa Utara Tahun 2013-2033

Kabupaten Minahasa Utara mempunyai luas daratan sekitar 1.059,244 km², luas lautan 1.261 km² dengan garis pantai sepanjang 292,20 km, memiliki 46 pulau dan 1 pulau

terluar yaitu Pulau Mantehage. Kabupaten Minahasa Utara mempunyai batas-batas:

Utara : Kabupaten Kepulauan Siau-Tagulandang-Biaro, Laut Sulawesi, Laut Maluku.

Timur : Kota Bitung.

Selatan : Kabupaten Minahasa.

Barat : Kota Manado.

Kabupaten Minahasa Utara merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Sulawesi Utara yang terletak di antara 0017'15"-01053'18,5" LU dan 124043'51"-125010'37,7" BT.

b. Demografi

Penduduk Kabupaten Minahasa Utara Tahun 2023 berdasarkan Badan Pusat Statistik Kabupaten Minahasa Utara sebanyak 231.791 jiwa yang terdiri atas 117.743 jiwa penduduk laki-laki dan 114.048 jiwa penduduk perempuan. Penduduk Minahasa Utara mengalami laju pertumbuhan Tahun 2022-2023 sebesar 1,01%. Sementara itu besarnya angka rasio jenis kelamin Tahun 2023 penduduk Laki-laki terhadap penduduk Perempuan sebesar 103,24%. Berdasarkan luas wilayah dan jumlah penduduk pada Tahun 2023 maka kepadatan penduduk di Kabupaten Minahasa Utara Tahun 2023 mencapai 236.22 jiwa/km.

Tabel II-1

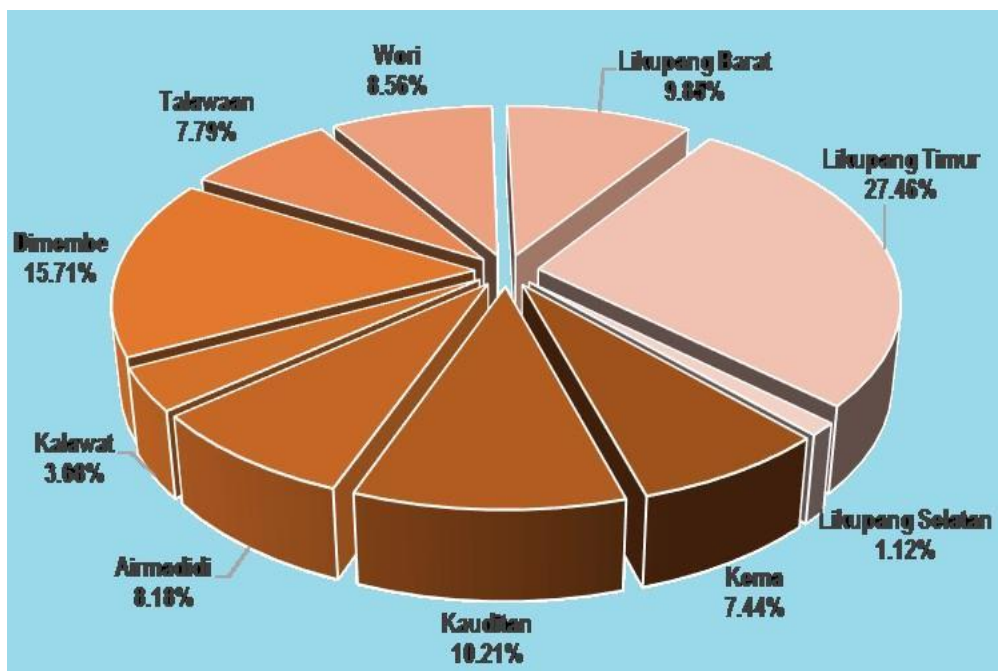
Jumlah Penduduk Menurut Usia Kabupaten Minut Tahun 2023

| No | Umur (Tahun) | Jenis Kelamin | | Jumlah |
|----|--------------|---------------|-----------|---------|
| | | Laki-laki | Perempuan | |
| 1 | 0-4 | 8 593 | 8 226 | 16 819 |
| 2 | 5-9 | 8 872 | 8 761 | 17 633 |
| 3 | 10-14 | 9 170 | 8 816 | 18 017 |
| 4 | 15-19 | 9 201 | 8 690 | 17 756 |
| 5 | 20-24 | 9 588 | 8 751 | 18 339 |
| 6 | 25-29 | 9 487 | 9 043 | 18 530 |
| 7 | 30-34 | 9 427 | 8 788 | 18 215 |
| 8 | 35-39 | 8 585 | 8 151 | 16 736 |
| 9 | 40-44 | 8 507 | 8 047 | 16 554 |
| 10 | 45-49 | 7 934 | 7 700 | 15 634 |
| 11 | 50-54 | 7 378 | 7 095 | 14 473 |
| 12 | 55-59 | 6 406 | 6 336 | 12 742 |
| 13 | 60-64 | 5 270 | 5 383 | 10 653 |
| 14 | 65-69 | 4 177 | 4 298 | 8 475 |
| 15 | 70-74 | 2 755 | 2 827 | 5 582 |
| 16 | >75 | 2 497 | 3 136 | 5 633 |
| | Total | 117.743 | 114.048 | 231 791 |

Sumber : BPS Kab.Minahasa Utara Minut Dalam Angka, 2024

Dengan jumlah penduduk Usia Muda (0-19 tahun), Usia Sekolah (6-24 tahun), dan Usia Kerja (15-65 tahun) yang melimpah di Kabupaten Minahasa Utara dapat dijadikan modal pembangunan daerah yang sangat besar. Peningkatan sistem pendidikan, peningkatan keahlian dan keterampilan, penciptaan peluang kerja dan investasi, kepastian hukum, serta penciptaan iklim usaha yang kondusif, perlu dilakukan untuk mengoptimalkan sumber daya manusia sebagai modal pembangunan.

Gambar II-2
Persentase Luas Wilayah Menurut Kecamatan



Sumber : BPS Kab. Minahasa Utara (Minahasa Utara dalam Angka), 2024

Dilihat dari perbandingan jumlah penduduk dan luas wilayah, Kabupaten Minahasa Utara termasuk wilayah dengan klasifikasi kurang padat (51-250 jiwa per Km²). Luas wilayah terkecil yaitu Kecamatan Likupang Selatan sebesar 11,82 Km² dengan persentase penduduk terendah sebesar 1,12%, sementara luas wilayah terbesar berada di Kecamatan Likupang Timur sebesar 290,85 km², dan persentase penduduk tertinggi di wilayah Kecamatan Kalawat sebesar 27,46%.

Tabel II-2
Jumlah Penduduk dan Laju Pertumbuhan Penduduk per Tahun
menurut Kecamatan di Kabupaten Minahasa Utara
Tahun 2023

| No | Kecamatan | Penduduk (jiwa) | Laju Pertumbuhan Penduduk Tahun 2020-2023 (%) |
|----|------------------|--------------------|--|
| 1 | Kema | 18.270 | 0,93 |
| 2 | Kauditan | 29.650 | 1,17 |
| 3 | Airmadidi | 31.703 | 0,78 |
| 4 | Kalawat | 34.075 | 1,31 |
| 5 | Dimembe | 28.502 | 1,15 |
| 6 | Talawaan | 23.439 | 1,61 |
| 7 | Wori | 21.164 | 0,67 |
| 8 | Likupang Barat | 17.955 | -0,11 |
| 9 | Likupang Timur | 21.152 | 1,33 |
| 10 | Likupang Selatan | 5.881 | 0,50 |
| | TOTAL | 231.791 | 1,01 |

Sumber : Kabupaten Minahasa Utara Dalam Angka, 2024

c. Sosial Ekonomi

Secara umum pendapatan regional merupakan perolehan nilai tambah yang tercipta dari seluruh kegiatan ekonomi dalam suatu wilayah pada periode waktu tertentu. PDRB akan menunjukkan laju pertumbuhan ekonomi suatu daerah. Berdasarkan hasil perhitungan PDRB sampai dengan Tahun 2022, dapat diketahui besarnya laju pertumbuhan dan struktur ekonomi Kabupaten Minahasa Utara.

Salah satu pendekatan dalam menghitung PDRB adalah menggunakan pendekatan produksi yang merupakan jumlah nilai tambah atas barang dan jasa yang dihasilkan oleh berbagai unit produksi di wilayah suatu daerah dalam jangka waktu tertentu. Unit-unit produksi tersebut dalam penyajiannya dikelompokkan menjadi lapangan usaha (sektor) dan setiap sektor tersebut dirinci lagi menjadi sub-sub sektor. PDRB dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu PDRB Atas Dasar Harga Berlaku dan PDRB Atas Dasar Harga Konstan. PDRB Atas Dasar Harga Berlaku menunjukkan kemampuan sumber daya ekonomi yang dihasilkan oleh suatu wilayah. Distribusi PDRB Atas Dasar Harga Berlaku menurut sektor menunjukkan struktur perekonomian atau peranan setiap sektor ekonomi dalam suatu daerah. Sektor-

sektor ekonomi yang mempunyai peranan besar menunjukkan basis perekonomian suatu daerah. Sementara PDRB atas Dasar Harga Konstan berguna untuk menunjukkan Laju Pertumbuhan Ekonomi (LPE) secara keseluruhan maupun sektoral dari tahun ke tahun.

Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) Kabupaten Minahasa Utara yang disajikan dimaksudkan untuk memberikan gambaran kinerja ekonomi makro dari waktu ke waktu, sehingga arah perekonomian regional akan lebih jelas serta bagi pengguna data akan lebih memberikan manfaat sebagai bahan perencanaan, evaluasi maupun kajian. Perkembangan ekonomi Kabupaten Minahasa Utara kurun waktu Tahun 2019-2023 berdasarkan indikator PDRB terus mengalami kenaikan seiring dengan semakin berkembangnya kegiatan perekonomian. Pada Tahun 2022 nilai PDRB atas dasar harga berlaku Rp. 17.226.062,3 (miliar rupiah) sedangkan PDRB atas harga konstannya yaitu sebesar Rp. 9.793.830 (miliar rupiah).

Berdasarkan harga berlaku nilai PDRB tersebut meningkat menjadi 18.727.531,2 (miliar rupiah) pada Tahun 2023. Begitupun dengan PDRB atas dasar harga konstan Tahun 2023 mengalami peningkatan menjadi Rp. 10.332.085,4 (miliar rupiah).

d. Epidemiologi TBC

TBC sampai saat ini merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di daerah walaupun upaya penanggulangan dengan Strategi DOTS telah diterapkan sejak tahun 2005 namun masih belum maksimal hasilnya. Pada tahun 2016-2018 dilaksanakan Studi Inventori oleh Ditjen P2P Kemkes bekerja sama dengan Badan Litbangkes. Hasil Studi Inventori menunjukkan bahwa persentase kasus Tuberkulosis yang *under-reporting* adalah sebesar 41%. Berdasarkan hasil Studi Inventori ini dilakukan perhitungan insiden tuberkulosis dan didapatkan insiden TBC di Indonesia tahun 2017 sebesar 842.000 kasus. Dari angka insiden ini dilakukan perhitungan beban TBC di masing-masing provinsi dan kabupaten/kota. Untuk perhitungan beban TBC di tingkat kabupaten/kota, Ditjen P2P

telah menerbitkan Buku Panduan Penentuan Beban dan Target Cakupan Penemuan dan Pengobatan Tuberkulosis di Indonesia Tahun 2019-2024. Berdasarkan *Global TB Report* Tahun 2022, insiden TBC sebesar 969.000 kasus (354 per 100.000 penduduk); dengan posisi kedua terbesar dengan beban TBC setelah India. Selaras dengan *End TB Strategy* yang telah menjadi komitmen global dan Pemerintah Indonesia, serta mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 maka disusun dokumen Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Tahun 2020-2024 yang merupakan cikal bakal terbentuknya Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. Tahun 2020-2024 merupakan periode yang sangat krusial untuk percepatan menuju eliminasi tuberkulosis tahun 2030. Berbagai terobosan telah dilakukan antara lain berupa pelaksanaan Gerakan TOSS TBC (Temukan TBC Obati Sampai Sembuh), penemuan kasus tuberkulosis secara aktif, masif dan intensif, pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), pelibatan jajaran lintas sektor pemerintah dan seluruh lapisan masyarakat, termasuk kalangan swasta dan dunia usaha. Penerbitan laporan ini dimaksudkan untuk memberikan gambaran tentang situasi masalah tuberkulosis dan penanggulangannya Tahun 2021. Disamping itu disampaikan tentang peta jalan eliminasi tuberkulosis, langkah-langkah yang telah dilakukan diberbagai tingkat administrasi untuk mempercepat pelaksanaan Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia demi tercapainya Eliminasi Tuberkulosis 2030. Laporan ini dibuat dengan harapan akan bermanfaat bagi seluruh jajaran di pusat dan daerah untuk semakin meningkatkan upaya Penanggulangan Tuberkulosis demi mencapai Eliminasi Tuberkulosis 2030 di Indonesia.

Berdasarkan jumlah kasus Tuberkulosis secara total, kasus tuberkulosis pada laki laki lebih banyak dibandingkan perempuan, baik tahun 2021 (laki-laki 57,7%; perempuan 42,3%) maupun tahun 2022 (laki-laki 57,8%; perempuan 42,2%). Proporsi pasien Tuberkulosis berdasarkan jenis kelamin di

Indonesia Tahun 1995-2022 menggambarkan kasus Tuberkulosis terbesar adalah jenis kelamin laki-laki (range 51,3%- 59,6%) dibandingkan perempuan (range 40,4%-48,7%). Jenis kelamin laki-laki yang tertinggi tahun 1996 dan terendah tahun 1995; sedangkan jenis kelamin perempuan tertinggi tahun 1995 dan terendah tahun 1996. Pada tahun 2022 proporsi pasien TB jenis kelamin laki-laki dan perempuan; 57,8% dan 42,2% dengan rasio laki-laki dibandingkan perempuan sebesar 1 : 1,37; dimana setiap satu orang pasien Tuberkulosis perempuan terdapat sekitar 1-2 orang pasien Tuberkulosis laki-laki.

Diperkirakan seorang pasien TBC dewasa, akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 (tiga) sampai 4 (empat) bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20 % - 30%. Jika ia meninggal akibat TBC, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 (lima belas) 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:

- a. kemiskinan pada berbagai kelompok masyarakat;
- b. pertumbuhan ekonomi yang tinggi tetapi dengan disparitas yang terlalu lebar, sehingga masyarakat masih mengalami masalah dengan kondisi sanitasi, papan, sandang, dan pangan yang buruk;
- c. 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;
- d. kegagalan program TBC karena kurangnya dukungan untuk penemuan dan pengobatan TBC;
- e. kolaborasi TBC-HIV dan munculnya morbiditas TBC-DM;
- f. 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);
- g. tidak memadainya tatalaksana kasus (diagnosis dan paduan obat yang tidak standar, gagal menyembuhkan kasus yang telah didiagnosis);
 - h. salah persepsi terhadap manfaat dan efektifitas BCG;
 - i. komitmen fasilitas kesehatan yang belum maksimal untuk memberikan tatalaksana TBC sesuai standar;
 - j. belum adanya sistem jaminan kesehatan yang bisa mencakup masyarakat luas secara merata;
 - k. besarnya masalah kesehatan lain yang bisa mempengaruhi tetap tingginya beban TBC seperti gizi buruk, merokok, dan diabetes;
 - l. dampak Pandemi HIV. Pandemi HIV/AIDS di dunia menambah permasalahan TBC. Koinfeksi dengan HIV akan meningkatkan risiko kejadian TBC secara signifikan; dan
 - m. kekebalan ganda kuman TBC terhadap obat anti TBC yang disebut sebagai TBC-RO 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*. 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:

- a. berbentuk batang dengan panjang 1 — 10 mikron, lebar 0,2 — 0,6 mikron;
- b. bersifat tahan asam dalam pewarnaan dengan metode *Ziehl Neelsen*;
- c. memerlukan media khusus untuk biakan, antara lain *Lowenstein Jensen, Ogawa*;
- d. kuman nampak berbentuk batang berwarna merah dalam pemeriksaan di bawah mikroskop;

- e. tahan terhadap suhu rendah sehingga dapat bertahan hidup dalam jangka waktu lama pada suhu antara 4°C sampai minus 70°C ;
- f. kuman sangat peka terhadap panas, sinar matahari, dan sinar ultraviolet;
- g. paparan langsung terhadap sinar ultraviolet, sebagian besar kuman akan mati dalam waktu beberapa menit;
- h. dalam dahak pada suhu antara 30°C — 37°C , akan mati dalam waktu lebih kurang 1 (satu) minggu; dan
- i. kuman dapat bersifat dorman (tidur) atau tidak berkembang.

Sumber penularan adalah pasien TBC paru dengan hasil pemeriksaan laboratorium dahak (TCM atau BTA) positif. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman dalam udara dalam bentuk *droplet* (percikan dahak). *Droplet* yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau *droplet* tersebut terhirup ke dalam saluran napas. Setelah kuman TBC masuk ke dalam tubuh manusia ke dalam pernafasan, kuman TBC dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, sistem saluran getah bening, atau menyebar langsung ke bagian tubuh lainnya. Daya penularan dari seorang pasien TBC ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut. Kemungkinan seseorang terinfeksi TBC ditentukan oleh konsentrasi *droplet* dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

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% (sepuluh persen) yang terinfeksi TBC akan menjadi sakit TBC. Bila seorang dengan HIV positif akan meningkatkan kejadian TBC melalui proses reaktivasi. 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 diantaranya:

- 1) akibat dari keterlambatan diagnosis;
- 2) pengobatan tidak adekuat; dan
- 3) adanya kondisi kesehatan awal yang buruk atau penyakit penyerta.

Catatan: Pasien TBC tanpa pengobatan, 50% (lima puluh persen) akan meninggal dan risiko ini meningkat pada pasien dengan HIV positif.

f. Dampak Sosial Ekonomi pada Pasien TBC dan Keluarga

Kabupaten Minahasa Utara terdiri dari 10 (sepuluh) Kecamatan dan 118 (seratus delapan belas) Desa serta 6 (enam) Kelurahan, dengan jumlah penduduk 231.791 (dua ratus tiga puluh satu ribu tujuh ratus sembilan puluh satu) jiwa.

Upaya menyembuhkan pasien TBC (target 3.977, penemuan 2.553, persentase 64%) membutuhkan biaya Rp7.403.700.000, dan dengan gap jiwa 1.424, membutuhkan investasi sebesar $1.424 \times \text{Rp. } 2.900.000 = \text{Rp. } 4.129.600.000$, dimana sebagian besar dibantu *Global Fund* dan APBN melalui Obat dan Bahan Habis Pakai dan pembiayaan lainnya, dan terutama *monitoring* keteraturan berobat untuk kesembuhan harus dibiayai oleh APBD.

Sementara ini ketersediaan dana TBC sumber APBD untuk Tahun 2024 sebesar Rp861.578.333. Semua pembiayaan seharusnya ditanggung oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya, namun selama ini sebagian besar dibiayai Lembaga Mitra Internasional. Setiap pasien TBC akan kehilangan potensi kerja penuh waktu selama 3 (tiga) bulan, maka potensi kehilangan pendapatan 3 (tiga) bulan (Rp3.590.000/bulan) adalah sebesar Rp10.770.000 per pasien.

Catatan:

biaya pengobatan 1 (satu) orang pasien TBC *Sensitive* Obat (6 bulan) membutuhkan biaya sebesar Rp2.900.000,00 (dua juta

sembilan ratus ribu rupiah) sedangkan UMK Daerah Tahun 2024 sebesar Rp3.590.000,00 (tiga juta lima ratus sembilan puluh ribu rupiah).

Jika penemuan kasus dapat tercapai 100% (seratus persen) dan kesembuhan pengobatan tercapai 90% (sembilan puluh persen) maka 2.553 (dua ribu lima ratus lima puluh tiga) jiwa sembuh dari TBC dan potensi pendapatan penduduk yang terselamatkan sebesar $3.579 (90\%) \times 6 \text{ bulan} \times \text{Rp}3.590.000,00 = \text{Rp}77.091.660.000$. Jika dia meninggal, asumsinya (keterangan: asumsi meninggal pada usia 40 (empat puluh) tahun) dimana usia produktif sampai dengan usia 60 (enam puluh) tahun (hilang 20 tahun \times 12 bulan = 240 bulan), $3.579 \times 240 \text{ bulan} \times \text{Rp}3.590.000 = \text{Rp}3.083.666.400.000$. Hal ini belum termasuk jika pasien TBC tergolong TBC RO, maka akan menelan biaya yang semakin banyak, untuk lebih jelas dan rincinya dapat dilihat pada Tabel II-3.

Tabel II-3. Estimasi Biaya Pengobatan TBC

| No. | Rata-rata per Pasien | TBC Reguler (6 bulan) | TBC RO (24 bulan) |
|---|--|--------------------------|----------------------|
| 1. | Biaya pengobatan | 2.900.000,00 | 130.000.000,00 |
| 2. | Biaya Rumah Tangga | 1.578.262,00 | 6.313.048,00 |
| 3. | Potensi kehilangan pendapatan krn sakit | 25.782.000,00 | 103.128.000,00 |
| 4. | Potensi kehilangan pendapatan akibat kematian dini sakit | 336.000.000,00 | 336.000.000,00 |
| <p>Keterangan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Angka 1 kolom 2 : biaya ditanggung Pemerintah; b. Angka 2 kolom 2 : biaya yang dikeluarkan pasien dan keluarga diluar pengobatan; c. Angka 3 kolom 2 : estimasi tidak dapat bekerja penuh waktu (3 bulan) karena sakit; d. Angka 3 kolom 3 : UMK (Upah Minimum) Daerah 2024 (Rp3.590.000); dan e. Angka 4 kolom 2 : asumsi meninggal di Usia 40 (empat puluh) Tahun dan usia produktif sampai 60 (enam puluh) Tahun | | | |

Dengan mencermati uraian dan tabel di atas, maka akan menyelamatkan usia harapan hidup, menyelamatkan potensi

kehilangan pendapatan selama sakit, dan kehilangan potensi pendapatan karena kematian dini, akhirnya akan meningkatkan Pendapatan Daerah Bruto (PDP) dan Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

2.2 Penanggulangan TBC dan Kebijakan Pembangunan Daerah

a. Program Penanggulangan TBC dalam RPJMD

Berdasarkan kondisi saat ini dan isu-isu strategis pada 5 (lima) tahun mendatang serta penggalian aspirasi dan persepsi masyarakat yang telah dilakukan, maka Visi Pemerintah Daerah pada Tahun 2020-2024 adalah "Terwujudnya Minahasa Utara Hebat melalui Perubahan untuk Kemajuan dan Kesejahteraan Berlandaskan Iman dan Gotong Royong", hal ini didasarkan pada Visi RPJMN Tahun 2020-2024 yaitu "Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian, Berlandaskan Gotong-Royong".

Dalam rangka mewujudkan Visi, maka perlu disusun Misi yang merupakan rumusan umum mengenai upaya-upaya yang akan dilaksanakan untuk mewujudkan keinginan kondisi tentang masa depan. Sesuai dengan Visi di atas, maka dirumuskan Misi Pemerintah Daerah untuk periode Tahun 2021-2026, sebagai berikut:

- 1 meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang beriman, berkepribadian, dan berbudaya, melalui gotong royong;
- 2 mengembangkan ekonomi kreatif yang berbasis kearifan lokal untuk kesejahteraan masyarakat;
- 3 meningkatkan daya saing daerah melalui pembangunan infrastruktur yang berwawasan lingkungan; dan
- 4 meningkatkan pemanfaatan teknologi informasi dan data untuk pelayanan publik dengan tata kelola pemerintah yang baik.

Strategi pokok dalam meningkatnya derajat kesehatan masyarakat termasuk didalamnya kegiatan Program Penanggulangan Aids TBC Malaria. Adapun strategi ATM tersebut meliputi:

Tabel II-4. Strategi ATM

| No | Program | Kegiatan | Sub kegiatan |
|----|---|--|--|
| 1 | Pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat | Penyediaan layanan kesehatan untuk UKM dan UKP rujukan tingkat daerah kabupaten/kota | Pengelolaan pelayanan kesehatan orang terduga tuberculosis |
| | | | Pengelolaan pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV |
| | | | Pengelolaan pelayanan kesehatan orang dengan tuberculosis |
| | | | Pengelolaan pelayanan kesehatan orang dengan HIV (ODHIV) |
| | | | Pengelolaan pelayanan kesehatan malari |

Kebijakan pada urusan kesehatan secara umum diarahkan pada Misi sebagai berikut:

Tabel II-5. Kebijakan pada Urusan Kesehatan
Misi : Terwujudnya Minahasa Utara Hebat melalui Perubahan untuk Kemajuan dan Kesejahteraan Berlandaskan Iman dan Gotong Royong

| No | Misi | Tujuan | Sasaran | Indikator Kinerja | Satuan | Kondisi Awal | | | | | | Kondisi Akhir | |
|----|--|--|--|----------------------------------|--------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------|-------|
| | | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | | 2026 |
| 1 | Meningkatkan Kualitas Sumber Daya Manusia yang Beriman, Berkepribadian dan Berbudaya melalui Gotong Royong | Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia dengan menerapkan Nilai Gotong Royong | Meningkatnya Kualitas SDM pada Pendidikan Dasar dan Menengah yang menghasilkan Peserta Didik yang Berkepribadian dan Berbudaya | Indeks Pembangunan Manusia (IPM) | Indeks | 73,90 | 73,90 | 74,30 | 74,30 | 74,50 | 75,00 | 76,00 | 76,00 |
| | | | | Indeks Pembangunan Gender (IPG) | Indeks | 96,42 | 96,42 | 96,52 | 96,62 | 96,72 | 96,82 | 96,92 | 96,92 |
| | | | Meningkatnya Derajat Kesehatan Masyarakat | Prevalensi Stunting | % | 4,80 | 7,20 | 7,20 | 6,50 | 5,90 | 5,00 | 3,75 | 3,75 |

Dalam penjabaran butir 1 dari Misi Kabupaten Minahasa Utara yang diterapkan, sangat jelas menyebutkan bahwa Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular (termasuk TBC) belum mendapatkan prioritas, sehingga diperlukan upaya untuk penanggulangan TBC dengan cara *Enabling* dan *Empowering* dalam peningkatan peran masyarakat untuk meningkatkan upaya kesehatan promotif dan preventif dalam meningkatkan status dan gizi masyarakat,

penanggulangan penyakit menular dan tidak menular, serta meningkatnya penyehatan lingkungan melalui Upaya Kesehatan Sekolah (UKS), pelayanan imunisasi tepat waktu, dan Posyandu.

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 primer hingga fasyankes tingkat lanjut. 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.

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas, maka Strategi Pokok dalam Renstra Dinas Kesehatan dalam mewujudkan Visi dan Misi Kabupaten Minahasa Utara yaitu:

1. peningkatan Pelayanan Kesehatan dan Gizi Ibu Hamil, Ibu Nifas, Bayi Baru Lahir (BBL), Balita, Anak Usia Pendidikan Dasar, Usia Produktif, dan Usia Lanjut;
2. peningkatan Kesehatan Lingkungan;
3. pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dan Tidak Menular;
4. peningkatan Jumlah Puskesmas Terakreditasi; dan
5. peningkatan Mutu dan Pemerataan Kesehatan Masyarakat secara Optimal.

Arah kebijakan adalah pedoman untuk mengarahkan rumusan strategi agar lebih terarah dalam mencapai tujuan dan sasaran dari waktu ke waktu selama 5 (lima) tahun. Rumusan arah kebijakan merasionalkan pilihan strategi agar memiliki fokus dan sesuai dengan pengaturan pelaksanaannya lebih terarah dalam mencapai tujuan dan sasaran. Adapun arah kebijakan Dinas Kesehatan:

1. peningkatan kesehatan ibu hamil, ibu nifas, bayi baru lahir, balita, anak usia pendidikan dasar, usia produktif, dan usia lanjut;

2. peningkatan status gizi ibu hamil, Ibu nifas, bayi baru lahir, balita, anak usia pendidikan dasar, usia produktif dan usia lanjut;
3. peningkatan cakupan rumah tinggal bersanitasi;
4. peningkatan cakupan desa STBM;
5. peningkatan kesadaran masyarakat untuk menerapkan PHBS;
6. pencegahan dan penanggulangan penyakit menular dan tidak menular;
7. peningkatan mutu pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan
8. peningkatan ketersediaan kualitas, mutu obat dan perbekalan Kesehatan;
9. peningkatan kualitas sarana & prasarana fasilitas Kesehatan;
10. peningkatan jumlah puskesmas yang menerapkan Sistem Informasi Kesehatan (SIK) berbasis *online*.

Tentunya seluruh rangkaian kegiatan dan upaya yang disusun sedemikian terpadu dan berkesinambungan dari tingkat paling dasar di desa atau kelurahan hingga tingkat kabupaten ini menjadi satu ikatan benang merah untuk mewujudkan Visi Daerah dalam RPJMD.

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

Sejalan dengan Visi daerah serta tugas dan fungsi Dinas Kesehatan, maka ditetapkan Visi Dinas Kesehatan sebagai berikut: "Terwujudnya Minahasa Utara Hebat melalui Perubahan untuk Kemajuan dan Kesejahteraan berlandaskan Iman dan Gotong Royong". Visi Dinas Kesehatan mempunyai keterkaitan dalam mewujudkan Visi Pemerintah Daerah yang berbunyi "Terwujudnya Minahasa Utara Hebat melalui Perubahan untuk Kemajuan dan Kesejahteraan berlandaskan Iman dan Gotong

Royong". Melalui Misi Ke-1 yakni "Meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang beriman, berkepribadian, dan berbudaya melalui gotong royong", dalam rangka implementasi Misi ke-1, Pemerintah Daerah mewujudkan Tujuan ke-1 yaitu "Terwujudnya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup.

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

Tabel II-6. Tujuan, Sasaran, Strategi, dan Arah Kebijakan

Visi "Terwujudnya Minahasa Utara Hebat melalui Perubahan untuk Kemajuan dan Kesejahteraan Berlandaskan Iman dan Gotong Royong"

Misi 1. Meningkatkan Kualitas Sumber Daya Manusia yang Beriman, Berkepribadian, dan Berbudaya melalui Gotong Royong

| Tujuan | Sasaran | Strategi | Arah Kebijakan |
|--|---|---|--|
| Terwujudnya Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat melalui Pendekatan Siklus Hidup | Meningkatkan Status Gisi Masyarakat | Meningkatnya Pelayanan Kesehatan dan Gizi Ibu Hamil, Ibu Nifas, BBL, Balita, Usia Pendidikan Dasar, Usia Produktif, dan Lanjut Usia | Peningkatan Pelayanan Kesehatan dan Gizi Ibu Hamil, Ibu Nifas, BBL, Balita, Usia Pendidikan Dasar, Usia Produktif, dan Lanjut Usia |
| | Menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) | Meningkatnya Pelayanan Kesehatan dan Gizi Ibu Hamil, Ibu Nifas, BBL, dan Balita | Peningkatan Status Gizi Ibu Hamil, Ibu Nifas, BBL, dan Balita |
| | | | Peningkatan Kesehatan Ibu Hamil, Ibu Nifas, BBL, dan Balita |
| | | | Peningkatan Cakupan Desa Siaga Aktif |
| Peningkatan Cakupan Desa UCI | | | |
| Menurunkan Angka Kesakitan dan Kematian akibat Penyakit Menular dan Tidak Menular | | Peningkatan Kesehatan Lingkungan | Peningkatan Cakupan Rumah Tinggal Bersanitasi |

Dalam pelaksanaan Renstra Dinas Kesehatan, setiap tahunnya diwajibkan menyusun LAKIP yang merupakan realisasi rencana kerja tahunan Dinas Kesehatan. Dalam Renstra Dinas Kesehatan indikator sasaran Eselon II (Kepala Dinas Kesehatan) diukur dengan Indikator Kinerja Utama (IKU) sedangkan untuk Eselon III dan Eselon IV diukur dengan IKI. Untuk mencapai IKU dibantu dengan IKI Eselon III (Kepala Bidang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit) dan IKI Eselon IV (Kepala Seksi

Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular). Dalam program penanggulangan TBC, IKU dan IKI dimaksud dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. IKU Eselon II (Kepala Dinas Kesehatan): Cakupan pencegahan dan Penanggulangan penyakit;
2. IKI Eselon III (Kepala Bidang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit pada Dinas Kesehatan): Cakupan penanganan penyakit menular dan tidak menular; dan
3. IKI Eselon IV (Kepala Seksi Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular pada Dinas Kesehatan): Cakupan penemuan dan penanganan TBC.

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

Telah dijelaskan didalam LAKIP Dinas Kesehatan tahun 2023 bahwa indikator ke-4 sasaran 2 (dua) mengenai persentase keberhasilan pengobatan pasien TBC semua kasus, diperoleh capaian sebesar 101,83% (seratus satu koma delapan tiga persen). Jumlah semua kasus TBC yang sembuh dan pengobatan lengkap yaitu sebanyak 2.305 (dua ribu tiga ratus lima) orang. Sedangkan untuk Jumlah semua kasus TBC yang diobati dan dilaporkan sebesar 2.515 (dua ribu lima ratus lima belas) orang sehingga bisa diperoleh realisasi pada tahun 2020 sebesar 91,65% (sembilan puluh satu koma enam lima persen) dengan tingkat capaian kinerja 101,8% (seratus satu koma delapan persen) sehingga mendapatkan nilai peringkat kerja Sangat Tinggi. Capaian kinerja keberhasilan pengobatan pasien TBC semua kasus ini disebabkan karena adanya kelangsungan pengobatan pasien yang sangat baik, adanya pendampingan dari keluarga untuk keteraturan minum obat, serta pasien TBC paham akan pentingnya pengobatan. Selain itu, motivasi petugas puskesmas juga sangat mendukung akan keberhasilan ini.

Pemenuhan kebutuhan Bahan Medis Habis Pakai berupa *Cartridge* TCM juga sangat berguna untuk mendiagnosis kasus TBC. Alat TCM ini juga tersebar di 8 (delapan) Puskesmas dan 2

(dua) Rumah Sakit yang sudah berjejaring dengan seluruh fasyankes, baik primer maupun tingkat lanjut, dan dokter praktek mandiri.

Koalisi Organisasi Profesi (KOPI) TBC Daerah sejak Tahun 2019 berperan sebagai advokator, motivator, dan narasumber, serta pelaksana di tingkat fasyankes, merupakan komitmen dan dukungan organisasi profesi dalam penanggulangan TBC.

Dalam rangka mencapai visi dan misi kepala daerah dan wakil kepala daerah terpilih terdapat beberapa faktor penghambat dan pendorong yang perlu diatur untuk pencapaian visi dan misi dimaksud. 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 II-7. Permasalahan Pelayanan Dinas Kesehatan berdasarkan Sasaran Renstra Kementerian Kesehatan beserta Faktor Penghambat dan Pendorong Keberhasilan Penanganannya

| No. | Sasaran Jangka Menengah Renstra Kemenkes | Permasalahan Pelayanan | Sebagai Faktor | |
|-----|--|---|---|---|
| | | | Penghambat | Pendorong |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Persentase Kasus baru TBC yang ditemukan sebesar 90% | Rendahnya cakupan penemuan dan pengobatan pasien TBC karena kurangnya sosialisasi, rendahnya kesadaran dan partisipasi masyarakat untuk pemeriksaan TCM | <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporsi anggaran Kuratif dan preventif belum seimbang; 2. Sistem perencanaan yang belum optimal; 3. Kemampuan teknologi kesehatan masih kurang; 4. Anggapan TBC merupakan penyakit yang sulit disembuhkan dan memalukan; dan 5. Belum semua praktek mandiri swasta ikut TBC DOTS. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya komitmen dan dukungan Pemda dan DPRD; 2. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan yang cukup solid; 3. Sarana dan Prasarana cukup memadai (Labkesda Provinsi, Puskesmas); 4. Ketersediaan fasyankes yang dapat memeriksa TBC cukup dan merata (Puskesmas rujukan TBC); 5. Kemauan petugas tinggi; dan 6. Logistik untuk program TBC cukup |

| | | | | |
|----|--|---|--|---|
| 2. | Persentase Keberhasilan Pengobatan TBC sebesar 90% | Rendahnya angka keberhasilan pengobatan TBC karena belum optimalnya jejaring dan pelacakan pasien mangkir. Pemeriksaan follow up pasien TBC belum dilakukan secara optimal. | <ol style="list-style-type: none"> 1. TBC merupakan penyakit kronis yang membutuhkan pengobatan lama; 2. Adanya TBC 3. Stigma pada pasien TBC; 4. Co-infeksi TBC HIV; dan 5. Jangka waktu pengobatan an lama. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tersedianya jejaring penanganan TBC; . Adanya bantuan SSR, CSR dan CSO; dan Logistik cukup (Obat dan reagen pemeriksaan). |
|----|--|---|--|---|

b. Program Penanggulangan TBC dalam Rencana Kerja Tahun Berjalan

Dinas Kesehatan merupakan unsur pelaksana otonomi daerah yang mempunyai tugas melaksanakan urusan Pemerintahan Daerah dibidang kesehatan berdasarkan Asas Otonomi dan Tugas Pembantuan sesuai dengan Peraturan Bupati Minahasa Utara Nomor 66 Tahun 2016, tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Tipe B dalam melaksanakan tugas tersebut, Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Utara menyelenggarakan fungsi:

1. membantu Bupati dalam melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan;
2. merumuskan kebijakan teknis pembangunan kesehatan;
3. melaksanakan kebijakan operasional, bimbingan teknis, dan supervise; dan
4. melakukan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang sumber daya manusia kesehatan.

Tujuan Rencana Kerja Dinas Kesehatan di Tahun 2024 adalah Peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup dan Sasaran Renja Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Utara merupakan bagian integral dalam proses perencanaan strategik dan merupakan dasar yang kuat untuk mengendalikan dan memantau pencapaian kinerja serta lebih menjamin suksesnya pelaksanaan rencana jangka panjang yang sifatnya menyeluruh yang berarti menyangkut keseluruhan bagian dan sub dinas di lingkungan Dinas Kesehatan. Sasaran-sasaran yang ditetapkan sepenuhnya mendukung pencapaian tujuan strategik yang terkait. Dengan demikian, apabila seluruh

sasaran yang ditetapkan telah dicapai diharapkan bahwa tujuan strategik terkait juga telah dapat dicapai.

Adapun sasaran strategik dari Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Utara adalah sebagai berikut:

1. meningkatnya status gizi masyarakat;
2. menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB);
3. menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular dan tidak menular termasuk penyakit Tuberkulosis; dan
4. meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan terstandar.

Upaya kegiatan penanggulangan TBC melalui upaya promotif melalui:

1. penyuluhan dengan melibatkan lembaga mitra lokal daerah seperti CSR PP. Smelting dan jajarannya, Organisasi Profesi dan Organisasi Masyarakat yang berkomitmen terhadap Penanggulangan TBC;
2. media cetak (leaflet, lembar balik, poster) dan lain lain menjadi bahan yang diberikan untuk layanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta;
3. Upaya preventif dengan memberdayakan masyarakat Melalui :pelatihan kader kesehatan;
4. Pembenahan ventilasi rumah oleh Perangkat Daerah non Dinas Kesehatan; dan
5. Pendampingan pasien oleh kader dan petugas terlatih yang dilakukan puskesmas dan jaringannya sehingga dapat dapat mencegah penularan maupun mengendalikan rantai penularan yang ada di masyarakat.

Kegiatan kuratif meliputi:

1. layanan TBC di Daerah tersedia di 11 (sebelas) Puskesmas dan 2 (dua) RSUD, layanan swasta yang dilaksanakan di RS Swasta dan klinik;
2. Puskesmas sebagai koordinator jejaring PPM untuk fasyankes primer (klinik dan DPM); dan
3. Dinas Kesehatan sebagai koordinator jejaring PPM untuk fasyankes tingkat lanjut (RS).

c. Kebijakan Anggaran Program Penanggulangan TBC

Kegiatan Penanggulangan TBC di Daerah jika dilihat dari anggaran yang dialokasikan pada Seksi P2PM terlihat relatif kecil dibandingkan dengan anggaran Penanggulangan 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 ditingkat 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 Penanggulangan TBC melalui sumber daya dan sumber dana yang terkoordinasi dalam perencanaan dan penggunaannya.

Berikut ini gambaran pembiayaan daerah untuk program penanggulangan TBC di Daerah. Realisasi anggaran diambil pada dua tahun terakhir agar dapat dilihat *trend* peningkatannya.

Alokasi Anggaran pada Dinas Kesehatan 2 (dua) tahun terakhir untuk program Penanggulangan TBC sebagai berikut:

Tabel II-8. Alokasi Anggaran pada Dinas Kesehatan

| No | Belanja Unit Kerja | DPA 2023 (Rp.) | DPA 2024 (Rp.) | % |
|----|-------------------------|-------------------|-------------------|----------|
| I | APBD PEMDA | 1.045.494.432.685 | 1.057.677.634.305 | ↑ 1,17 |
| | TOTAL BELANJA KESEHATAN | 209.556.676.926 | 200.989.268.186 | ↓ -4,09 |
| 1 | Dinas Kesehatan | 209.556.676.926 | 117.049.345.924 | ↓ -44,14 |
| 2 | Puskesmas | - | 9.826.499.000 | - |
| 3 | RSUD | - | 74.113.423.262 | - |
| II | TOTAL BELANJA ATM | 2.146.872.036 | 1.629.113.509 | ↓ -24,12 |
| 1 | AIDS | 702.947.470 | 218.598.000 | ↓ -68,90 |
| 2 | Tuberkulosis | 1.194.192.172 | 861.578.333 | ↓ -27,85 |
| 3 | Malaria | 249.732.394 | 548.937.176 | ↑ 119,81 |

Tabel II-9. Realisasi Belanja Daerah Tahun 2023-2024

| Tahun | 2023 | 2024 |
|------------------|---------------|-----------------|
| | (Rp) | (Rp) |
| APBD | | |
| Urusan Kesehatan | | |
| Dinas Kesehatan | 1.452.211.996 | 117.049.345.924 |
| Program TBC | 1.107.792.172 | |

Jika dilihat rincian pada tabel di atas ternyata prosentase pembiayaan P2 TBC sangat kecil.

Pada tabel di bawah ini menggambarkan perbandingan Belanja Daerah pada Dinas Kesehatan sebagai berikut:

Tabel II-10. Perbandingan Belanja Daerah pada Dinas Kesehatan terhadap APBD Tahun 2023-2024

| Sandingan Anggaran PP ATM dan Anggaran Dinkes Tahun 2023 - 2024 | | | | | | |
|---|---------------|---------------------|------|------------------|---------------------|------|
| Belanja ATM 2023 | | Belanja Dinkes 2023 | % | Belanja ATM 2024 | Belanja Dinkes 2024 | % |
| AIDS | 702.947.470 | | 0,34 | 218.598.000 | | 0,19 |
| TBC | 1.194.192.172 | | 0,57 | 861.578.333 | | 0,74 |
| Malaria | 249.732.394 | | 0,12 | 548.937.176 | | 0,47 |
| Total | 2.146.872.036 | 209.556.676.926 | 1,02 | 1.629.113.509 | 117.049.345.924 | 1,39 |

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

| NO. | INDIKATOR | CAPAIAN TAHUN | | | | | | | | BASE | TARGET | GAP |
|-----|--|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------|--------|-----|
| | | 2022 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | LINE | 2021 | |
| 5 | Persentase pasien Tuberkulosis resistan Obat yang memulai pengobatan | 57% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 86% | |
| 6 | Cakupan penemuan kasus Tuberkulosis pada anak | | 202 (90%) | 173 (90%) | 149 (90%) | 132 (90%) | 118 (90%) | 108 (90%) | 101 (90%) | | 85% | 79% |
| 7 | Pasien Tuberkulosis mengetahui status HIV | | 80% | 85% | 90% | 95% | 95% | 95% | 95% | | 65% | 6% |
| 8 | Persentase ODHIV yang mengetahui status Tuberkulosis | | 76% | 82% | | | | | | | 100% | 18% |
| 9 | Cakupan Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) pada kontak serumah | | 70% | 75% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | | 29% | |

Tabel III-2. Kasus dan Suspek TBC Tahun 2022

| FASYANKES | TAHUN 2022 | | | | | |
|---------------------------------------|------------|--------|-----|--------|--------|-----|
| | KASUS | | | SUSPEK | | |
| | Target | Jumlah | % | Target | Jumlah | % |
| Puskesmas Air Madidi | 111 | 49 | 44% | 495 | 163 | 33% |
| Puskesmas Batu | 23 | 8 | 34% | 103 | 24 | 23% |
| Puskesmas Kauditan | 97 | 50 | 52% | 430 | 97 | 23% |
| Puskesmas Kema | 63 | 43 | 69% | 278 | 82 | 30% |
| Puskesmas Kolongan | 120 | 49 | 41% | 531 | 193 | 36% |
| Puskesmas Likupang | 75 | 37 | 49% | 334 | 148 | 44% |
| Puskesmas Mubune | 77 | 33 | 43% | 341 | 84 | 25% |
| Puskesmas Talawaan | 85 | 29 | 34% | 377 | 70 | 19% |
| Puskesmas Tatelu | 94 | 31 | 33% | 417 | 167 | 40% |
| Puskesmas Tinongko | 21 | 15 | 72% | 92 | 24 | 26% |
| Puskesmas Wori | 61 | 31 | 51% | 270 | 56 | 21% |
| RSU GMIM Tonsea | | 4 | | | 20 | |
| RSUD Hermana Lembean | | 21 | | | 27 | |
| RSUD Maria Walanda Maramis | | 20 | | | 156 | |
| Sentra Medika Hospital Minahasa Utara | | 53 | | | 224 | |
| KABUPATEN | 826 | 473 | 57% | 3.667 | 1.535 | 42% |

Tabel III-3. Kasus dan Suspek TBC Tahun 2023

| FASYANKES | TAHUN 2023 | | | | | |
|--|------------|--------|------|--------|--------|-----|
| | KASUS | | | SUSPEK | | |
| | Target | Jumlah | % | Target | Jumlah | % |
| Puskesmas Air Madidi | 99 | 65 | 66% | 536 | 245 | 46% |
| Puskesmas Batu | 21 | 20 | 95% | 112 | 42 | 38% |
| Puskesmas Kauditan | 86 | 63 | 73% | 466 | 157 | 34% |
| Puskesmas Kema | 56 | 51 | 91% | 301 | 101 | 34% |
| Puskesmas Kolongan | 107 | 61 | 57% | 576 | 164 | 28% |
| Puskesmas Likupang | 67 | 69 | 103% | 362 | 125 | 35% |
| Puskesmas Mubune | 68 | 44 | 65% | 370 | 41 | 11% |
| Puskesmas Talawaan | 76 | 45 | 59% | 409 | 127 | 31% |
| Puskesmas Tatelu | 84 | 52 | 62% | 452 | 195 | 43% |
| Puskesmas Tinongko | 19 | 18 | 95% | 100 | 22 | 22% |
| Puskesmas Wori | 54 | 64 | 119% | 293 | 150 | 51% |
| RSU GMIM Tonsea | | 7 | | | 147 | |
| RSUD Hermana Lembean | | 30 | | | 172 | |
| RSUD Maria Walanda Maramis | | 26 | | | 352 | |
| Sentra Medika Hospital Minahasa Utara | | 175 | | | 513 | |
| KABUPATEN | 775 | 790 | 102% | 3.977 | 2.553 | 64% |

Tabel III-4. Kasus dan Suspek TBC Tahun 2024

| FASYANKES | TAHUN 2024 | | | | | |
|--|------------|--------|-----|--------|--------|-----|
| | KASUS | | | SUSPEK | | |
| | TARGET | JUMLAH | % | TARGET | JUMLAH | % |
| Puskesmas Air Madidi | 143 | 35 | 24% | 697 | 251 | 36% |
| Puskesmas Batu | 27 | 8 | 30% | 130 | 67 | 52% |
| Puskesmas Kauditan | 133 | 53 | 40% | 647 | 313 | 48% |
| Puskesmas Kema | 82 | 28 | 34% | 401 | 112 | 28% |
| Puskesmas Kolongan | 153 | 40 | 26% | 741 | 171 | 23% |
| Puskesmas Likupang | 95 | 34 | 36% | 460 | 183 | 40% |
| Puskesmas Mubune | 83 | 20 | 24% | 402 | 42 | 10% |
| Puskesmas Talawaan | 104 | 17 | 16% | 507 | 182 | 36% |
| Puskesmas Tatelu | 128 | 41 | 32% | 622 | 155 | 25% |
| Puskesmas Tinongko | 25 | 5 | 20% | 122 | 26 | 21% |
| Puskesmas Wori | 71 | 23 | 32% | 345 | 172 | 50% |
| RSU GMIM Tonsea | | 15 | | | 94 | |
| RSUD Hermana Lembean | | 4 | | | 144 | |
| RSUD Maria Walanda Maramis | | 11 | | | 190 | |
| Sentra Medika Hospital Minahasa Utara | | 95 | | | 370 | |
| KABUPATEN | 1.044 | 429 | 41% | 5.074 | 2.472 | 49% |

3.2 Isu Strategis

Berdasarkan identifikasi masalah di lapangan, dapat dilihat kesenjangan antara realisasi dengan target. Kesenjangan tersebut merupakan status kondisi yang harus diselesaikan agar tercapai kondisi ideal. Diperlukan analisa masalahnya, ditemukan penyebabnya, seberapa besar capaiannya, faktor penghambat dan pendukungnya. Dari analisa masalah tersebut dapat ditarik kesimpulan untuk perumusan Isu Strategis. Isu Strategis Penanggulangan TBC di Daerah diklasifikasikan mengacu pada Strategi Nasional Penanggulangan TBC dan Rencana Aksi Nasional (RAN) Penanggulangan TBC di Indonesia. Isu Strategis dijabarkan dalam Tabel 3.5 berikut:

Tabel III-5. Isu Strategis

| NO | INDIKATOR | ANALISA MASALAH | ISU STRATEGIS |
|---|--|---|---|
| A. Perencanaan dan Penganggaran Program TBC | | | |
| 1 | Kepemimpinan Program TBC. | a. alokasi anggaran TBC masih sangat minim; dan b. belum ada dukungan lintas sektor untuk Penanggulangan TBC. | Program penanggulangan TBC belum dilaksanakan lintas sektor dan memiliki RAD TBC. |
| B. Penemuan kasus | | | |
| I | Cakupan penemuan dan pengobatan TBC | a. cakupan penemuan dan pengobatan TBC di Daerah belum mencapai target minimal 80% (delapan puluh persen); b. utilisasi TCM Tahun 2023 belum mencapai target minimal 80% (delapan puluh persen); dan c. jejaring rujukan untuk penegakan diagnosis dengan TCM belum optimal (belum semua fasyankes di Daerah menegakkan diagnosis TBC sesuai standar. | Angka penemuan kasus TBC masih rendah. |
| 2 | Jumlah Pasien TBC yang ditemukan dan diobati | a. Tahun 2021 baru 61% (enam puluh satu persen) pasien TBC yang ditemukan dan diobati, hal ini karena pandemi Covid-19 sehingga kegiatan penemuan TBC secara aktif melalui pelacakan atau investigasi kontak tidak bisa dilakukan secara maksimal; b. jejaring internal di Fasyankes belum optimal sehingga belum semua kasus TBC di fasyankes dicatat dan dilaporkan sesuai SITB; c. Peran Klinik dan DPM dalam menemukan atau merujuk terduga TBC ke layanan TCM masih sangat sedikit, hal ini karena kapasitas SDM masih perlu ditingkatkan dan ketersediaan logistik untuk pengemasan dan pengiriman spesimen belum tersedia dalam jumlah cukup | Angka penemuan kasus TBC masih rendah. |

| NO | INDIKATOR | ANALISA MASALAH | ISU STRATEGIS |
|----|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> d. Skrining TBC di pondok pesantren, sekolah dan perusahaan belum dilakukan; dan e. Skrining TBC pada kelompok rentan Lain seperti HIV, DM, stunting belum dilakukan secara optimal (termasuk untuk surveilansnya). | |
| 3 | Jumlah semua kasus TBC yang ditemukan dan diobati. | <ul style="list-style-type: none"> a. Peran serta organisasi profesi, tokoh masyarakat dan lembaga terkait dalam penyuluhan TBC ke masyarakat masih belum optimal; b. Peran kader desa untuk upaya promotif, preventif dan pendampingan pasien TBC belum optimal atau masih kurang; c. Promosi, informasi dan edukasi terkait TBC masih terbatas; dan d. Belum tersedianya dukungan psiko-ekonomi dan social bagi pasien TBC yang miskin. | Angka penemuan kasus TBC masih rendah. |
| 4 | Cakupan penemuan dan pengobatan kasus resistan obat. | <ul style="list-style-type: none"> a. cakupan pengobatan TBC RO sejumlah 8% (delapan persen) dengan target target minimal 60% (enam puluh persen); b. dukungan PMT bagi pasien TBC RO selama pengobatan belum tersedia; c. pemberian KIE pada pasien TBC RO belum optimal, baik di RSUD maupun di fasyankes satelit; | Angka penemuan dan pengobatan TBC-RO rendah. |

| NO | INDIKATOR | ANALISA MASALAH | ISU STRATEGIS |
|----|--|--|--|
| | | <p>c. mekanisme pelacakan dan pelaporan pasien mangkir belum tercatat dengan baik dan mekanisme monitoring pasien TB RO masih banyak kendala;</p> <p>d. Kapasitas SDM di fasyankes satelit untuk tatalaksana ESO dan komunikasi motivasi masih kurang; dan</p> <p>e. Dukungan terhadap kelompok pasien PETIR, belum ada.</p> | |
| 5 | Cakupan penemuan kasus TBC anak. | Cakupan penemuan kasus TBC anak masih rendah, hal ini karena terbatasnya ketersediaan tuberculin test dan akses untuk rujukan ke RS, masih kurangnya kapasitas SDM di FKTP untuk penegakan diagnosis TBC anak dan ILTB. | Angka penemuan kasus TBC Anak masih rendah. |
| 6 | Persentase anak < 5 (lima) tahun yang mendapat pengobatan pencegahan dibandingkan estimasi anak < 5 (lima) tahun yang memenuhi syarat diberikan pengobatan pencegahan. | Cakupan PP TPT pada anak masih sangat sedikit dan belum sesuai dengan protap PP TPT pada Anak. Hal ini dikarenakan belum tersosialisasinya PP TPT secara menyeluruh pada Klinisi (Spesialis Anak/Dokter Umum). | Pengobatan pencegahan TBC Anak dengan TPT belum berjalan. |
| 7 | Persentase kasus TBC yang ditemukan dan dirujuk oleh masyarakat atau organisasi kemasyarakatan (<i>active case finding</i>). | Persentase kasus TBC yang dirujuk oleh Masyarakat/LSM masih sangat rendah 1% (satu persen) masih terbatas Kecamatan yang dibentuk kader TBC yang bertugas dalam upaya penemuan terduga TBC, rujuk kasus serta pendampingan dan jumlahnya masih sangat sedikit. | Peran CSO dan masyarakat dalam program penanggulangan TBC masih rendah |

| NO | INDIKATOR | ANALISA MASALAH | ISU STRATEGIS |
|---|---|--|---|
| | | Dukungan nutrisi tambahan dilaksanakan oleh CSR <i>Smelting</i> dan lain-lain. Hal ini perlu dukungan bersama karena kesembuhan pasien tidak hanya Obat akan tetapi dukungan Nutrisi bergizi berperan penuh dalam percepatan kesembuhan. | . |
| C. Keberhasilan Pengobatan Sensitif dan Resistan Obat | | | |
| 1 | Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC semua kasus. | <p>a. Angka keberhasilan pengobatan TBC pada tahun 2023: 83%, hal ini menunjukkan target 90% (sembilan puluh persen) sudah tercapai;</p> <p>b. Keberhasilan ini didukung oleh komitmen Fasyankes dalam rujukan kasus, baik kasus rujuk pindah, serta mekanisme pelacakan dan pelaporan oleh fasyankes ketika ada kasus TBC Mangkir maupun <i>loss to follow up</i>; dan</p> <p>c. Peran serta kader TBC masih kurang maksimal dikarenakan jumlah kader TBC yang terlatih TBC DOTS masih sedikit dan belum semua desa memiliki minimal 1 (satu) kader TBC di tingkatan desa sehingga jangkauan pelacakan penemuan dan pendampingan kurang maksimal.</p> | Angka keberhasilan pengobatan TBC masih rendah. |
| 2 | Angka keberhasilan pengobatan pasien TBC resistan obat. | <p>a. Cakupan penemuan pasien TBC RO Tahun 2023, jumlah pasien 12 (dua belas) orang; dan</p> <p>b. Angka keberhasilan pengobatan TBC RO Tahun 2023: 8% (delapan persen).</p> | Angka penemuan kasus TBC-RO dan pengobatan TBC-RO masih rendah. |

| D. TBC Resistan Obat | | | |
|----------------------|--|---|---|
| NO | INDIKATOR | ANALISA MASALAH | ISU STRATEGIS |
| 1 | Persentase kasus TBC Resistan Obat yang memulai pengobatan lini kedua. | Target penemuan TBC RO sebesar 80% (delapan puluh persen), pada tahun 2023, baru tercapai 8% (delapan persen). | Penemuan kasus TBC RO masih rendah karena belum semua hasil TCM Rifampisin resistan mendapatkan pengobatan di RS. |
| E. TBC-HIV | | | |
| 1 | Persentase pasien TBC yang mengetahui status HIV. | a. persentase pasien TBC yang mengetahui status HIV-nya masih sangat sedikit hal ini dikarenakan belum semua fasyankes terutama fasyankes yang memiliki sarana tes HIV atau berjejaring dengan fasyankes yang memiliki layanan tes HIV; dan b. masih banyak petugas TBC yang belum melaksanakan PITC terutama di RS. | Akses layanan Tes HIV di RS belum optimal. |
| 2 | Persentase Pasien TBC-HIV yang mendapatkan ARV selama pengobatan TBC. | a. Fasyankes PDP masih terbatas di Daerah; b. Jejaring ke layanan PDP belum optimal; dan c. Pengetahuan petugas terkait TB-HIV masih terbatas. | |
| F. Laboratorium | | | |
| 1 | Persentase laboratorium mikroskopik yang mengikuti uji silang. | a. belum semua fasyankes mengikuti uji silang untuk pemeriksaan mikroskopis; dan b. belum tersedia laboratorium rujukan uji silang di Daerah. | Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis/Uji |
| 2 | Persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti uji silang dengan hasil baik. | | Uji Silang yang belum optimal. |

3.2.1 Komitmen Program TBC di Daerah

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

Pada sisi lain, kegiatan non teknis juga dilaksanakan oleh lembaga mitra/non pemerintah (CSR, CSO, SSR, 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 pasien TBC dan masyarakat masih belum merancang perencanaan dan penganggaran kegiatan penanggulangan TBC. Sumber pendanaan lain yang memungkinkan dapat diarahkan untuk mendukung program penanggulangan TBC antara lain dari Dana Desa, CSR, dan Lembaga Mitra, baik lokal maupun lembaga donor internasional.

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

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

3.2.2 Penemuan Kasus TBC

Penatalaksanaan pasien TBC meliputi upaya penemuan dan pengobatan. Penemuan pasien merupakan kegiatan awal dan utama dalam program penanggulangan TBC, dengan menemukan semua pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis,

dengan tetap memperhatikan penemuan pasien TBC lainnya. Kegiatan penemuan pasien terdiri dari penjarangan terduga, menetapkan diagnosis TBC dan menentukan klasifikasi penyakit serta tipe pasien TBC. Penemuan dan penyembuhan pasien TBC menular akan berdampak secara bermakna dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat TBC dan merupakan upaya memutuskan rantai penularan TBC yang paling efektif di masyarakat.

Isu Strategis penemuan kasus yang dirumuskan dari analisa masalah di 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; dan
- e. Klinik Swasta;

Memiliki kendala sebagai berikut:

- 1) penjarangan terduga TBC yang dilakukan *provider* masih ketat sehingga jumlah terduga diperiksa rendah, hal ini berpengaruh pada penemuan kasus TBC.
- 2) terduga TBC dengan hasil pemeriksaan TCM negatif memerlukan pemeriksaan penunjang penegakan diagnosa dengan foto toraks paru atau *rontgen* yang akan dibaca dan dipakai sebagai penunjang diagnosa TBC. Hal ini dipadukan dengan klinis medis pasien terduga TBC. Ada beberapa permasalahan penegakan diagnosa Tuberkulosis dengan foto toraks paru/*rontgen* diantaranya:
 - a. semua pasien yang memerlukan foto toraks paru/*rontgen* yang tidak mempunyai BPJS Kesehatan akan memerlukan tambahan biaya sehingga menjadi beban tambahan pasien, dari permasalahan ini, maka akan banyak terduga TBC yang putus berobat/tidak melanjutkan pemeriksaan TBC;

- b. pemanfaatan fungsi mesin TCM belum optimal, sementara ini utilitasnya masih < 80% (delapan puluh persen); dan
 - c. belum semua fasyankes swasta melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai standar baku sehingga kasus *under reporting* atau *missing cases* masih tinggi.
2. Aspek masyarakat yang terdiri dari pasien, keluarga pasien, maupun warga masyarakat umum, masih memiliki kendala sebagai berikut:
- a. masih adanya stigma bahwa penyakit TBC merupakan penyakit keturunan/kutukan sehingga masyarakat enggan dan malu bila dinyatakan sebagai pasien TBC;
 - b. 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 memberikan pelayanan TBC sesuai standar; dan
 - c. Akses OAT secara bebas tanpa standar di Apotek memudahkan masyarakat dalam terapi yang tidak terstandar sehingga pencatatan dan penemuan tidak dapat terekam dengan benar dan baik di layanan kesehatan, bahkan dapat menimbulkan resistensi obat.
3. Aspek Organisasi Masyarakat pendukung antara lain:
- a. Kader Posyandu; dan
 - b. Kader TB.

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

4. Aspek kelompok rentan/komorbidity yang terdiri dari:
- a. Pasien TBC-DM;

- b. Kontak Serumah dan Kontak Erat;
- c. Ibu hamil;
- d. Usia Lanjut; dan
- e. Pasien TBC Anak.

Masih memiliki kendala antara lain:

- a. terdapat kendala pada alur skrining dengan *rontgen*, terkait dengan pembiayaan BPJS;
- b. investigasi kontak masih prioritas yang kontak serumah, sedangkan untuk kontak erat atau yang berada pada lingkungan yang sama utamanya di sekolah (antara guru dan murid), masih kurang ditekankan;
- c. belum semua ibu hamil dilakukan skrining TBC, belum semua bidan melaksanakan skrining TBC untuk bumil;
- d. skrining TBC di Posyandu Lansia masih belum dilakukan;
- e. belum semua Puskesmas menerapkan MTBS dengan baik, sehingga kecurigaan TBC pada Anak dengan BB Rendah masih belum optimal; dan
- f. ditemukan banyak kasus TBC anak di rumah sakit (perlu dilakukan investigasi kontak untuk mencari sumber penularan).

3.2.3 Keberhasilan Pengobatan

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

Dalam hal keberhasilan pengobatan TBC di Provinsi Sulawesi Utara, Daerah mencapai Target Nasional Pengendalian TBC sebesar 90% (sembilan puluh persen).

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

Berikut ini permasalahan tersebut:

- a. Fasyankes:

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

b. Masyarakat:

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

3.2.4 TBC RO

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

- a. RSUD Walanda Maramis sebagai rumah sakit rujukan TBC RO sudah cukup maksimal dalam upaya pengendalian TBC RO, dimana RS sudah terpenuhi SDM terkait Tim Ahli Klinis (TAK) TBC RO, namun tetap butuh upaya dalam meningkatkan penemuan dan pengobatan TBC;
- b. banyak pasien TBC RO yang ekonominya kurang akibat penyakitnya dan tidak bisa beraktifitas, sehingga perlu dukungan transportasi, nutrisi, dan moril, sehingga pengobatan dilayanan Puskesmas satelit menjadi efektif; dan
- c. dukungan lintas sektor dalam penyehatan lingkungan dan perumahan kurang sehingga hal ini diperlukan koordinasi lintas sektor yang lebih intensif.

3.2.5 TBC-HIV dan TBC dengan Komorbiditas

Penegakan Diagnosis TBC Paru pada Orang Dengan HIV (OD-HIV) tidak berbeda dengan non OD-HIV. Penegakan diagnosis TBC pada OD-HIV lebih sulit karena OD-HIV susah berdahak dan sering terjadi kasus TBC ekstra paru. Untuk saat ini penegakan diagnosa TBC-HIV dilaksanakan rumah sakit pemerintah dan 11 (sebelas) Puskesmas. Layanan ARV baru ada di 3 (tiga) RS dan 3 (tiga) Puskesmas.

Persentase pasien TBC yang mengetahui status HIV-nya masih sangat sedikit, hal ini disebabkan masih banyak petugas TBC yang belum melaksanakan PITC khususnya di fasyankes swasta.

TBC laten akan muncul pada pasien 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 komordibitas lainnya adalah akses layanan HIV bagi pasien TBC yang ditemukan belum bisa dilayani di semua fasyankes.

3.2.6 Pelayanan Laboratorium

Penegakan utama diagnosa TBC di Daerah sudah menggunakan pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM),

kecuali untuk di wilayah kepulauan Bawean. Pemeriksaan dahak melalui pewarnaan BTA yang menjadi pemeriksaan *follow up* harus dilaksanakan semua laboratorium, baik pemerintah maupun swasta. Saat ini, belum adanya laboratorium untuk pemeriksaan uji silang di Daerah. Terkait dengan hal ini isu yang ada, adalah pelaksanaan pemeriksaan pemantauan untuk pasien melalui Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis/Uji Silang masih belum optimal. Analisa masalah dalam pelayanan laboratorium sebagai berikut:

Partisipasi laboratorium pemeriksa TBC dalam upaya menjaga mutu pemeriksaan melalui *cross check* menggunakan metode LQAS belum sampai 100% (seratus persen).

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 (dua) isu strategis tentang pengendalian faktor resiko, yaitu:

- a. risiko penularan TBC yang masih tinggi
 - 1) pengobatan pencegahan TBC pada OD-HIV dan Anak dengan TPT, belum berjalan;
 - 2) pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TBC di Fasyankes, belum optimal;
 - 3) pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TBC di tempat khusus (Pesantren dan sebagainya), belum optimal; dan
 - 4) cakupan pemberian vaksinasi BCG masih rendah.
- b. Pengobatan pencegahan TBC pada OD-HIV dan Anak dengan TPT belum berjalan.

Sosialisasi pencegahan dan pengobatan TBC pada OD-HIV dan Anak belum terlaksana secara optimal. Kapasitas kesehatan dalam pemberian PP TPT masih perlu ditingkatkan. serta perbaikan proses pencatatan untuk validasi data PP TPT.

3.2.8 Peningkatan Kemitraan TBC melalui Forum Koordinasi TBC

Belum ada Keputusan Kepala Dinas Kesehatan tentang Tim *Public Private Mix*, dimana paduan layanan pemerintah, swasta, dan masyarakat, belum dilaksanakan secara maksimal. Dalam langkah penguatan PPM ini belum ada dukungan dana yang kuat, sehingga PPM belum berjalan secara optimal. Kegiatannya selama ini masih melekat pada tugas pokok dan fungsi masing masing anggota dalam PPM tersebut dan belum ada kolaborasi didalamnya.

Dalam implementasikan program penanggulangan TBC yang melibatkan dukungan kemitraan dari Forum Koordinasi TBC, isunya adalah Jejaring Pelayanan TBC belum berfungsi dengan baik.

Berikut ini permasalahan yang teridentifikasi di lapangan:

- a. belum ada anggaran yang bisa digunakan 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. dukungan organisasi profesi dalam sosialisasi TBC bagi anggotanya belum maksimal;
- e. keterlibatan Sekolah dan Perguruan Tinggi dalam penelitian dan jejaring pelayanan TBC (termasuk skrining), belum tergali; dan
- f. *monitoring* terhadap pasien putus berobat dan pasien pindah belum optimal.

3.2.9 Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Penanggulangan TBC

Dalam dukungan dan pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian Tuberkulosis telah dilaksanakan kerjasama

dengan lembaga sosial masyarakat (membuat PKS) dalam upaya melakukan pencegahan penularan TBC.

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

Analisa masalah terhadap peran OMS atau CSO antara Lain:

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

3.2.10 Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan

Manajemen sangat diperlukan untuk keberhasilan program, dimana manajemen dapat meliputi: perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Isu strategis:

- a. masih ada kelemahan dalam sistem surveilans TBC di Kabupaten
 - 1) belum semua petugas fasyankes menguasai penggunaan SITB; dan
 - 2) sistem pengumpulan data TBC yang belum optimal.
- b. logistik yang belum memadai.

Belum tertatanya pengadaan dan distribusi logistik TBC dengan baik menyebabkan terjadinya kehabisan Stok logistik OAT dan non-OAT. Dalam pengadaan obat diperlukan perencanaan pengadaannya dan *monitoring* dan evaluasi terhadap logistik tersebut.

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

BAB IV
INDIKATOR KINERJA

4.1 Indikator Kinerja

Indikator kinerja penanggulangan TBC di Daerah diinventarisasi untuk kurun waktu mulai dari Tahun 2021 hingga Tahun 2024.

Terjadi peningkatan penemuan kasus semua tipe di tahun 2022 setelah dilakukan kerjasama antara Klinik/DPM dengan Puskesmas wilayah setempat, dan keterlibatan RS swasta di Daerah, serta pelaksanaan investigasi kontak dengan dukungan kader kesehatan. Dari indikator di atas dapat menggambarkan besaran kasus TBC terkonfirmasi bakteriologis yang menjadi sumber utama penularan pada kontak erat serta menggambarkan masih adanya kasus TBC RO akibat pengobatan tidak standar.

4.2 Target Kinerja

Kinerja penanggulangan TBC di Daerah untuk mencapai Eliminasi TBC pada Tahun 2030 dilakukan secara bertahap, secara terus menerus, dan berkesinambungan. Jika mengikuti target nasional, Eliminasi TBC di Daerah diharapkan dapat menyesuaikan dengan rencana pencapaian dan tahapannya sebagai berikut:

- a. tahun 2023 terdapat penemuan kasus TBC sebesar 102% dan angka kematian sebesar 2,2%; dan
- b. tahun 2030, rencananya tercapai penurunan angka kesakitan karena TBC sebesar 90%, dan angka kematian sebesar 95% (sembilan puluh lima persen) dibandingkan tahun 2025.

Gambaran target kinerja utama di Daerah adalah sebagai berikut:

Tabel IV-1 Target Kinerja Utama Daerah

| Indikator | Realisasi | | Target | | |
|------------------------------|-----------|------|--------|------|------|
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| Insiden TB* | 234 | 232 | 231 | 302 | 302 |
| Treatment Coverage | 52% | 61% | 80% | 85% | 72% |
| Success Rate | 94% | 92% | 90% | 90% | 90% |
| % Pasien TBC tahu status HIV | 76% | 74% | 70% | 70% | 70% |

* Per 100.000 Penduduk

Terjadi pencapaian penemuan dan pengobatan TBC sebesar 72% sampai pada bulan Desember 2024, hal ini disebabkan peran PPM TBC dan partisipasi masyarakat melalui jejaring serta peran Kader Kesehatan yang telah dilatih untuk melaksanakan Investigasi Kontak, sudah mulai berjalan meskipun belum optimal.

BAB V STRATEGI

Berdasarkan semua tantangan yang dihadapi di Daerah, dirumuskan strategi untuk mengeliminasi TBC dalam kurun waktu 4 (empat) tahun ke depan. Strategi ini diharapkan dapat menurunkan sebagian beban penanggulangan TBC secara bertahap. Dalam perumusan strategi tersebut, tidak terlepas pada kerangka strategi menurut Rencana Aksi Nasional Penanggulangan TBC Tahun 2016 sampai Tahun 2020.

Terdapat 6 (enam) Strategi Kegiatan Utama yang merupakan 6 (enam) 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 Daerah

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, 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 kepedulian pemimpin daerah sehingga terbentuk kepemilikan, komitmen politis, dan kepedulian terhadap

Program Penanggulangan TBC dalam bentuk peraturan dan peningkatan alokasi anggaran daerah yang berkesinambungan.

Uraian Program:

- a. penguatan program penanggulangan TBC;
- b. penyusunan Kebijakan Pemerintah Daerah untuk Penanggulangan TBC; dan
- c. *monitoring* dan Evaluasi Perencanaan Program TBC.

5.2. Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dan Berpihak pada Pasien

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

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

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

Tujuan:

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

Uraian Program:

- a. intensifikasi penemuan kasus di Puskesmas;
- b. intensifikasi penemuan kasus di RS Pemerintah;

- c. extensifikasi penemuan kasus di RS Swasta;
- d. penguatan DPM dalam penanggulangan TBC;
- e. pemetaan DPM potensial untuk penanggulangan TBC;
- f. program Sertifikasi TBC bagi DPM;
- g. peningkatan peran serta klinik swasta dalam program TBC;
- h. intensifikasi penemuan kasus TBC di Pesantren;
- i. peningkatan kapasitas CSO terkait TBC;
- j. Peningkatan Peran Perusahaan dalam Penemuan Kasus TBC;
- k. kerja sama Pembiayaan TBC oleh BPJS;
- l. peningkatan Investigasi Kontak dan pemberian TFT;
- m. pelaksanaan *Screening* TBC pada Ibu Hamil;
- n. pelaksanaan *Screening* TBC Usila;
- o. pelaksanaan *Screening* TBC Anak melalui MTBS;
- p. pelaksanaan jejaring internal dan eksternal di RS dan Fasyankes Swasta;
- q. penguatan koordinasi dan *monitoring*;
- r. dukungan pendampingan pengobatan;
- s. peningkatan kapasitas SDM dalam Penatalaksanaan Penyakit Komorbid pada Pasien TBC;
- t. pendampingan pasien TBC RO,
- u. *monitoring* pasien mangkir dan pasien pindah;
- v. peningkatan kapasitas petugas pengelola TBC-RO,
- w. peningkatan kapasitas penggunaan TCM;
- x. peningkatan kepatuhan pengobatan TBC-RO,
- y. *monitoring* dan *Evaluasi (Monev)* TBC-RO,
- z. perluasan dan Penambahan Fasilitas Layanan Tes HIV di Fasyankes Swasta;
- aa. peningkatan kapasitas dokter dan petugas laboratorium;
- bb. pemberian dukungan Psikologis bagi Pasien TB-HIV;
- cc. peningkatan Kolaborasi Program dan *Monev* TB-HIV;
- dd. pembinaan Rujukan Uji Silang Lab. Mikroskopis;
- ee. penguatan jejaring TCM ke semua fasyankes; dan
- ff. peningkatan kapasitas petugas di fasyankes swasta dalam diagnosis dengan TCM.

5.3 Peningkatan Upaya Promosi dan Pencegahan, Pemberian Pengobatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC

Faktor risiko terjadinya TBC meliputi kuman penyebab TBC, individu yang bersangkutan, dan lingkungan. Sekitar 10% (sepuluh persen) orang yang terinfeksi TBC akan jatuh sakit. Tingkat penularan pasien TBC BTA positif adalah 65% (enam puluh lima persen), pasien TBC BTA negatif dengan hasil kultur positif adalah 26% (dua puluh enam persen), sedangkan pasien TBC dengan hasil kultur negatif dan foto toraks mendukung TBC adalah 17% (tujuh belas persen).

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

Tujuan:

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

Uraian program:

- a. promosi PHBS dan TBC, dan
- b. pencegahan dan pengendalian infeksi TBC di fasilitas layanan kesehatan dan tempat khusus.

5.4 Pemanfaatan Hasil Riset dan Teknologi Skrining, Diagnosis dan Tatalaksana Tuberkulosis

Pemanfaatan hasil riset dan teknologi skrining, diagnosis, dan tatalaksana Tuberkulosis perlu untuk disosialisasikan ke masyarakat dan lingkungan yang berpotensi terjadinya kasus TBC karena berkumpulnya orang banyak, tempat tinggal yang kumuh, miskin, atau padat seperti sekolah, pondok pesantren, lapas atau tempat kerja (pabrik, daerah industry, dll). Tersedianya tes diagnosis TBC dengan TCM perlu diperkuat dengan terbentuknya jejaring dan koordinasi yang baik antara fasyankes TCM dan non TCM.

Tujuan:

Diseminasi tanda dan gejala TBC pada masyarakat awam untuk meningkatkan *awareness* di masyarakat dan mengurangi terjadinya stigma.

Uraian program:

- a. promosi PHBS dan TBC; dan
- b. peningkatan kapasitas petugas ATLM dalam penegakan diagnosis dengan TCM dan penguatan koordinasi antara petugas ATLM dan Petugas TBC di fasyankes.

5.5 Peningkatan Peran Serta Komunitas, Mitra, dan Multi Sektor Lainnya dalam Eliminasi TBC

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/Akademi, Organisasi Fasyankes, Lembaga Pembiayaan Kesehatan, Mitra Teknis, Mitra Donor, LSM atau Organisasi Sosial Kemasyarakatan, dan Sektor Swasta. Kemitraan tersebut diwadahi dalam Forum Koordinasi TBC di tingkat Provinsi dan Kabupaten atau Kota. Forum disesuaikan dengan situasi dan kondisi setempat apabila telah dikembangkan dan berfungsi di wilayah tersebut.

Tujuan:

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

Uraian program:

- a. pembentukan dan Peningkatan Kapasitas Tim PPM;
- b. peningkatan kapasitas anggota organisasi profesi dalam P2 TB;
- c. penggunaan dana desa untuk penanggulangan TBC,
- d. *monitoring* "Pasien DO" dan "pasien pindah";

- e. advokasi dan penguatan kapasitas perusahaan yang memberikan dana CSR untuk program TBC; dan
- f. membentuk wadah dukungan sebaya dan memastikan dukungan pendanaan untuk organisasi pasien.

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, logisticK, 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 fasyankes melalui SITB/Wifi TBC;
- b. evaluasi capaian program TBC;
- c. peningkatan kapasitas SDM;
- d. intensifikasi penemuan kasus di Puskesmas;
- e. peningkatan Penatalaksanaan Penyakit Komorbid pada Pasien TBC;

- f. penguatan jejaring PPM TBC;
- g. distribusi Logistik TBC;
- h. peningkatan kapasitas Fasyankes dan Laboratorium;
- i. intensifikasi penemuan kasus di Puskesmas;
- j. ekstensifikasi penemuan kasus di RS swasta;
- k. program Sertifikasi TBC bagi DPM;
- l. program Sertifikasi TBC bagi Perawat;
- m. program Sertifikasi TBC bagi Apoteker;
- n. peningkatan peran serta klinik swasta dalam program TBC;
- o. peningkatan Kapasitas CSO terkait TBC;
- p. peningkatan Peran Kader dalam Penemuan Kasus TBC;
- q. peningkatan kapasitas petugas pengelola TB-RO;
- r. pelaksanaan Kontak Investigasi pada "Kontak Serumah" pasien TB-RO,
- s. peningkatan kepatuhan pengobatan TB-RO,
- t. peningkatan kapasitas Dokter dan Petugas Lab.;
- u. peningkatan Kolaborasi Program dan Monev TB-HIV;
- v. peningkatan status PKM Satelit menjadi PPM;
- w. peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam uji mutu eksternal; dan
- x. peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam PPI TBC.

Strategi RAD dijabarkan dalam matriks sebagai berikut:

Tabel V-1 STRATEGI 1
Penguatan Kepemimpinan Program TBC di Kabupaten

| Isu Strategis | Analisis Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|---|--|--|---|---|------------------------------|----------------|------------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | |
| Program Penanggulangan TBC belum dilaksanakan secara menyeluruh oleh lintas program dan lintas sektor | Alokasi anggaran program TBC masih minim dan bersifat parsial/sektoral | Penguatan Kepemimpinan Program Kabupaten | Penguatan program penanggulangan TBC | 1. Lokakarya penyusunan rencana kerja dan anggaran kerja tahunan (RAD TBC); | Tim Percepatan Eliminasi TBC | Dinkes | Donor/APBD |
| | | | | 2. Pertemuan penguatan organisasi profesi dan organisasi kemasyarakatan; dan | Dinkes | KOPI TB, CSO | Donor/APBD |
| | | | | 3. Pertemuan lintas sektor untuk penyusunan Rancangan Program Kerja Tahunan, Renstra, dan RKA | Bappeda | Tim Percepatan | APBD |
| | Belum ada Komisi atau Tim penanggulangan TBC yang terpadu | | Penyusunan Kebijakan Pemerintah Daerah untuk penanggulangan TBC | 1. Penyusunan Rancangan Peraturan Bupati tentang RAD Penanggulangan TBC Tahun 2025-2029; | Dinkes | Bagian Hukum | APBD |
| | | | | 2. Lokakarya peran CSR dalam penanggulangan TBC di daerah; dan | Bappeda | Dinkes | APBD, Donor |
| | | | | 3. Pengesahan MoU CSR antara Pemerintah dan perusahaan | Bappeda | Dinkes | APBD, Donor |
| | Kinerja perencanaan | | Monitoring dan evaluasi | Pertemuan tahunan evaluasi pelaksanaan RAD TBC | Tim Percepatan | Dinkes | Donor/APBD |

| | | | | | | | |
|--|---------------------------------|--|-------------------------|---|--------|---------|------|
| | program kesehatan belum terukur | | perencanaan program TBC | Pertemuan rutin untuk <i>monitoring</i> capaian program, evaluasi kegiatan, dan perumusan tantangan RAD TBC, diseminasi informasi | Dinkes | KOPI TB | APBD |
|--|---------------------------------|--|-------------------------|---|--------|---------|------|

Tabel V-2 STRATEGI 2

Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dan Berpihak pada Pasien

2.1 Penemuan Kasus

2.1.1 Penemuan Kasus di Puskesmas dan Jejaringnya:

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|---------------------------------------|---|---|---|--|----------------------|-----------|------------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka penemuan kasus TBC masih rendah | Pelaksanaan tata kelola penemuan kasus TBC di Puskesmas masih belum efektif | Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TB" | Intensifikasi penemuan kasus di Puskesmas | Bimbingan Teknis penemuan TBC dan Investigasi kontak bagi petugas kesehatan dan kader di masing-masing puskesmas (mini lokakarya), memasukkan TBC sebagai materi evaluasi. | Puskesmas | Dinkes | BOK |
| | Implementasi SOP penemuan kasus belum disertai dgn supervisi dan manajemen pelaksanaan yang baik | | | Supervisi TBC ke Puskesmas dan jejaring (Klinik, DPM) | Dinkes/ Puskesmas | PPM | APBD, Donor |
| | Komitmen lintas sektor di tingkat desa masih rendah | | | Pencanangan Desa Siaga TBC | KOPI TB | Dinkes | APBD, Donor |
| | Penemuan Kasus masih fokus pada TBC paru dewasa. TBC anak masih rendah, kolaborasi TBC-HIV dan Integrasi TBC-DM belum optimal | | | 1. Sosialisasi <i>screening</i> TBC -DM, TBC Anak, TBC pada Ibu Hamil, dan TBC-HIV pada petugas di Fasyankes; | Dinkes P2 | KOPI TB | APBD, Donor |

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|------------------|-------------------|--------------|
| | | | | 2. Sosialisasi Skrining TBC pada anak <i>stunting</i> untuk petugas di fasyankes (bidan/poli anak); | Dinkes Kesmas | Puskesmas | APBD, BOK |
| | | | | 3. Skrining TBC pada calon pengantin yang memiliki resiko KEK, anemia, IMT rendah; dan | IBI | Puskesmas | Tanpa Biaya |
| | | | | 4. Skrining TBC pada perusahaan. | Puskesmas | Klinik perusahaan | BOK |
| | Jejaring PPM di FKTP Swasta belum optimal | | | Assesment dan MoU PPM TBC dengan Klinik atau DPM | Puskesmas | KOPI TB Dinkes | BOK |

2.1.2 Penemuan Kasus di Rumah Sakit Pemerintah

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|---------------------------------------|--|---|---|--|-----------|-------------|------------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka penemuan kasus TBC masih rendah | Tim TBC RS belum melakukan <i>monitoring</i> rutin termasuk untuk pencatatan dan pelaporan TBC | Peningkatan Akses Layanan TBC Yang Bermutu dengan "TOSS-TB" | Intensifikasi penemuan kasus di RS Pemerintah | 1. Penguatan jejaring internal TBC di RS | RSUD | Dinkes, PPM | APBD RS, Donor |
| | | | | 2. Bimbingan Teknis bagi Tim TBC | RSUD | KOPI TB | APBD RS, Donor |
| | 3. Supervisi TBC ke RSUD; dan | | | Dinkes_P2 | KOPI TB | APBD | |
| | 4. <i>Monev</i> internal TBC di RS setiap 3 (tiga) bulan. | | | Tim Mutu RSUD | Dinkes | APBD RS | |
| | Belum optimalnya jejaring internal dan eksternal rumah sakit | | | | | | |

2.1.3 Penemuan Kasus di Rumah Sakit Swasta

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|---------------------------------------|--|---|---|---|-----------|-----------------|------------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka penemuan kasus TBC masih rendah | Keterlibatan RS Swasta dalam program TBC belum optimal | Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TB" | Extensifikasi penemuan kasus di RS swasta | 1. Penguatan jejaring internal TBC di RS Swasta | RS Swasta | Dinkes, KOPI TB | RS Swasta |
| | | | | 2. Pembentukan Tim TBC di RS Swasta | RS Swasta | Dinkes, KOPI TB | RS Swasta |
| | | | | 3. Bimbingan teknis bagi Tim TBC RS Swasta; dan | RS Swasta | Dinkes, KOPI TB | RS Swasta |
| | 4. Supervisi TBC ke Rumah Sakit Swasta. | | | PPM | Dinkes | APBD, Donor | |
| | Jejaring internal dan eksternal di RS swasta belum optimal | | | | | | |

2.1.4 Pelibatan DPM

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|--|---|--|---|--|-------------|-------------------|------------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka penemuan kasus TBC masih rendah | Laporan kasus TBC dari DPM masih rendah | Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TBC" | Penguatan DPM dalam penanggulangan TBC | 1. <i>Workshop</i> TBC bagi DPM; | IDI | Dinkes | OP Donor |
| | | | | 2. Bimtek/Supervisi pada DPM; | KOPI TBC | Dinkes/ Puskesmas | APBD, Donor |
| | Belum adanya pemetaan lokasi dan estimasi beban kasus TBC di DPM | | Pemetaan DPM potensial untuk penanggulangan TBC | Puskesmas | Dinkes | Tanpa biaya | |
| | | | Program Sertifikasi TBC bagi DPM | 1. Sosialisasi program sertifikasi TBC bagi DPM; dan | IDI | Dinkes | OP, Donor |
| Belum berjalannya program sertifikasi TBC bagi DPM | 2. Verifikasi dan pemberian SKP bagi DPM yang melaporkan dan menangani kasus TBC. | IDI | | Dinkes | Tanpa biaya | | |

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|---------------------------------------|---|--|---|---|--------------------|------------|------------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka penemuan kasus TBC masih rendah | Klinik swasta belum terlibat atau belum optimal dalam Penemuan dan pengobatan TBC | Peningkatan Akses Layanan TBC yang bermutu dengan "TOSS-TBC" | Peningkatan peran serta klinik swasta dalam program TBC | 1. Penguatan kapasitas klinik swasta dalam jejaring PPM TBC dokter dan nakes lainnya; | Dinkes Yankes & P2 | Puskesmas | Donor |
| | | | | 2. Bimtek Supervisi pada Klinik; | KOPI TB | Dinkes PKM | APBD Donor |
| | | | | 3. Sosialisasi program sertifikasi TB bagi Dokter di Klinik; dan | IDI | Dinkes | OP, Donor |
| | | | | 4. Verifikasi dan pemberian SKP bagi Dokter yang melaporkan dan menangani kasus TBC. | IDI | Dinkes | Tanpa biaya |

2.1.5 Penemuan Kasus Secara Aktif dan di Kelompok Rentan/Ko-Morbiditas

2.1.5.a Peran Masyarakat CSO

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|---------------------------------------|--|---|---------------------------------------|--|-----------|-----------|------------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka penemuan Kasus TBC masih rendah | Penemuan kasus secara aktif melalui peran masyarakat/CSO | Peningkatan akses layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TB" | Peningkatan Kapasitas CSO terkait TBC | 1. <i>Workshop</i> Investigasi Kontak bagi kader di Tingkat Kabupaten; | Puskesmas | Dinkes | OSM, Donor |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|------------------------|---------------------|--------------------------|
| | | | | 2. Sosialisasi TBC kepada Kader Desa; | Puskesmas | Puskesmas | BOK, Dana Desa CSR |
| | | | | 3. Pelatihan Kader TBC Desa; | Puskesmas | CSO | Dana Desa dan BOK |
| | | | | 4. Sosialisasi TBC kepada Guru TK; dan | Puskesmas | Puskesmas | Dana Desa CSR |
| | | | | 5. Sosialisasi TBC kepada masyarakat oleh mahasiswa | Universitas Akademi | Dinkes Puskesmas | Perguruan Tinggi |

2.1.5.b TBC di Pondok Pesantren

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|---------------------------------------|---|---|---|--|-----------|----------------|---------------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka penemuan kasus TBC masih rendah | Belum optimalnya peran Poskestren dalam penemuan kasus TBC dan tidak semua pondok pesantren memiliki Poskestren | Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TB" | Peningkatan Peran Pondok Pesantren dalam Penemuan Kasus TBC | 1. Sosialisasi TBC pada pertemuan internal Kemenag: Pokja Pesantren; | Kemenag | Dinkes, PRM | APBD |
| | | | | 2. Sosialisasi TBC bagi warga pesantren; dan | Puskesmas | Kemenag | Lazis NU |
| | | | | 3. Skrining TBC di Pesantren dengan TCM. | Puskesmas | Kemenag | BOK |

2.1.5.c TBC-DM

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|---------------------------------------|---|---|------------------------------------|--|-------------|-----------------|------------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka penemuan kasus TBC masih rendah | Ada kendala di alur skrining dengan <i>rontgen</i> , terkait dengan pembiayaan BPJS | Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TB" | Kerjasama pembiayaan TBC oleh BPJS | 1. Sosialisasi/ <i>refreshing</i> TBC bagi DM petugas fasyankes; | Dinkes, PTM | RS, PKM | Donor |
| | | | | 2. Evaluasi skrining TB-DM di RS; dan | Dinkes P2 | RS | Donor |
| | | | | 3. Skrining TBC pada kegiatan prolanis. | FKTP | Dinkes PTM & P2 | Tanpa biaya |

2.1.5.d Kontak Serumah dan Kontak Erat

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|---------------------------------------|---|---|--|---|-----------|-----------|-----------------------|
| | | | | | Utarna | Pendukung | |
| Angka penemuan kasus TBC masih rendah | Investigasi kontak belum dilakukan optimal di puskesmas | Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TB" | Peningkatan Investigasi Kontak dan pemberian TPT | 1. Sosialisasi IK pada petugas kesehatan di tingkat desa (poskesdes); | Puskesmas | OSM | BOK |
| | | | | 2. Pelaksanaan IK oleh kader puskesmas/petugas kesehatan; dan | Puskesmas | OSM | Dana Desa, Donor, BOK |
| | | | | 3. Optimalisasi pemberian TPT. | Puskesmas | OSM | Tanpa Biaya |
| | Kontak erat untuk pasien TBC di Fasyankes swasta belum dilakukan investigasi kontak | | | 1. Penyuluhan TBC pada kontak erat dan kontak serumah; dan | OSM/CSR | Puskesmas | Donor, CSR |
| | | | | 2. Skrining aktif TBC pada kontak erat dengan TCM. | FKTP | OSM/CSR | Donor, CSR |

2.1.5.e Ibu Hamil

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|---------------------------------------|---|---|--|---|-----------|--------------------|------------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka penemuan kasus TBC masih rendah | Skrining TBC pada bumil yang dilakukan bidan desa belum optimal | Peningkatan akses Layanan TBC Yang Bermutu dengan "TOSS-TB" | Pelaksanaan Skrining TBC pada Ibu Hamil. | 1. <i>Refreshing</i> TBC pada bidan secara rutin, pemberian target skrining TBC pada bumil dan posyandu; dan | IBI | Dinkes, PPM | Tanpa biaya |
| | | | | 2. Pertemuan penguatan jejaring TBC antara bidan/petugas poskesdes, dan petugas TBC setiap 3 (tiga) bulan sekali. | Puskesmas | Dinkes Kesmas & P2 | BOK |

2.1.5.f Usia Lanjut

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|---------------------------------------|---|---|--------------------------------|--|-----------|-----------|------------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka penemuan kasus TBC masih rendah | Skrining TBC di Posyandu Lansia masih belum dilakukan | Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TB" | Pelaksanaan Skrining TBC Usila | 1. Sosialisasi TBC pada kader Posyandu Lansia; dan | Puskesmas | Dinkes | BOK |
| | | | | 2. Skrining TBC pada Posyandu Lansia. | Puskesmas | Dinkes | Tanpa biaya |

2.1.5.g TBC Anak

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|---------------------------------------|---|--|--|--|---------------|-------------|------------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka penemuan kasus TBC masih rendah | Penemuan TBC anak di PKM dan kasus TBC masih rendah | Peningkatan akses Layanan FKTP swasta masih rendah | Pelaksanaan Skrining TBC Anak melalui MTBS | 1. <i>Refreshing</i> TBC anak dan ILTB pada petugas TBC dan KIA di Puskesmas | Puskesmas IBI | Dinkes | BOK |
| | | | | 2. Skrining TBC pada anak dengan berat badan kurang atau buruk; dan | Fasyankes | Puskesmas | Tanpa biaya |
| | | | | 3. Skrining TBC pada kegiatan Posyandu | Puskesmas IBI | Dinkes | Tanpa biaya |
| | Penemuan TBC anak di RS dan fasyankes swasta belum sesuai standar. Kasus TBC Anak di RS dan fasyankes swasta belum dilakukan investigasi kontak | | Pelaksanaan jejaring internal dan eksternal di RS dan fasyankes swasta | 1. <i>Refreshing</i> TBC anak dan ILTB bagi petugas RS; dan | Dinkes-P2 | Rumah Sakit | Donor |
| | | | | 2. Skrining TBC pada anak stunting di RS (penyediaan tuberkulin tes di RS) | RS | Dinkes | APBD |

2.2 Keberhasilan Pengobatan

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|--|--|---|---|---|-----------|------------------|------------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka keberhasilan pengobatan TBC masih rendah | Pasien TBC putus berobat di RS masih tinggi | Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TB" | Penguatan koordinasi dan <i>monitoring</i> | 1. Koordinasi dan komunikasi rujukan pengobatan pasien dari RS ke PKM terdekat; | RS | Puskesmas | Tanpa Biaya |
| | | | | 2. Tinjau TBC RS setiap 1 (satu) bulan sekali; dan | Dinkes | RS, PKM, KOPI TB | APBD, Donor |
| | | | Dukungan pendampingan pengobatan | 3. Apoteker tanggap TBC (penemuan, pendampingan pengobatan dan telefarmasi) | IAI | | Tanpa biaya |
| | Penyakit komorbid yang tidak tertangani memperberat kondisi pasien TBC sehingga menyebabkan keberhasilan pengobatan rendah | | Peningkatan kapasitas SDM dalam Penatalaksanaan penyakit komorbid pada Pasien TBC | 1. <i>Workshop</i> MESO bagi petugas TBC; dan | Dinkes | Dinkes, RS, PKM | APBD, Donor |
| | | | | 2. <i>Monev</i> TB-DM dan TB-HIV. | Dinkes | Fasyankes | APBD, Donor |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-----------|---------------|------------------|
| | Dukungan Psikososial pasien TBC RO | | Pendampingan pasien TBC RO | 1. pemberian PMT bagi pasien TBC yang tidak mampu dan bantuan sosial lain; dan | CSR | Puskesmas | CSR |
| | | | | 2. Pemberdayaan pasien TBC RO/Penyintas | CSO | Diskoperindag | CSR |
| | Monitoring terhadap "pasien mangkir" dan "pasien pindah" belum optimal | | <i>Monitoring</i> pasien mangkir dan pasien pindah | Pelacakan pasien mangkir dan pasien pindah | Puskesmas | CSO | BOK |
| | | | | Insentif bagi kader kesehatan di desa | Kader | Puskesmas | Dana desa, Donor |

2.3 TB - Resistan Obat

2.3.1 Penemuan Kasus TBC Resistan Obat

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|------------------------------------|--|---|--|---|-----------|------------|------------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | |
| Angka penemuan kasus TBC-RO rendah | Kapabilitas Petugas untuk Diagnosis TB-RO belum optimal terutama di fasyankes swasta | Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TB" | Peningkatan kapasitas petugas pengelola TBC-RO | Sosialisasi alur penegakan diagnosis dan pengobatan TBC-RO pada petugas di RS rujukan dan Fasyankes satelit | RSUD | Dinkes | APBD, Donor |
| | | | Peningkatan kapasitas penggunaan TCM | 1. Sosialisasi Diagnosis IBC dengan TCM bagi semua fasyankes | Dinkes | Lab TCM | APBD, Donor |
| | 2. Pengiriman contoh uji dari faskes ke lab TCM | | | Fasyankes | Lab TCM | BOK, Donor | |
| | Utilisasi TCM masih < 80% | | | | | | |

2.3.2 Pengobatan TB Resistan Obat

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan | |
|--------------------------------|--|---|---|--|--|-----------|--------------------|------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | | |
| Angka pengobatan TBC-RO rendah | Pasien TBC-RO menolak atau putus pengobatan | Peningkatan Akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TB" | Peningkatan kepatuhan pengobatan TBC-RO | 1. Penguatan/Bimtek tatalaksana ESO obat di Puskesmas satelit TBC-RO | RSUD | Dinkes | APBD | |
| | | | | 2. Pemberian PMT bagi pasien TBC dan TBC-RO yang tidak mampu | Dinsos | CSR | Dinsos,Baznas, CSR | |
| | | | | 3. Dukungan biaya transportasi atau bedah rumah pasien TBC-RO yang tidak mampu | Dinsos, Dinas Perumahan dan Permukiman | CSR | APBD, Dinsos, CSR | |
| | | | | 4. Pendampingan pasien TB-RO selama pengobatan | | | Donor | |
| | Pengobatan pasien TBC-RO belum di data dengan baik | | | <i>Monev</i> TBC-RO | 1. Kohort <i>review</i> TBC-RO di fasyankes rujukan TBC-RO setiap 6 bulan sekali | Dinkes | RSUD | Donor |
| | | | | | 2. MICA setiap 1 bulan sekali | RSUD | Dinkes | APBD,Donor |
| | | | | | 3. Bimtek TBC-RO ke RS | Dinkes | Dinkes | Donor |

2.4 TB-HIV

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan | |
|---|---|---|---|--|---|--------------------|----------------------------------|------|
| | | | | | Utama | Pendukung | | |
| Akses layanan Tes HIV di fasyankes swasta belum optimal | Skrining HIV pada pasien TBC di fasyankes swasta belum optimal | Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TB" | 1. Perluasan dan Penambahan Fasilitas Layanan Tes HIV di fasyankes swasta | Assesment layanan Tes HIV di fasyankes swasta atau membuat jejaring TB-HIV fasyankes swasta ke puskesmas terdekat | Dinkes | Puskesmas, | APBD, Donor | |
| | | | 2. Peningkatan kapasitas Dokter dan Petugas Lab. | 1. Update tata laksana manajemen TB-HIV dan mekanisme sistem rujukan tes HIV ke fasyankes TBHIV | Dinkes | Puskesmas, RS | APBD | |
| | | | | 2. Bimtek tentang KTIP dan penguatan kolaborasi TB-HIV ada petugas TB dan petugas Lab | Dinkes | Puskesmas, RS, KPA | Donor (GF) | |
| Akses Pengobatan dan Perawatan HIV belum optimal | Terbatasnya dukungan psikososial bagi pasien TB-HIV, karena dukungan CSO/LSM belum optimal | Peningkatan akses Layanan TB yang Bermutu dengan "TOSS-TB" | Pemberian dukungan Psikologis bagi pasien TB-HIV. | 1. <i>Workshop</i> peningkatan kapasitas CSO | Dinkes | CSO | Donor | |
| | | | | 2. <i>Workshop</i> KIE pada petugas TBC di fasyankes swasta agar mampu melakukan KTIP pada pasien TB dan melakukan rujukan PDP | Dinkes | CSO | Donor | |
| | | | | | | | | |
| | Belum optimalnya kolaborasi program dan monev mengenai TB-HIV di tingkat fasyankes dan Dinkes | | | Peningkatan Kolaborasi Program dan <i>Monev</i> TB-HIV | 1. Pertemuan koordinasi kolaborasi TB-HIV kabupaten | Dinkes | Fasyankes, | APBD |
| | | | | | 2. <i>Monev</i> kolaborasi TB-HIV dan validasi data | Dinkes | Fasyankes, KPA, CSO | APBD |
| | | | | | 3. Bimtek TB-HIV ke fasyankes | Dinkes | Fasyankes, KPA, CSO, Pokja TBHIV | APBD |

2.5. Laboratorium

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|--|--|--|--|--|-----------|-----------|------------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | |
| Utilisasi TCM masih rendah dan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Mikroskopis / Uji Silang yang belum optimal | Belum semua fasyankes mengikuti PME TBC | Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TB" | Pembinaan Rujukan Uji Silang Lab Mikroskopis | 1. Supervisi dan bimbingan teknis ke Laboratorium mikroskopis dengan performa rendah; | Dinkes | RUS 1 | APBD |
| | | | | 2. Pengiriman uji silang dari Dinkes ke RUS 1; | Dinkes | RSIJ 1 | Donor (GF) |
| | | | | 3. Pengiriman <i>discordance</i> dari Dinkes ke RUS 2; dan | Dinkes | RUS 1 | Donor (GF) |
| | | | | 4. Penyampaian umpan balik LQAS ke Pimpinan Fasyankes dilakukan rutin. | Dinkes | RUS 1 | Tanpa Biaya |
| | Utilisasi TCM masih belum optimal karena pemeriksaan rendah | Peningkatan akses Layanan TBC yang Bermutu dengan "TOSS-TB" | Penguatan jejaring TCM ke semua fasyankes | 1. Bimtek transportasi contoh uji bagi petugas fasyankes baru; | Dinkes | Mitra | Donor |
| | | | | 2. Bimtek bagi Lab TCM yang pemakaiannya belum optimal; dan | Dinkes | Mitra | APBD, Donor |
| | | | | 3. <i>Monev</i> lab TBC secara rutin. | Dinkes | Mitra | APBD, Donor |
| | Rujukan contoh uji untuk pemeriksaan TCM dari fasyankes swasta/FKTP masih rendah | Peningkatan kapasitas petugas di fasyankes swasta dalam diagnosis dengan TCM | | 1. Sosialisasi alur diagnosis dan pengobatan, pengemasan dan sistem transportasi contoh uji TBC bagi fasyankes baru; | Dinkes | Mitra | Donor |
| | | | | 2. Pemutakhiran Daftar Jejaring TCM Bagi Semua Faskes di Daerah. | Dinkes | | Tanpa biaya |
| | | | | 3. Sosialisasi diagnosis TBC dengan TCM bagi anggota Patelki | Patelki | Dinkes | OP |

Tabel V-3 STRATEGI 3

Peningkatan Upaya Promosi dan Pencegahan, Pemberian Pengobatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|--|--|----------------------------|--|--|--------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | |
| Resiko penularan TBC yang masih tinggi | Promosi kesehatan lingkungan dan PHBS terkait TBC belum banyak dilakukan. | Pengendalian Faktor Resiko | Promosi PHBS dan TBC | 1. Publikasi media KIE TBC di fasyankes dan media sosial Dinas Kesehatan; | Dinkes (Promkes) | OSM, Dinas lain terkait | APBD |
| | | | | 2. Sosialisasi TB melalui media massa/sosial (leaflet, banner, baliho, radio, dan tv); | Dinkes (Promkes) | PPM | CSR |
| | | | | 3. Perayaan hari TBC sedunia; dan | Bappeda | Dinkes | APBD, CSR |
| | | | | 4. Pemberian bantuan sarana rumah sehat kepada pasien TBC yang miskin. | Dinas Permukiman dan Perumahan | Dinkes, HAKLI | Dinas Permukiman dan Perumahan |
| Pengobatan pencegahan TBC pada OD-HIV dan Anak dengan TPT belum berjalan optimal | Belum tersosialisasikannya pencegahan dan pengobatan TBC pada ODHIV dan Anak pada pasien, keluarga dan petugas kesehatan | Pengendalian Faktor Resiko | Peningkatan kapasitas petugas kesehatan dan pasien atau keluarga dalam pemberian PPTPT | 1. <i>Refreshing</i> ILTB dan PPTPT pada petugas kesehatan dilayanan PDP dan Poli TBC | Dinkes-P2 | Fasyankes | APBD, Donor |
| | | | | 2. KIE pengobatan pencegahan pada kontak serumah dan ODHIV | Fasyankes | Dinkes | Tanpa biaya |

Tabel V-4 STRATEGI 4
Pemanfaatan Hasil Riset dan Teknologi Skrining, Diagnosis, dan Tatalaksana Tuberkulosis

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|---|---|----------------------------|----------------------|--|-----------------|------------------|--------------------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | |
| Pemahaman masyarakat di lingkungan sekolah, pesantren, dan perguruan tinggi, masih rendah | Sosialisasi dan Promosi kesehatan dan PHBS terkait TBC belum banyak dilakukan di lingkungan sekolah dan perguruan tinggi. | Pengendalian Faktor Resiko | Promosi PHBS dan TBC | 1. Sosialisasi TBC di lingkungan sekolah, pesantren dan perguruan tinggi; | Diknas, Kemenag | Puskesmas | Tanpa Biaya |
| | | | | 2. Skrining TBC di lingkungan sekolah, pesantren, dan perguruan tinggi secara berkala (UKS); | Dinkes/PKM | Diknas, Kemenag, | APBD, Donor, Tanpa Biaya |
| | | | | 3. Publikasi dalam bentuk lomba KIE TBC di lingkungan sekolah, pesantren, dan perguruan tinggi; | Diknas, Kemenag | PPM | Tanpa Biaya |
| | | | | 4. Sosialisasi TBC bagi tenaga pendidik di lingkungan sekolah, pesantren, dan perguruan tinggi; | Dinkes/PKM | Diknas, Kemenag, | Diknas, PT |
| | | | | 5. Bakti sosial di masyarakat untuk penyuluhan TBC di wilayah dengan beban TBC tinggi (KKN/PKL); | | Puskesmas | |
| | | | | 6. Karya Ilmiah atau penelitian remaja, mahasiswa, dan dosen, dengan tema Tuberkulosis; dan | | Dinkes | Diknas, prop |
| | | | | 7. Program desa binaan TBC. | UMG | Dinkes | |

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---------|--------|-------------|
| Belum semua pasien TBC terdiagnosis menjalani pengobatan | Hasil pemeriksaan TCM atau mikroskopis BTA positif belum semua kembali ke Poli untuk pengobatan | <i>Monitoring</i> pasien Positif di Laboratorium TBC Fasyankes | Peningkatan kapasitas petugas ATLM dalam penegakan diagnosis dengan TCM, dan penguatan koordinasi antara petugas ATLM dan Petugas TBC di fasyankes | 1. <i>Refreshing</i> alur diagnosis TBC, pemeriksaan bakteriologis TBC, dan pengemasan contoh uji bagi petugas ATLM | PATELKI | Dinkes | OP, Donor |
| | | | | 2. Pemberian <i>reward</i> bagi petugas ATLM yang berperan aktif dalam skrining TBC dan memastikan pasien TBC berobat di fasyankes | PATELKI | | Tanpa biaya |

Tabel V-5 STRATEGI 5
Peningkatan Peran Serta Komunitas, Mitra, dan Multi Sektor lainnya dalam Eliminasi TBC

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan | | |
|---|--|---|--|---|---|---|------------------|-----------|-------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | | | |
| Jejaring pelayanan TBC belum berfungsi dengan baik | Belum terbentuk Tim PPM di Daerah | Peningkatan Kemitraan TBC melalui Forum Koordinasi TBC | Pembentukan dan Peningkatan Kapasitas Tim PPM. | 1. Pembentukan Tim PPM Kabupaten; | Dinkes | KOPI TB | APBD | | |
| | | | | 2. <i>Monev</i> tim ppm setiap 6 (enam) bulan; dan | PPM | Dinkes | APBD | | |
| | | | | 3. Supervisi Tim PPM ke fasyankes. | PPM | Dinkes | APBD, Donor | | |
| | Dukungan organisasi profesi dalam sosialisasi TBC bagi anggotanya belum maksimal | Peningkatan kapasitas anggota organisasi profesi dalam P2 TBC | Seminar TBC bagi anggota organisasi profesi. | KOPI TBC | Dinkes, PPM | OP, Donor | | | |
| | | | Keterlibatan pemerintah di tingkat kecamatan/desa dalam penanggulangan TBC | Peningkatan Kemitraan TBC melalui Forum Koordinasi TBC di tingkat kecamatan | Penggunaan dana desa untuk penanggulangan TBC | 1. Mengusulkan dana desa untuk kegiatan TBC di musrenbangdes; | puskesmas | PMD | Tanpa Biaya |
| | | | | | | 2. Pembentukan dan pelatihan kader TB di tingkat desa; | Puskesmas | Pemdes | Dana Desa |
| | | | | | | 3. Pemberian insentif bagi kader kesehatan TBC di desa; | Pemdes | Puskesmas | Dana Desa |
| 4. Sosialisasi TBC pada kader masyarakat dan tokoh keagamaan (PKK); dan | OSM | Dinkes, Puskesmas | | | | OSM, APBD | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|-----------|---------------|----------------------|
| | | | | 5. Pasien TBC tidak mampu mendapatkan Kartu Minahasa Utara Sehat atau rekomendasi Bansos. | Dinsos | Puskesmas, RS | Tanpa Biaya |
| | Monitoring terhadap "pasien DO" dan "pasien pindah" belum optimal | Peningkatan Kemitraan TBC melalui Forum Koordinasi TBC | Monitoring "pasien DO" dan "pasien pindah" | Pelacakan pasien mangkir dan investigasi kontak oleh kader | Puskesmas | OSM | Dana Desa, BOK Donor |
| Peran Pendidik Sebaya dalam program penanggulangan TBC masih rendah | CSO dan organisasi masyarakat masih bergerak <i>segmented</i> , belum ada kolaborasi dan koordinasi spesifik untuk TBC | Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Pengendalian TBC | Meningkatkan Kualitas Kesehatan dan Ekonomi Pasien TBC | 1. Pemberian makanan tambahan dan vitamin guna menunjang perbaikan kesehatan Pasien TBC | PPM | OSM | Donor/CSR |
| | | | Advokasi dan penguatan kapasitas perusahaan yang memberikan dana CSR untuk program TBC | 2. Pelatihan dan pemberdayaan ekonomi Pasien TBC | PPM | OSM | Donor/CSR |

| | | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---------|------------------|-----------|
| | Belum optimalnya dukungan psikososial bagi pasien TBC terutama TBC RO | | | 3. Dukungan material dan perbaikan sanitasi hunian yang lebih layak pada pasien TBC; dan | Bappeda | Dinkes, PPM, OSM | APBD |
| | | | | 4. Pelatihan/peningkatan kapasitas SDM untuk pemanfaatan dana CSR untuk TBC. | Bappeda | Dinkes, PPM, OSM | CSR |
| | | | Membentuk wadah dukungan sebaya dan memastikan dukungan pendanaan untuk organisasi pasien | I. Penguatan kapasitas pendidik sebaya; | RSUD | Dinkes, OSM | APBD |
| | | | | 2. <i>Gathering</i> pasien TBC RO; dan | RSUD | Dinkes, OSM | CSR |
| | | | | 3. <i>Home Visit</i> ke pasien TBC RO oleh kader atau organisasi pasien | CSO, | OSM, Fasyankes | Dana Desa |

Tabel V-6 STRATEGI 6
Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan

6.1 Penguatan Sistem Kesehatan

| Isu Strategis | Analisa Masalah | Strategi | Program | Kegiatan | Pelaksana | | Sumber Pendanaan |
|--|--|--|---|--|------------|-------------|------------------|
| | | | | | Utama | Pendukung | |
| Sistem surveilans TBC di Kabupaten masih belum optimal | Belum semua petugas fasyankes menguasai penggunaan SITB/Wifi TBC | Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan | Penguatan surveilans TBC di fasyankes melalui SITB/Wifi TBC | 1. Pelatihan SITB bagi petugas baru di Fasyankes; | Dinkes SDK | Dinkes | Donor |
| | | | | 2. <i>On Job Training</i> Wifi TBC bagi petugas di Klinik/DPM; | Dinkes-P2 | Puskesmas | Donor |
| | Belum semua data TBC di fasyankes masuk dalam SITB | | | 3. Validasi data TB setiap 3 (tiga) bulan; | Dinkes_P2 | Fasyankes | APBD, Donor |
| | | | | 4. Analisa data dan umpan balik TB ke fasyankes; | Dinkes P2 | Fasyankes | Tanpa biaya |
| | | | | 5. Penyisiran kasus TBC di RS; | Dinkes | RS | Donor |
| | Evaluasi TBC belum dilakukan rutin | Evaluasi capaian program TBC | 6. <i>Monev</i> TBC setiap 6 (enam) bulan; dan | Dinkes_P2 | Fasyankes | APBD | |
| | Kapasitas SDM di fasyankes belum optimal | Peningkatan kapasitas SDM | 7. Supervisi ke Fasyankes. | Dinkes-P2 | Puskesmas | APBD, Donor | |

BAB VI
PEMBIAYAAN

MATRIKS RENCANA AKSI DAERAH (RAD) PENANGGULANGAN TBC DI KABUPATEN MINAHASA UTARA TAHUN 2025 - 2030

OPD : Dinas Perumahan dan Kawasan Permukiman

| NO | TUGAS DAN FUNGSI | RENCANA AKSI | | | | | | | | |
|----|---|--|---------------------------------|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | KEGIATAN | SUB. KEGIATAN | ALOKASI ANGGARAN | | | | | | |
| | | | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 1 | Dinas Perumahan dan Kawasan Permukiman yang selanjutnya disebut Dinas Perkim adalah Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan Pemerintahan di bidang perumahan dan kawasan permukiman sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan kewenangan Daerah. | Peningkatan Kualitas Kawasan Permukiman Kumuh dengan Luas di Bawah 10 (Sepuluh) Ha | Perbaiki Rumah Tidak Layak Huni | 100.000.000,00 | 100.000.000,00 | 100.000.000,00 | 100.000.000,00 | 100.000.000,00 | 100.000.000,00 | 100.000.000,00 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Airmadidi, 3 Desember 2024



NOTE

1. Kolom 2, diisi Tugas dan Fungsi OPD sesuai Perbup. Minut
2. Kolom 3, diisi Kegiatan sesuai Kode Rekening RKA OPD
3. Kolom 4, diisi Sub. Kegiatan sesuai Rencana Aksi OPD yg akan dilaksanakan
4. Kolom 5 - 10, diisi Rencana Anggaran dalam RKA sesuai Sub. Kegiatan yg akan dilaksanakan

MATRIKS RENCANA AKSI DAERAH (RAD) PENANGGULANGAN TBC DI KABUPATEN MINAHASA UTARA TAHUN 2025 - 2030

OPD : DINAS SOSIAL

| NO | TUGAS DAN FUNGSI | RENCANA AKSI | | | | | | | |
|----|--|--|--|------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | KEGIATAN | SUB. KEGIATAN | ALOKASI ANGGARAN | | | | | |
| | | | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | Tugas Membantu Bupati dalam melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan Daerah di bidang sosial. | Pengolahan Data Fakir Miskin Cakupan Daerah Kabupaten/Kota | Fasilitasi Bantuan Sosial Kesejahteraan Keluarga | 5.000.000,- | 1.000.000,- | 10.000.000,- | 10.000.000,- | 10.000.000,- | 10.000.000,- |

NOTE

1. Kolom 2, diisi Tugas dan Fungsi OPD sesuai Perbup. Minut
2. Kolom 3, diisi Kegiatan sesuai Kode Rekening RKA OPD
3. Kolom 4, diisi Sub. Kegiatan sesuai Rencana Aksi OPD yg akan dilaksanakan
4. Kolom 5 - 10, diisi Rencana Anggaran dalam RKA sesuai Sub. Kegiatan yg akan dilaksanakan

Airmadidi, 20 November 2024



KEPALA DINAS SOSIAL
KABUPATEN MINAHASA UTARA

ARNALUS D. WOLIJAN, SSTP, MM
NIP. 19751331199511001

MATRIKS RENCANA AKSI DAERAH (RAD) PENANGGULANGAN TBC DI KABUPATEN MINAHASA UTARA TAHUN 2025 - 2030

OPD : DINAS PEKERJAAN UMUM DAN PENTAAAN RUANG

| NO | TUGAS DAN FUNGSI | RENCANA AKSI | | | | | | | |
|----|--|--|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | KEGIATAN | SUB. KEGIATAN | ALOKASI ANGGARAN | | | | | |
| | | | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | a. Membantu Kepala Daerah dalam melaksanakan tugas di bidang pekerjaan umum dan tata ruang b. Mengkoordinasikan penyusunan program Dinas yang mengacu pada program Nasional dan Daerah c. Merumuskan kebijakan teknis di bidang pekerjaan umum dan tata ruang; d. Melaksanakan pembinaan dan pengawasan di bidang pekerjaan umum dan tata ruang e. Menetapkan tata cara dan tata laksana pelayanan di bidang pekerjaan umum dan tata ruang f. Mengkoordinasikan pelaksanaan urusan kesekretariatan dan penyelenggaraan manajemen kepegawaian g. Mengendalikan dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang sudah berjalan berdasarkan rencana dan realisasi sebagai bahan dalam penyusunan program pada tahun berikutnya h. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Daerah melalui Sekretaris Daerah sebagai pertanggungjawaban tugas sesuai ketentuan yang berlaku i. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Daerah | Pengelolaan dan Pengembangan Sistem Penyediaan Air Minum (SPAM) di Daerah Kabupaten/Kota | Pembangunan Sistem Penyediaan Air Minum (SPAM) Bukan Jaringan Perpipaan | 3.570.693.084,00 | 175.000.000,00 | 1.500.000.000,00 | 1.725.000.000,00 | 1.983.750.000,00 | 2.281.312.500,00 |
| | | | Peningkatan Kapasitas Kelembagaan Sistem Penyediaan Air Minum (SPAM) | | 175.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Pembinaan dan Pemberdayaan Masyarakat dalam Pengelolaan dan Pengembangan Sistem Penyediaan Air Minum (SPAM) | | 175.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Penyusunan Rencana, Kebijakan, Strategi dan Teknis Sistem Penyediaan Air Minum (SPAM) | 200.000.000,00 | 250.000.000,00 | 250.000.000,00 | 287.500.000,00 | 330.625.000,00 | 380.218.750,00 |
| | | | Peningkatan Sistem Penyediaan Air Minum (SPAM) Jaringan Perpipaan | 600.000.000,00 | 650.000.000,00 | 650.000.000,00 | 747.500.000,00 | 859.625.000,00 | 988.568.750,00 |
| | | | Pembinaan Pengelolaan dan Pengembangan Sistem Penyediaan Air Minum (SPAM) Desa | 702.994.216,00 | 800.000.000,00 | 800.000.000,00 | 920.000.000,00 | 1.058.000.000,00 | 1.216.700.000,00 |
| | | | Pembangunan Sistem Penyediaan Air Minum (SPAM) Jaringan Perpipaan | 1.031.326.000,00 | 1.200.000.000,00 | 1.200.000.000,00 | 1.380.000.000,00 | 1.587.000.000,00 | 1.825.050.000,00 |
| | | | Operasi dan Pemeliharaan Sistem Penyediaan Air Minum (SPAM) | | 175.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | | Fasilitas Kerja Sama Penyelenggaraan Sistem Penyediaan Air Minum (SPAM) di Daerah Kabupaten/Kota | | 175.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Optimalisasi Sistem Penyediaan Air Minum (SPAM) Jaringan Perpipaan | | 100.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Perluasan Sistem Penyediaan Air Minum (SPAM) Jaringan Perpipaan | 1.200.000.000,00 | 1.500.000.000,00 | 1.500.000.000,00 | 1.725.000.000,00 | 1.983.750.000,00 | 2.281.312.500,00 |
| | | | Optimalisasi Sistem Penyediaan Air Minum (SPAM) Bukan Jaringan Perpipaan | | 100.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Pembangunan SPAM Jaringan Perpipaan di Kawasan Perdesaan | | 1.300.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Peningkatan SPAM Jaringan Perpipaan di Kawasan Perdesaan | | 175.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Perbaikan SPAM Jaringan Perpipaan di Kawasan Perdesaan | | 175.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Pembinaan dan Pengawasan Terhadap Tarif Air Minum | | 175.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Pembinaan dan Pengawasan Terhadap Pelaksanaan Kerja Sama SPAM | | 175.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Pengembangan SDM dan Kelembagaan Pengelolaan SPAM | | 175.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Operasi dan Pemeliharaan SPAM di Kawasan Perdesaan | | 175.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Peningkatan SPAM Bukan Jaringan Perpipaan di Kawasan Perdesaan | | 175.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Perluasan SPAM Jaringan Perpipaan di Kawasan Perdesaan | | 3.029.013.300,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | Pengelolaan dan Pengembangan Sistem Air Limbah Domestik dalam Daerah Kabupaten/Kota | Penyediaan Jasa Penyedotan Lumpur Tinja | 715.014.600,00 | 1.000.000.000,00 | 1.000.000.000,00 | 1.150.000.000,00 | 1.322.500.000,00 | 1.520.875.000,00 |
| | | | Pembinaan Pengembangan Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik (SPALD) Desa | 52.500.000,00 | 100.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Pengembangan Kapasitas Kelembagaan Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik (SPALD) | | 100.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Pembangunan Instalasi Pengolahan Lumpur Tinja (IPLT) | | 100.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | | Penyediaan Sarana Pengangkutan Lumpur Tinja | | 100.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Operasi dan Pemeliharaan Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik (SPALD) | | 100.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Penyediaan Sub Sistem Pengolahan Air Limbah Domestik (SPALD) Setempat | 1.107.600.000,00 | 1.250.000.000,00 | 1.250.000.000,00 | 1.437.500.000,00 | 1.653.125.000,00 | 1.901.093.750,00 |
| | | | Pembinaan dan Pemberdayaan Masyarakat dalam Pengembangan Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik (SPALD) | | 100.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Penyusunan Rencana, Kebijakan, Strategi dan Teknis Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik (SPALD) | 100.000.000,00 | 100.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Supervisi Pembangunan/Rehabilitasi/Peningkatan/Perluasan Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik Terpusat Skala Kota | | 100.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Pembangunan/Penyediaan Sistem Pengelolaan Air Limbah Terpusat Skala Kota | | 100.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Rehabilitasi/Peningkatan/Perluasan Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik Terpusat Skala Kota | | 100.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Rehabilitasi/Peningkatan/Perluasan Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik Terpusat Skala Permukiman | 400.000.000,00 | 500.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Supervisi Pembangunan/Rehabilitasi /Peningkatan/Perluasan Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik Terpusat Skala Permukiman | | 100.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Pembangunan/Penyediaan Sistem Pengelolaan Air Limbah Terpusat Skala Permukiman | | 2.168.114.600,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
| | | | Rehabilitasi/Peningkatan/Perluasan Sarana dan Prasarana IPLT | | 100.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | | Supervisi Pembangunan/Rehabilitasi/ Peningkatan/Perluasan Sarana dan Prasarana IPLT | | 100.000.000,00 | 500.000.000,00 | 575.000.000,00 | 661.250.000,00 | 760.437.500,00 |
|--|--|--|--|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|

NOTE

1. Kolom 2, diisi Tugas dan Fungsi OPD sesuai Perbup. Minut
2. Kolom 3, diisi Kegiatan sesuai Kode Rekening RKA OPD
3. Kolom 4, diisi Sub. Kegiatan sesuai Rencana Aksi OPD yg akan dilaksanakan
4. Kolom 5 - 10, diisi Rencana Anggaran dalam RKA sesuai Sub. Kegiatan yg akan dilaksanakan

Airmadidi, 20 November 2024

Pit. KEPALA DINAS


ALFONS J. TINTINGON, AP, MSi

NIP. 19731118 1993111001

BAB VII PENUTUP

RAD Penanggulangan TBC di Daerah merupakan referensi untuk proses perencanaan dan penganggaran yang resmi dan diberlakukan oleh Pemerintah Daerah. 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, 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. *lun*

The image shows an official circular stamp of the Bupati (Regent) of Minahasa Utara. The stamp features the Garuda Pancasila emblem in the center, surrounded by the text "BUPATI MINAHASA UTARA" and "MINAHASA UTARA". A handwritten signature in blue ink is written over the stamp, and the name "JOUNE JAMES ESAU GANDA" is printed below it.

BUPATI MINAHASA UTARA,
JOUNE JAMES ESAU GANDA