

Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024



Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024



Kata Pengantar

Assalamu'alaikum Wr. Wb.,

Salam sejahtera,

Om Swastyastu, Namo Buddhaya, Salam Kebajikan,

Pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas merupakan sasaran prioritas dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024. Pembangunan bidang kesehatan termasuk pencegahan penyakit yang menimbulkan biaya tinggi seperti Tuberkulosis adalah bagian dari langkah untuk meningkatkan manusia Indonesia yang berkualitas.

Selaras dengan *End TB strategy* yang telah menjadi komitmen global dan pemerintah Indonesia, serta mengacu pada RPJMN 2020-2024 maka disusun dokumen Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024. Tahun 2020-2024 merupakan periode yang sangat krusial untuk percepatan menuju eliminasi tuberkulosis tahun 2030. Dokumen ini berisikan strategi, intervensi dan kegiatan yang komprehensif serta target yang ambisius untuk dapat menurunkan kasus TBC sesegera mungkin.

Penyusunan strategi nasional ini menggunakan pendekatan “Kerangka Perencanaan yang Berpusat pada Masyarakat (*People Centred Framework*)” yang mencakup perencanaan program berbasis data (*evidence-based*), prioritas masalah, serta penetapan intervensi yang tepat. Program Tuberkulosis Nasional mempunyai 6 (enam) strategi utama yang menasar tiga karakter kelompok masyarakat sesuai dengan layanan berkesinambungan Tuberkulosis yakni: (1) Orang dengan/atau bergejala tuberkulosis yang belum/tidak mengakses layanan kesehatan; (2) Orang dengan Tuberkulosis datang ke layanan tetapi tidak terdiagnosis atau tidak dilaporkan; dan (3) Orang yang dilaporkan sebagai kasus Tuberkulosis tetapi tidak diobati.

Kami sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi dan membantu penyusunan dokumen penting ini, baik dari sektor pemerintah, swasta, organisasi internasional, lembaga swadaya masyarakat, maupun kelompok pasien TBC yang berada di pusat maupun di daerah di seluruh Indonesia.

Semoga dokumen ini dapat dipakai sebagai acuan perencanaan dan pelaksanaan penanggulangan tuberkulosis oleh semua stakeholder baik di tingkat pusat maupun daerah. Kami berharap seluruh pemangku kepentingan dapat mendukung dan berkontribusi dalam mencapai eliminasi tuberkulosis di Indonesia 2030. Bersama kita bisa tanggulangi tuberkulosis!

Jakarta, Maret 2020
Direktur Jenderal Pencegahan dan
Pengendalian Penyakit



dr. Achmad Yurianto

Tim Penyusun dan Kontributor

Pengarah	dr. Achmad Yurianto dr. Wiendra Waworuntu, M.Kes.	Direktur Jenderal P2P Direktur P2PML
Koordinator	dr. Imran Pambudi, MPH	Kepala Subdit TB, Ditjen P2P
Editor	Nurjannah, SKM, M.Kes. dr. Sulistya Widada	Kasi TB Resistan Obat, Subdit TB Kasi TB Sensitif Obat, Subdit TB
Tim Penulis	dr. Ari Probandari, MPH, PhD. Deni Harbianto, SE, M.Ec. Fransiska Meyanti, SKM, MKM Dr. Rein Houben, PhD Jamie Rudman, MSc. Kathy Fiekert dr. Shalala Rafayil Ahmadova dr. Setiawan Jatilaksone	Universitas Sebelas Maret, Surakarta Konsultan individu Yayasan KNCV Indonesia London School of Hygiene & Tropical Medicine, UK London School of Hygiene & Tropical Medicine, UK KNCV The Hague, Netherlands WHO Indonesia Office WHO Indonesia Office

Kontributor

Sulistyo, SKM, M.Epid	Subdit TB	Dr. Dra. Rita Damayanti, MSH	KOMLI TB
dr. Endang Lukitosari, MPH	Subdit TB	Prof. Dr. dr. Chatarina Umbul W., MS, MPH	KOMLI TB
Totok Haryanto, SKM, MKes	Subdit TB	Muhammad Noor Farid, SSi, PhD	KOMLI TB
dr. Galuh Budhi Leksono Adhi	Subdit TB	dr. Indriyono Tantoro, MPH	Konsultan TB
Ratna D. Sagala, SKM, MPH	Subdit TB	dr. Donald Pardede, MPPM	Ketua CCM
DR. dr. Rina Handayani, M.Kes	Subdit TB	dr. Carmelia Basri, M.Epid.	Wakil Ka. CCM
Suhardini, SKM, MKM	Subdit TB	Barry Aditya	Sekretariat CCM
Windy Oktavina, SKM, MKes.	Subdit TB	dr. Agustin Kusumayati, M.Sc., PhD.	Ketua TWG
dr. Retno Kusuma Dewi, MPH	Subdit TB	Dr. drg. Helwiah Umniyati, MPH	TWG
Nurul Badriyah, SKM	Subdit TB	Drs. Hisyam Said Budairy, MSc.	TWG
Dwi Asmoro, SKM	Subdit TB	drg. Mariani Reksoprodjo	PPTI
Harsana, SE	Subdit TB	dr. Heny Akhmad	STPI
TO TB Lab	Subdit TB	Thea Y Hutnamon	STPI
TO TB HIV	Subdit TB	dr. Esty Febriani, M.Kes.	LKNU
TO TB Anak	Subdit TB,	Elina DK	LKNU
TO TB MDR	Subdit TB	Tuti Alawiyah, MSSW, PhD.	Aisyyiah
TO TB PPM	Subdit TB	dr. Pitut Aprilia Savitri	Aisyyiah
TO TB AKMS	Subdit TB	dr. Anna Uyainah, Sp.PD	KOPI TB
TO TB OR	Subdit TB	dr. Diah Handayani, SpP	KOPI TB
Tim Monev TB	Subdit TB	dr. Sugma AP	KOPI TB
Dr. dr. Soedarsono, Sp.P(K).	KOMLI TB	Uly Ulwiyah	PETA
dr. Bachti Alisjahbana, Sp.PD(K), PhD.	KOMLI TB	Budi Hermawan	POP TB
Prof. Dr. dr. Sudijanto Kamso, SKM	KOMLI TB		
dr. Pandu Riono, MPH, PhD	KOMLI TB		
Prof. dr. Muh. Nasrum Massi, PhD.	KOMLI TB		
Dr. dr. Erlina Burhan, Sp.P(K), M.Sc	KOMLI TB	dr. Regina Loprang	WHO
Dr. dr. Arto Yuwono Soeroto, Sp.PD, KP	KOMLI TB	Mikyal Faralina, SKM	WHO
dr. Nastiti Kaswandani, Sp.A(K)	KOMLI TB	Yoana Anandita, SKM	WHO
dr. Rina Triasih, M.Med(Paed), Sp.A(K), PhD.	KOMLI TB	Jonathan L Marbun	WHO

Kepala Dinas/Bidang P2P 34 Provinsi	Kepala Subdit Pengendalian Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan
Perwakilan KOPI 34 Provinsi	Sekretaris Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Perwakilan Bappeda Dinkes 34 Provinsi	Kepala Bagian Program dan Informasi Sekretaris Ditjen P2P
Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran	Direktur Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM)
Kepala Pusat Analisis Determinasi Kesehatan	Kasubdit DM
Kepala Bidang Pembiayaan Kesehatan P2JK	Kasubdit HIV dan PIMS
Direktur Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	Kepala Pusat Data dan Informasi
Kepala Subdit Komunikasi Informasi dan Edukasi kesehatan	Direktorat Gizi dan Kesehatan Masyarakat Bappenas
Kepala Subdit Advokasi dan Kemitraan	Kementerian Ketenagakerjaan RI
Kepala Subdit Potensi Sumber Daya Promosi Kesehatan	Kementerian Hukum dan HAM RI
Direktur Kesehatan Keluarga	Kementerian Sosial RI
Kepala Subdit Kesehatan Maternal dan Neonatal	Kementerian Keuangan RI
Kepala Subdit Kesehatan Balita dan anak Pra Sekolah	Kementerian Perhubungan RI
Kepala Subdit Penyehatan Air dan Sanitasi Dasar	Kementerian Riset dan Teknologi RI
Direktur Kesehatan Kerja dan Olahraga	Kementerian Agama RI
Kepala Subdit Kesehatan Okupasi dan Surveilans	Kementerian Komunikasi dan Informasi RI
Direktur Gizi Masyarakat	Sekretaris Kabinet
Kepala Subdit Peningkatan Mutu dan Kecukupan Gizi	CCM
Direktur Pelayanan Kesehatan Primer	TWG
Kepala Subdit Puskesmas	PPTI
Kepala Subdit Klinik	STPI
Kepala Subdit Praktik Perorangan	LKNU
Direktur Pelayanan Kesehatan Rujukan	Aisyiyah
Kepala Subdit Pelayanan Medik dan Keperawatan	KOPI TB
Kepala Subdit Pelayanan Penunjang	POP TB
Kepala Subdit Pengelolaan Rujukan & Pemantauan RS	PETA
Direktur Fasilitas Pelayanan Kesehatan	USAID-TBPS
Kepala Subdit Pelayanan Kesehatan Primer	Jejaring Riset TB (Jetset TB)
Kepala Subdit Pelayanan Kesehatan Rujukan	<i>Implementing Organization (IO) PPM</i>
Direktur Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan	Yayasan KNCV Indonesia
Kepala subdit Mutu & Akreditasi Pelayanan Kesehatan Primer	USAID
Kepala subdit Mutu & Akreditasi Pelayanan Kesehatan Rujukan	Perwakilan Pesantren/RMI NU
Direktur Tatakelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan	PERDOKI
	ARSI
	PERSI
	ADINKES

Daftar Isi

Kata Pengantar	3
Tim Penyusun dan Kontributor	4
Daftar Isi	6
Daftar Singkatan	8
Daftar Istilah	11
Daftar Tabel	11
Daftar Gambar	12
Ringkasan	13
Bab 1. Pendahuluan	17
1.1. Komitmen Global dan Nasional dalam Penanggulangan Tuberkulosis	17
1.2. Kerangka dan Proses Penyusunan Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024	21
1.2.1. Kerangka perencanaan yang berpusat pada masyarakat	21
1.2.2. Proses penyusunan	22
Bab 2. Analisis Kesenjangan dan Akar Masalah	24
2.1. Konteks Indonesia	24
2.2. Perkembangan dan Tantangan Upaya Penanggulangan Tuberkulosis Tahun 2016-2019 ...	31
2.3. Prioritas Kesenjangan Penanggulangan Tuberkulosis	56
2.4. Analisis Akar Masalah sesuai Layanan Berkesinambungan Tuberkulosis	57
2.4.1. Orang dengan Tuberkulosis atau gejala Tuberkulosis yang belum/tidak mengakses layanan kesehatan	57
2.4.2. Orang dengan Tuberkulosis datang ke layanan tetapi tidak terdiagnosis atau tidak dilaporkan	58
2.4.3. Orang yang dilaporkan sebagai kasus Tuberkulosis tetapi tidak berhasil diobati	62
Bab 3. Tujuan dan Target	67
Bab 4. Strategi dan Intervensi	68
4.1. Strategi Program Tuberkulosis Nasional	68
4.2. Sasaran populasi dan kelompok berisiko Tuberkulosis	69
4.3. Pendekatan Intervensi Penanggulangan Tuberkulosis tahun 2020-2024	69
4.4. Intervensi berdasarkan layanan Tuberkulosis yang berkelanjutan	71
4.4.1. Intervensi bagi orang dengan tuberkulosis atau gejala tuberkulosis yang belum/tidak mengakses layanan kesehatan	71
4.4.2. Intervensi bagi orang dengan Tuberkulosis datang ke layanan tetapi tidak terdiagnosis atau tidak dilaporkan	72
4.4.3. Intervensi bagi orang yang dilaporkan sebagai kasus tuberkulosis tetapi tidak berhasil diobati	75
4.5. Intervensi lintas masalah (<i>cross-cutting</i>)	76
4.5.1. Kebijakan dan regulasi	76
4.5.2. Kerjasama multipihak dan lintas program	78
4.5.3. Hak asasi manusia	82
4.5.4. Pembiayaan kesehatan	84
4.6. Optimasi intervensi	86
4.7. Intervensi Kunci dan Kegiatan Utama	88
Bab 5. Rencana Operasional	101

5.1.	Operasionalisasi per strategi Program TBC Nasional.....	101
5.1.1.	OPERASIONALISASI STRATEGI 1. Penguatan komitmen dan kepemimpinan pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota untuk mendukung percepatan eliminasi tuberkulosis 2030	101
5.1.2.	Operasionalisasi Strategi 2. Peningkatan akses layanan Tuberkulosis bermutu dan berpihak pada pasien	104
5.1.3.	Operasionalisasi Strategi 3. Optimalisasi upaya promosi dan pencegahan, pemberian pengobatan pencegahan tuberkulosis dan pengendalian infeksi	141
5.1.4.	Operasionalisasi Strategi 4. Pemanfaatan hasil riset dan teknologi skrining, diagnosis, dan tatalaksana Tuberkulosis	145
5.1.5.	Operasionalisasi Strategi 5. Peningkatan peran serta komunitas, mitra dan multisektor lainnya dalam eliminasi Tuberkulosis	147
5.1.6.	Operasionalisasi Strategi 6. Penguatan manajemen program melalui penguatan sistem kesehatan	156
5.2.	Operasionalisasi intervensi tematik Program TBC Nasional	166
5.2.1.	Manajemen Terpadu Pengendalian TBCRO	166
5.2.2.	Public-private mix.....	173
5.2.3.	Penguatan kapasitas laboratorium	180
5.2.4.	Terapi Pencegahan Tuberkulosis.....	184
Bab 6.	Monitoring dan Evaluasi.....	189
6.1.	Indikator Dampak dan Target.....	190
6.2.	Indikator Utama dan Target	190
6.3.	Indikator dan Target per Strategi	191
Bab 7.	Anggaran dan Pembiayaan.....	195
	7.1. Anggaran	195
	7.2. Pembiayaan	195
	7.2.1. Penghitungan Kebutuhan Pembiayaan	195
	7.2.2. Proyeksi Pembiayaan (<i>Cost Projection Analysis</i>)	197
	7.2.3. Sumber Pendanaan	198
	7.2.4. Tanggung Jawab dan Kewenangan Pembiayaan	201
Bab 8.	Peran Pemangku Kepentingan	203
8.1.	Peran Multipihak dan Lintas program	204
8.1.1.	Peran Kementerian/Lembaga	204
8.1.2.	Peran Lintas Unit/Program	208
8.2.	Peran Pusat, Provinsi, dan Daerah.....	211
8.2.1.	Peran Tingkat Pusat	211
8.2.2.	Peran Tingkat Provinsi	211
8.2.3.	Peran Tingkat Kabupaten/Kota	212
Daftar Pustaka		213

Daftar Singkatan

ADINKES	Asosiasi Dinas Kesehatan Seluruh Indonesia	Ditjen Belmawa	Direktorat Jenderal Pembelajaran dan Kemahasiswaan, Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome		
AMPUH	Asosiasi Biro Penyelenggara Umroh dan Haji	Ditjenpas	Direktorat Jenderal Pemasarakatan
ANC	<i>Antenatal care</i> (pemeriksaan kehamilan)	DM	Diabetes Mellitus
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah	DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short course</i>
ARSI	Asosiasi Rumah Sakit Indonesia	DPM	Dokter Praktik Mandiri
ASDK	Aplikasi Satu Data Kesehatan	DPPM	<i>District-based Public-private Mix</i> (Jejaring layanan Tuberkulosis fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta berbasis kabupaten/kota)
ATLM	Ahli Teknologi Laboratorium Medik	DST	<i>Drug susceptibility testing</i> (Uji kepekaan obat)
Bapelkes	Balai Pelatihan Kesehatan	EMPATI	Elektronik Mobile Pendampingan Pasien Tuberkulosis
BBKPM	Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat	ESO	Efek Samping Obat
BKN	Badan Kepegawaian Negara	Fasyankes/Faskes	Fasilitas layanan kesehatan
BLU	Badan Layanan Umum	FEFO	<i>First Expired, First-Out</i>
BNP2TKI	Badan Nasional Penempatan dan Perlindungan Tenaga Kerja Indonesia	FIFO	<i>First In, First Out</i>
		FK	Fakultas Kedokteran
BPPK	Badan Pendidikan dan Pelatihan Keuangan	FKM	Fakultas Kesehatan Masyarakat
BPPSDM	Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan	FKRTL	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
BSL2+	Biological Safety Level Two Plus	FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
BTA	Bakteri Tahan Asam	HIPTEK	Himpunan Pemeriksaan Tenaga Kerja Indonesia
CBMF	<i>Community-based Monitoring Feedback</i>	HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
CCM	<i>Country Coordinating Mechanism</i>	IGRA	<i>Interferon-gamma release assay</i>
CSO	Organisasi Masyarakat Sipil	IK	Investigasi Kontak
CSR	<i>Corporate Social Responsibility</i>	INA-CBGs	<i>Indonesian Case Base Groups</i>
DHIS 2	<i>District Health Information System 2</i>	IO PPM	<i>Implementing Organization for Public-Private Mix</i>
Dinkes Kab/Kota	Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota	IT	<i>Information Technology</i>
Dinkes Prov	Dinas Kesehatan Provinsi	IWAPI	Ikatan Wanita Pengusaha Indonesia
Dinsos	Dinas Sosial		
Ditjen	Direktorat Jenderal		

Jetset TB	Jejaring Riset Tuberkulosis Indonesia
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
Juknis	Petunjuk Teknis
KALK	Komite Akreditasi Laboratorium Kesehatan
KAN	Komite Akreditasi Nasional
Kemenag	Kementerian Agama Republik Indonesia
Kemenaker	Kementerian Ketenagakerjaan Republik Indonesia
Kemendagri	Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia
Kemenkes	Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Kemenkumham	Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia
Kemensos	Kementerian Sosial Republik Indonesia
Kemkominfo	Kementerian Komunikasi dan Informatika Republik Indonesia
Kesga	Kesehatan keluarga
KOPI TB	Koalisi Organisasi Profesi untuk Tuberkulosis
KPLDH	Ketuk Pintu Layani dengan Hati
KTIP	Konseling dan Test HIV atas Inisiatif Petugas Kesehatan
L0	Level nol, yaitu fasilitas layanan kesehatan di level komunitas. Contoh: posyandu, posbindu, apotek, pengobat tradisional
Labkesda	Laboratorium Kesehatan Daerah
Lapas	Lembaga Pemasyarakatan
LJJ	Latihan Jarak Jauh
LKNU	Lembaga Kesehatan Nahdlatul Ulama
LPA	<i>Line probe assay</i>
LPA Lini2	<i>Second line - line probe assay</i>
LPKA	Lembaga Pembinaan Khusus Anak
LPKA	Lembaga Pembinaan Khusus Anak
LRI	Laboratorium Rujukan Intermediate

LRN	Laboratorium Rujukan Nasional
MCU	<i>Medical Check-up</i>
MESO	Manajemen Efek Samping Obat
MICA	<i>Monthly Interim Cohort Analysis</i>
MTBS	Manajemen Terpadu Balita Sakit
MTPKR	Manajemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Remaja
MPTPRO	Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat
Nakes	Tenaga Kesehatan
NIK	Nomor Induk Kependudukan
NSPK TBC	Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria untuk Program Tuberkulosis
NTP	<i>National Tuberculosis Program</i> (Program TB Nasional)
OAT	Obat Anti Tuberkulosis
ODHA	Orang dengan HIV/AIDS
OPD	Organisasi Perangkat Daerah
P2P	Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
P2TB	Pencegahan dan Penanggulangan TB Paru
PBI	Penerima Bantuan Iuran
PCare	Primary Care BPJS Kesehatan
PDP	Perawatan Dukungan Pengobatan
Pemda	Pemerintah Daerah
Pemkab/kot	Pemerintah Kabupaten/Kota
Pemprov	Pemerintah Provinsi
PERDOKI	Perhimpunan Spesialis Kedokteran Okupasi Indonesia
Permenkes	Peraturan Menteri Kesehatan
PERSI	Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia
Persit	Persatuan Istri Tentara Kartika Chandra Kirana (TNI AD)

PETA	Pejuang Tangguh, yaitu komunitas pendamping pendukung pasien TBC, khususnya pasien TB MDR, hingga pasien tersebut sembuh	SISRUTE	Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi
PIA Ardhya Garini	Persatuan Istri Prajurit TNI Angkatan Udara	SITB	Sistem Informasi Tuberkulosis
PIS-PK	Program Indonesia Sehat melalui Pendekatan Keluarga	SNARS	Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit
PK Bapas	Pembimbing Kemasyarakatan Balai Pemasyarakatan	SPM	Standar Pelayanan Minimal
PKK	Pembinaan Kesejahteraan Keluarga	SPO	Standar Prosedur Operasional
PMDT	<i>Programmatic Management Drug Resistant Tuberculosis</i>	STPI	<i>Stop TB Partnership Indonesia</i>
PMI	Pekerja Migran Indonesia	Stranas TBC	Strategi Nasional Tuberkulosis
POLRI	Kepolisian Negara Republik Indonesia	Subdit TB	Sub-direktorat Tuberkulosis
Poltekkes	Politeknik Kesehatan	TB MDR	<i>multi-drug resistant tuberculosis</i> (TB yang resisten obat ganda)
POP TB	Perhimpunan Organisasi Pasien Tuberkulosis	TB RR	<i>Rifampysin resistant tuberculosis</i> (TB yang resisten Rifampisin)
PPI	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	TB XDR	<i>Extensively-drug resistant tuberculosis</i>
PPTI	Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia	TBC	Tuberkulosis
PTM	Penyakit Tidak Menular	TB RO	Tuberkulosis Resistan Obat
Pusdatin	Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI	TB SO	Tuberkulosis Sensitif Obat
RAD	Rencana Aksi Daerah	TCM	Tes Cepat Molekuler (GeneXpert)
RMI NU	Rabithah Ma'ahid Islamiyah Nahdlatul Ulama	TemPO	TEMukan pasien secepatnya, Pisahkan secara aman, Obati secara tepat
RPJMD	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah	TPT	Terapi Pencegahan Tuberkulosis
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional	TWG	<i>Tuberculosis Technical Working Group</i>
RPJPN	Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional	UKS/M	Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah
Rudenim	Rumah detensi imigrasi	USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
Rutan	Rumah tahanan	USAID TBPS	<i>Tuberculosis Private Sector Project funded by USAID</i>
SDP	Sistem Database Pemasyarakatan	VOT	<i>Video-observed Treatment</i>
SIHA	Sistem Informasi HIV AIDS	WBP	Warga Binaan Pemasyarakatan
SIKDA	Sistem Informasi Kesehatan Daerah	WIFI TB	Wajib Notifikasi Tuberkulosis
SIM-RS	Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit	Yankes	Pelayanan kesehatan
SIP	Sistem Informasi Provinsi	YKI	Yayasan KNCV Indonesia

Daftar Istilah

Biaya katastrofik akibat mengalami tuberkulosis	Jumlah seluruh biaya yang dikeluarkan penderita tuberkulosis untuk mengobati tuberkulosis sampai tuntas, yang melebihi batas maksimal pengeluaran per pendapatan keluarga per tahun selama menjalani masa perawatan. Batas maksimal pengeluaran misalnya 20% dari total pendapatan keluarga (WHO, 2017)
Investigasi Kontak	Kegiatan pelacakan dan investigasi secara sistematis yang ditujukan pada orang-orang yang kontak serumah dan kontak erat dengan pasien tuberkulosis paru dengan hasil pemeriksaan sputum positif atau terduga/kasus tuberkulosis resistan obat.
Kontak serumah	Orang yang tinggal serumah minimal satu malam atau sering tinggal serumah pada siang hari dengan dengan pasien tuberkulosis paru dengan hasil pemeriksaan sputum positif atau terduga/kasus tuberkulosis resistan obat dalam 3 bulan terakhir sebelum pasien tuberkulosis paru mendapat obat anti tuberkulosis (OAT).

Daftar Tabel

Tabel 1. Target penurunan kasus TBC di Indonesia 2018-2022 yang ditetapkan pada Pertemuan Tingkat Tinggi Negara (UNHLM)	18
Tabel 2. Distribusi jumlah rumah sakit dan tempat tidur menurut jenis pengelola tahun 2015-2018....	27
Tabel 3. Hasil akhir pengobatan yang ditemukan berdasarkan temuan penelusuran kasus TBC oleh IO PPM berdasarkan status kepemilikan rumah sakit.....	45
Tabel 4. Peran pemangku kepentingan dalam Mekanisme Umpan Balik Komunitas	51
Tabel 5. Karakteristik kabupaten/kota untuk prioritas intervensi TBC RO.....	168
Tabel 6. Gambaran ketersediaan dan kebutuhan untuk ekspansi layanan TBC RO di kabupaten/kota prioritas	169
Tabel 7. Ketersediaan dan kebutuhan layanan diagnostik TBC RO.....	170
Tabel 8. Indikator cakupan uji kepekaan dan LPA lini dua.....	171
Tabel 9. Kebutuhan manajer kasus TBC RO	172
Tabel 10. Perkiraan pembiayaan dalam Stranas Penanggulangan Tuberkulosis 2020-2024	196
Tabel 11. Kebutuhan biaya layanan tuberkulosis tahun 2020-2024	197
Tabel 12. Kebutuhan biaya program tuberkulosis tahun 2020-2024	198
Tabel 13. Gambaran ketersediaan dan kesenjangan pendanaan menurut sumber pendanaan, 2018-2024	199
Tabel 14. Sumber pendanaan dan kewenangan dalam pembiayaan untuk penanggulangan TBC 2020-2024	202
Tabel 15. Peran Kementerian/Lembaga dalam penanggulangan TBC	204
Tabel 16. Peran lintas unit/program Kementerian Kesehatan dalam penanggulangan TBC	208

Daftar Gambar

Gambar 1. Proyeksi penurunan insidensi TBC tahun 2030 menurut pemodelan TIME Impact	19
Gambar 2. Kerangka perencanaan yang berpusat pada masyarakat (PCF framework)	21
Gambar 3. Tiga tahap perencanaan dalam kerangka PCF	22
Gambar 4. Rangkaian proses penyusunan Strategi Nasional Penanggulangan TBC 2020-2024	23
Gambar 5. Perubahan beban penyakit (Disability Adjusted Life Years/DALYs) tahun 1990 dan 2017 di Indonesia	25
Gambar 6. Estimasi jumlah kasus TBC baru yang berhubungan dengan 5 faktor risiko tahun 2018	26
Gambar 7. Cakupan JKN berdasarkan kelompok peserta (dalam juta jiwa)	29
Gambar 8. Jumlah kasus TBC ternotifikasi di Indonesia 2013-2018	32
Gambar 9. Notifikasi kasus TBC (kasus baru dan kambuh) menurut provinsi, 2018	32
Gambar 10. Notifikasi kasus TBC (kasus baru dan kambuh) menurut kabupaten/kota, 2018	33
Gambar 11. Cascade of care untuk TBC RO tahun 2014-2018	35
Gambar 12. Peta distribusi fasilitas layanan TBC RO di Indonesia per November 2019	36
Gambar 13. Cascade penemuan dan pengobatan kasus TBC RO tahun 2016-2019	37
Gambar 14. Tren proporsi kasus TBC yang dites HIV dan hasil tes HIV positif tahun 2013-2018	38
Gambar 15. Proporsi kasus TBC yang di-tes HIV menurut provinsi tahun 2018	38
Gambar 16. Distribusi proporsi kasus TBC yang mengetahui status HIV menurut kabupaten/kota tahun 2018	39
Gambar 17. Cascade of care untuk TB-HIV	40
Gambar 18. Cakupan pengobatan TBC pada anak tahun 2016-2019	41
Gambar 19. Cakupan pengobatan TBC pada anak per provinsi tahun 2019	41
Gambar 20. Jumlah penemuan dan pengobatan kasus TBC RO pada anak tahun 2014-2019	42
Gambar 21. Cakupan pengobatan TBC RO pada anak tahun 2014-2019	42
Gambar 22. Jumlah anak dibawah usia 5 tahun yang mendapatkan PP-INH tahun 2016-2019	43
Gambar 23. Cakupan PP-INH pada anak < 5 tahun menurut provinsi tahun 2019	44
Gambar 24. Tipe diagnosis kasus TBC berdasarkan status kepemilikan rumah sakit	45
Gambar 25. Distribusi 916 alat tes cepat molekuler per Oktober 2019	48
Gambar 26. Distribusi Laboratorium biakan, uji kepekaan dan LPA tersertifikasi	48
Gambar 27. Sumber Pendanaan Program Tuberkulosis 2016-2019	53
Gambar 28. Tren kebutuhan dan sumber pembiayaan penanggulangan TBC di Indonesia 2015-2019	54
Gambar 29. Prioritas masalah menurut kerangka PCF	57
Gambar 30. Persentase konfirmasi bakteriologi pada kasus baru TBC paru menurut provinsi, 2018	60
Gambar 31. Proporsi konfirmasi bakteriologis diantara kasus baru TBC paru tahun 2018	60
Gambar 32. Luaran pengobatan TBCSO (%) menurut provinsi pada kohort pasien 2017	64
Gambar 33. Pemodelan intervensi penanggulangan TBC tahun 2020-2024	87
Gambar 34. Evaluasi implementasi DPPM di 16 kab/kota yang didukung oleh Project CTB, 2014-2018	173
Gambar 35. Peran fasyankes swasta dalam layanan TBC	174
Gambar 36. Revisi konsep dan model DPPM	178
Gambar 37. Kesenjangan pendanaan berdasarkan sumber pendanaan tahun 2020-2024	200

Ringkasan

Penulisan dokumen Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024 menggunakan pendekatan perencanaan dan penyusunan prioritas program yang berpusat pada masyarakat atau yang dikenal dengan *people-centred framework for TB programme planning and prioritization* -- selanjutnya disebut "*people-centred framework*" (PCF) -- yang merupakan salah satu rekomendasi WHO. Pendekatan ini menggunakan bukti-bukti epidemiologi yang berfokus pada karakteristik masyarakat (*people-centred*) serta perkembangan sistem layanan kesehatan yang berkesinambungan (*continuum of care*). Strategi dan intervensi untuk penanggulangan tuberkulosis periode 2020-2024 merupakan hasil dari serangkaian proses untuk perencanaan, yakni (1) penentuan prioritas masalah, (2) analisis akar masalah dan identifikasi area intervensi, serta (3) optimasi intervensi.

Dari konsensus pemangku kepentingan di tingkat nasional, teridentifikasi tujuh prioritas masalah tuberkulosis di Indonesia yang dikelompokkan berdasarkan tahapan layanan kesehatan yang berkesinambungan yaitu sebagai berikut:

1. Orang yang terdiagnosis Tuberkulosis tetapi tidak memulai pengobatan;
2. Orang dengan gejala Tuberkulosis yang tidak mencari pengobatan;
3. Orang dengan Tuberkulosis yang datang ke fasilitas kesehatan tetapi tidak didiagnosis;
4. Orang yang terdiagnosis Tuberkulosis dan diobati oleh pemberi layanan yang kesehatan tetapi tidak dilaporkan pada program;
5. Orang dengan pengobatan Tuberkulosis yang terlaporkan tetapi tidak sembuh atau tidak menyelesaikan pengobatannya;
6. Orang yang terinfeksi Tuberkulosis atau berisiko tinggi menjadi sakit Tuberkulosis.

Selanjutnya, dalam rangka menentukan intervensi terhadap prioritas masalah, maka terangkum dalam enam strategi penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia untuk periode tahun 2020-2024 sebagai berikut:

- Strategi 1. Penguatan komitmen dan kepemimpinan pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota untuk mendukung percepatan eliminasi tuberkulosis 2030.
- Strategi 2. Peningkatan akses layanan tuberkulosis bermutu dan berpihak pada pasien.
- Strategi 3. Optimalisasi upaya promosi dan pencegahan, pemberian pengobatan pencegahan tuberkulosis serta pengendalian infeksi.

- Strategi 4. Pemanfaatan hasil riset dan teknologi skrining, diagnosis, dan tatalaksana Tuberkulosis.
- Strategi 5. Peningkatan peran serta komunitas, mitra, dan multisektor lainnya dalam eliminasi tuberkulosis.
- Strategi 6. Penguatan manajemen program melalui penguatan sistem kesehatan.

Indonesia telah berkomitmen untuk menurunkan insidensi kasus tuberkulosis menjadi 65 per 100.000 penduduk pada tahun 2030. Upaya penanggulangan tuberkulosis di Indonesia tahun 2020-2024 diarahkan untuk mempercepat upaya Indonesia untuk mencapai eliminasi tuberkulosis pada tahun 2030, serta mengakhiri epidemi tuberkulosis di tahun 2050. Secara khusus, penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia tahun 2020-2024 bertujuan untuk:

1. Memperkuat manajemen program penanggulangan tuberkulosis yang responsif mulai dari pusat, provinsi, kabupaten, kota dan fasyankes.
2. Meningkatkan kualitas pelayanan tuberkulosis yang berpusat kepada kebutuhan masyarakat
3. Meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan tuberkulosis
4. Meningkatkan kebutuhan dan kepedulian masyarakat terhadap pentingnya penanggulangan tuberkulosis

Strategi penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024 dilaksanakan untuk mencapai target penurunan insidensi tuberkulosis dari 319 per 100.000 penduduk di tahun 2017 menjadi 190 per 100.000 penduduk serta menurunkan angka kematian akibat tuberkulosis dari 42 per 100.000 penduduk di tahun 2017 menjadi 37 per 100.000 penduduk di tahun 2024.

Arah Kebijakan dan Implementasi
Strategi Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024

1. Arah kebijakan upaya Penanggulangan Tuberkulosis berpedoman pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2020-2024, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024 dan Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis 2020-2024.
2. Memperhatikan dan menghormati harkat dan martabat manusia yang berkeadilan dan memperhatikan kesetaraan gender.
3. Dilaksanakan sesuai dengan asas desentralisasi dalam kerangka otonomi daerah terutama di tingkat Kabupaten Kota sebagai titik berat manajemen program, yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta menjamin ketersediaan sumber daya (dana, tenaga, sarana dan prasarana).
4. Penanggulangan Tuberkulosis diselenggarakan melalui penggalangan kerjasama dan kemitraan antara sektor pemerintah, non pemerintah, swasta dan masyarakat.
5. Penguatan kebijakan ditujukan untuk meningkatkan komitmen daerah dan sinergi antar Kementerian, Lembaga/Badan, BUMN, dan organisasi kemasyarakatan lainnya.
6. Penguatan penanggulangan Tuberkulosis dan pengembangannya ditujukan bagi kemudahan akses untuk penemuan dan pengobatan serta peningkatan mutu layanan sehingga mampu memutus mata rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi obat.
7. Kegiatan penemuan, pengobatan dan pencegahan dalam rangka penanggulangan Tuberkulosis wajib dilaksanakan oleh seluruh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) meliputi Puskesmas, Klinik Pengobatan serta Dokter Praktek Mandiri (DPM) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) meliputi Rumah Sakit Pemerintah dan swasta, Rumah Sakit Paru (RSP), Balai Besar/Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BB /BKPM);
8. Semua penyedia fasilitas layanan kesehatan wajib menerapkan strategi DOTS untuk menjamin kualitas layanan yang disediakan.
9. Pemerintah menjamin tersedianya sarana diagnosis Tuberkulosis dan Obat anti Tuberkulosis (OAT) yang bermutu untuk penanggulangan Tuberkulosis.

Bab 1. Pendahuluan

1.1. Komitmen Global dan Nasional dalam Penanggulangan Tuberkulosis

Komitmen global dalam mengakhiri Tuberkulosis dituangkan dalam ***End TB Strategy*** yang menargetkan penurunan kematian akibat Tuberkulosis hingga 90% pada tahun 2030 dibandingkan tahun 2015, pengurangan insiden Tuberkulosis sebesar 80% pada tahun 2035 dibandingkan dengan tahun 2015, dan tidak ada rumah tangga yang mengalami biaya katastrofik akibat TB pada tahun 2030. Dalam *End TB strategy* ditegaskan bahwa target tersebut diharapkan tercapai dengan adanya inovasi, seperti pengembangan vaksin dan obat TB dengan rejimen jangka pendek (WHO, 2019e).

Komitmen global yang ditunjukkan perumusan *End TB Strategy* kemudian ditindaklanjuti dengan pertemuan WHO *Global Ministerial Conference* di Moskow pada bulan November 2017. Sejumlah 117 delegasi dari berbagai negara menghadiri pertemuan tersebut. Terdapat tiga kesepakatan yang dihasilkan, yakni: 1) peningkatan kerjasama multisektoral, 2) evaluasi ketercapaian target dan 3) membangun akuntabilitas dalam pencapaian target *End TB Strategy* pada tahun 2030 (WHO, 2019f). Kemudian, pada *World Health Assembly* ke-71 yang diselenggarakan pada bulan Mei 2018, WHO diminta untuk mengembangkan suatu kerangka aksi untuk mengakselerasi pencapaian *End TB strategy*. Kerangka aksi tersebut dikenal sebagai *Multisectoral Accountability Framework* (MAF-TB). Setiap negara diharapkan untuk melakukan penilaian setiap komponen, melibatkan semua pemangku kepentingan, mengadopsi, menerapkan dan memantau implementasi MAF-TB (WHO, 2019c).

Pada tahun yang sama, diadakan juga Pertemuan Tingkat Tinggi Negara, *United Nations High Level Meeting* (UNHLM) yang dihadiri oleh pemimpin negara dan pejabat tinggi pemerintah dari negara-negara dengan beban kasus Tuberkulosis tinggi. Salah satu kesepakatan yang dicapai adalah komitmen untuk meningkatkan skala penerapan pengobatan pencegahan Tuberkulosis di negara-negara dengan beban kasus Tuberkulosis yang tinggi supaya bisa menjangkau total 30 juta orang di seluruh dunia, termasuk 4 juta anak di bawah lima tahun, 20 juta kontak Tuberkulosis dan 6 juta orang dengan HIV pada tahun 2022 (Stop TB Partnership, 2019b).

Tabel 1. Target penurunan kasus TBC di Indonesia 2018-2022 yang ditetapkan pada Pertemuan Tingkat Tinggi Negara (UNHLM)

Indikator	Tahun					Total
	2018	2019	2020	2021	2022	
Jumlah kasus Tuberkulosis Sensitif yang diobati	570.300	858.400	808.400	758.200	707.900	3.703.200
Jumlah kasus Tuberkulosis pada anak yang diobati	62.600	65.000	68.000	69.000	70.000	334.600
Jumlah kasus MDR-TB yang diobati	4.200	6.400	14.200	20.500	21.900	67.200
Jumlah kontak anak di bawah 5 tahun yang mendapat Terapi Pencegahan Tuberkulosis	21.830	65.140	93.010	118.120	140.230	438.330
Jumlah kontak umur lebih dari 5 tahun yang mendapat Terapi Pencegahan Tuberkulosis	42.800	99.892	208.553	355.873	444.196	1.151.314
Jumlah ODHA yang mendapat Terapi Pencegahan Tuberkulosis	13.766	4.306	3.923	4.659	3.179	29.833
Jumlah orang yang mendapatkan Terapi Pencegahan Tuberkulosis	78.400	169.340	305.490	478.650	587.600	1.619.480

Sumber: (Stop TB Partnership, 2019a)

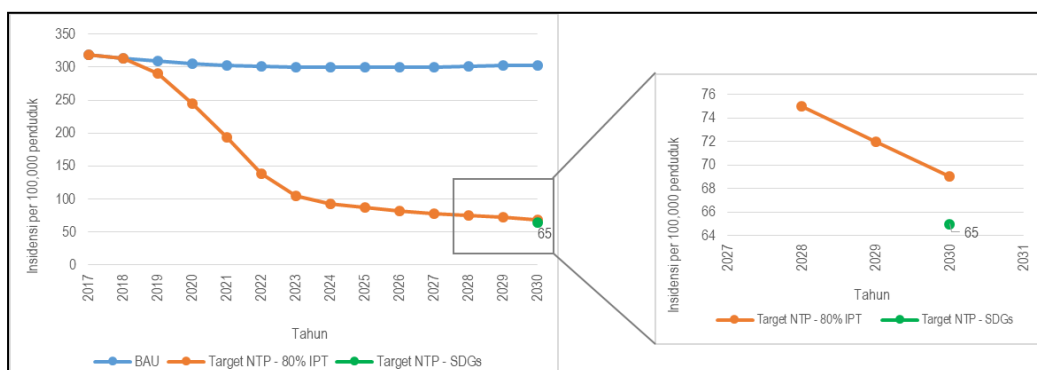
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah menyusun Peta Jalan Eliminasi Tuberkulosis di Indonesia 2020-2030. Dalam dokumen tersebut, disebutkan target penurunan insidensi tuberkulosis mendekati 65 kasus per 10.000 penduduk pada tahun 2030. Pencapaian target eliminasi tuberkulosis di Indonesia pada tahun 2030 dioptimasi dengan pemodelan epidemiologi tuberkulosis menggunakan perangkat *Tuberculosis Impact Model and Estimates* (TIME). Pemodelan menggambarkan proyeksi insidensi tuberkulosis pada beberapa waktu yang akan datang berdasarkan kondisi program saat ini (diistilahkan sebagai *business as usual* atau BAU) dengan penerapan intervensi kunci. Pemodelan untuk menuju eliminasi tuberkulosis tahun 2030 menggambarkan lima intervensi kunci sebagai berikut:

- Pengelolaan tuberkulosis laten, dengan target cakupan terapi pencegahan hingga 80% pada seluruh individual dengan infeksi laten pada tahun 2030;
- Skrining pada kelompok-kelompok dengan risiko tinggi tuberkulosis dan memperluas jangkauan layanan pada orang-orang dengan tuberkulosis di masyarakat yang selama ini tidak terdeteksi;
- Mencapai cakupan diagnosis terkonfirmasi bakteriologis yang tinggi pada terduga tuberkulosis pada tahun 2030,
- Ekspansi diagnosis bakteriologis dengan penggunaan tes cepat molekuler (TCM) hingga 80% pada seluruh terduga tuberkulosis pada tahun 2030;

- v. Meningkatkan investasi sumber daya untuk memperkuat layanan tuberkulosis sehingga dapat meningkatkan keberhasilan pengobatan tuberkulosis sensitif dan resistan obat.

Dengan penerapan intervensi kunci tersebut maka diperkirakan terjadi pengurangan insidensi tuberkulosis sebesar 73% pada tahun 2030 dibandingkan dengan tahun 2017 ().

Gambar 1. Proyeksi penurunan insidensi TBC tahun 2030 menurut pemodelan TIME Impact



Keterangan: Gambar di sebelah kanan menunjukkan kesenjangan antara insiden yang diproyeksikan dengan target eliminasi tuberkulosis pada tahun 2030

Sejalan dengan pemodelan tersebut, maka intervensi-intervensi yang termasuk dalam dokumen Strategi Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia tahun 2020-2024 akan dipotimasi menggunakan pemodelan TIME yang berdasarkan situasi kondisi dan sumber daya yang tersedia terkini. Ada 5 kondisi prasyarat sebagai basis pemodelan TIME untuk Strategi Penanggulangan TBC di Indonesia 2020-2024 yaitu:

- i. Cakupan kasus TBC yang terkonfirmasi bakteriologis dengan TCM tercapai hingga 75% pada tahun 2024;
- ii. Cakupan pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) hingga 68% pada semua kontak serumah kasus TBC;
- iii. Penemuan kasus TBC secara aktif pada kelompok penduduk risiko tinggi; dan
- iv. Tersedianya sumber daya yang dialokasikan untuk penguatan layanan TBC hingga kabupaten/kota melalui advokasi kepada pemerintah kabupaten/kota seperti yang tercantum dalam Standar Pelayanan Minimum (SPM).

Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang sehat melalui peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta. Upaya penanggulangan tuberkulosis yang dilakukan secara komprehensif akan mendukung sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing sehingga hal ini sangat relevan dengan agenda pembangunan Indonesia 2020-2024 seperti yang tercantum dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024. Selaras dengan RPJMN 2020-2024, upaya penanggulangan tuberkulosis juga merupakan bagian dari arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan nasional 2020-2024 yang merupakan bagian dari Rencana Jangka Panjang bidang Kesehatan (RPJPK) 2005-2025 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Adapun tujuan utama penanggulangan tuberkulosis yang tercantum dalam RPJMN 2020-2024 dan strategi pembangunan kesehatan nasional Kemenkes RI 2020-2024 adalah menurunkan insidensi tuberkulosis dari 319 per 100.000 penduduk di tahun 2017 menjadi 190 per 100.000 penduduk di tahun 2024 (Kementerian Kesehatan RI, 2020; Kementerian PPN/Bappenas Republik Indonesia, 2020).

Upaya menuju eliminasi tuberkulosis di Indonesia pada tahun 2030 seperti yang telah diamanatkan dalam RPJMN 2020-2024 dan Strategi Pembangunan Kesehatan Nasional 2020-2024 akan dicapai dengan penerapan enam strategi, yakni:

1. Penguatan komitmen dan kepemimpinan pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota untuk mendukung percepatan eliminasi tuberkulosis 2030;
2. Peningkatan akses layanan Tuberkulosis bermutu dan berpihak pada pasien;
3. Optimalisasi upaya promosi dan pencegahan, pemberian pengobatan pencegahan Tuberkulosis dan pengendalian infeksi;
4. Pemanfaatan hasil riset dan teknologi skrining, diagnosis, dan tatalaksana Tuberkulosis;
5. Peningkatan peran serta komunitas, mitra dan multisektor lainnya dalam eliminasi Tuberkulosis;
6. Penguatan manajemen program melalui penguatan sistem kesehatan.

Keenam strategi tersebut di atas akan dijabarkan dalam dokumen Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024. Dokumen ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi semua pemangku kepentingan dalam melaksanakan upaya penanggulangan tuberkulosis di Indonesia selama tahun 2020-2024.

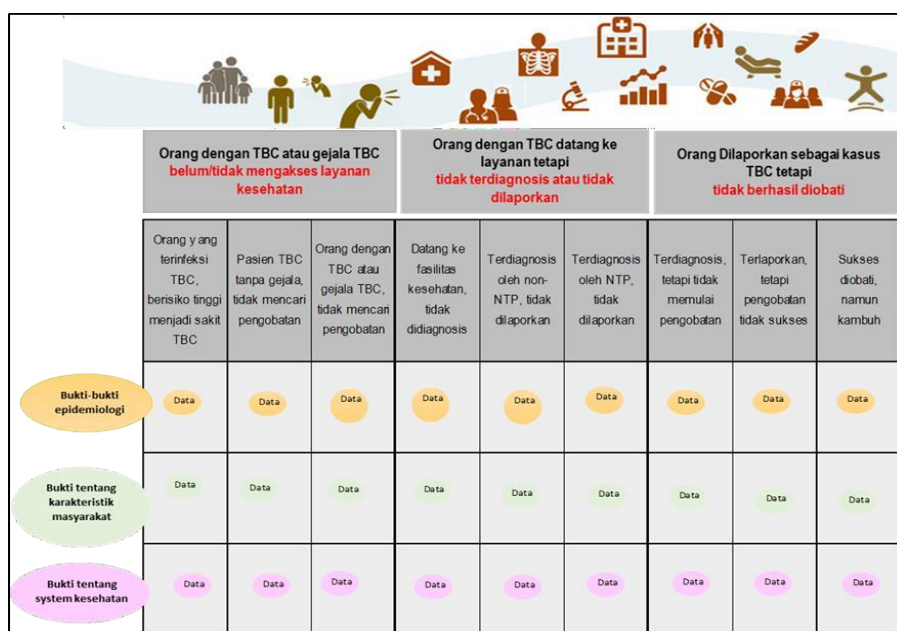
1.2. Kerangka dan Proses Penyusunan Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024

1.2.1. Kerangka perencanaan yang berpusat pada masyarakat

Penyusunan dokumen Strategi Pengendalian Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024 menggunakan kerangka perencanaan berpusat pada masyarakat/*people-centred planning framework* (PCF) yang direkomendasikan oleh WHO (WHO, 2019d). Kerangka PCF terdiri **tiga komponen utama**, yaitu:

- layanan kesehatan yang berkesinambungan (*along continuum of care*);
- perencanaan berdasarkan tiga tipe data (*three types of data*) yaitu (i) data epidemiologi, (ii) karakteristik masyarakat yang terkena dampak, dan (iii) bukti tentang sistem pelayanan kesehatan terkait pengendalian Tuberkulosis; dan
- tiga tahap perencanaan (*three planning steps*), yang meliputi: (1) penentuan prioritas masalah, (2) analisis akar masalah, dan (3) optimasi intervensi yang strategis.

Gambar 2. Kerangka perencanaan yang berpusat pada masyarakat (PCF framework)



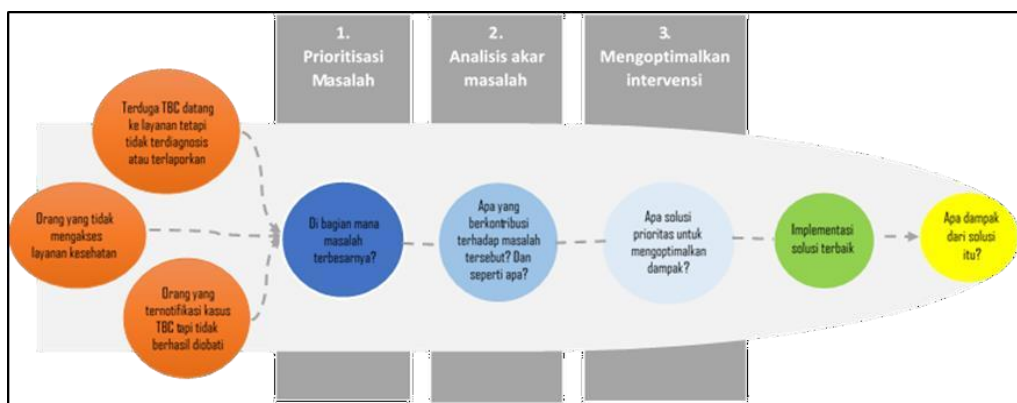
Sumber:(WHO, 2019d)

Dalam kerangka PCF, layanan kesehatan yang berkesinambungan disusun secara sistematis dengan memperhatikan tingkat kerentanan masyarakat terhadap timbulnya gejala TBC yang mencakup (1) orang dengan gejala tuberkulosis yang belum mengakses

sistem kesehatan, (2) orang dengan gejala tuberkulosis yang melakukan pencarian pengobatan namun tidak terdiagnosis atau tidak dilaporkan; dan (3) orang yang dilaporkan sebagai penderita tuberkulosis namun pengobatannya tidak sukses atau tidak lengkap. Selanjutnya, data-data terkait epidemiologi, populasi dan sistem kesehatan dikonsolidasi dan disajikan dalam kerangka layanan tuberkulosis yang berkesinambungan menurut tiga tingkat kerentanaan masyarakat seperti di atas.

Setelah pengelompokan ini, proses perencanaan dimulai dengan tahap pertama, yaitu menentukan prioritas masalah (*problem prioritization*) terkait tuberkulosis dengan skala 1-5 (tidak prioritas – sangat prioritas). Setelah menetapkan prioritas masalah, dilakukan identifikasi dan analisis akar masalah penyebab masalah prioritas (*root cause analysis*), dan selanjutnya menentukan intervensi-intervensi yang optimasi intervensi (*strategic intervention optimization*) untuk menyelesaikan akar masalah. Intervensi yang telah dipilih kemudian dilakukan optimasi dengan metode modeling. Secara ringkas proses perencanaan ini dapat digambarkan seperti Gambar 3 di bawah ini:

Gambar 3. Tiga tahap perencanaan dalam kerangka PCF



Sumber: (WHO, 2019d)

1.2.2. Proses penyusunan

Stranas Tuberkulosis 2020-2024 ini disusun sebagai acuan dan pedoman pelaksanaan strategi dan intervensi dalam penanggulangan tuberkulosis dalam periode lima tahun ke depan. Proses penyusunan Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024 melalui serangkaian kegiatan berupa:

1. Pertemuan awal penyusunan Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024 (Agustus 2019);
2. *Tuberculosis Epidemiology Review in Indonesia* (Jakarta, 16-27 September 2019);

3. Pertemuan Konsensus Nasional Penyusunan Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis yang melibatkan seluruh pemangku kepentingan di tingkat pusat dan daerah untuk membahas identifikasi masalah, akar masalah dan area intervensi (Jakarta, 14-18 Oktober 2019);
4. Pertemuan pengembangan dan konsultasi tim penulis dan Subdit Tuberkulosis (Oktober 2019 - Februari 2020);
5. Diskusi intervensi dan kegiatan dalam Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis 2020-2024 (Jakarta, 12-14 November 2019);
6. Pemodelan, penghitungan biaya dan penganggaran (November 2019-Januari 2020);
7. Pertemuan konsultasi dengan provinsi dan perwakilan kabupaten/kota dalam Monitoring dan Evaluasi Program Penanggulangan Tuberkulosis Nasional 2019 (Banda Aceh, 26-28 November 2019);
8. Lokakarya Penguatan Peran Multi-Sektor untuk Mengakhiri Tuberkulosis (Jakarta, 10 Desember 2019);
9. Diseminasi Awal Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis dan Respon Lintas Program/Sektor (Jakarta, 17 Januari 2020);
10. *Joint External Monitoring Mission* (20-30 Januari 2020);
11. Diskusi penyelesaian dokumen Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024 (Februari 2020).

Gambar 4. Rangkaian proses penyusunan Strategi Nasional Penanggulangan TBC 2020-2024



Struktur dokumen Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024 disusun sesuai dengan acuan metodologi pengembangan strategi nasional menurut WHO (WHO, 2015).

Bab 2. Analisis Kesenjangan dan Akar Masalah

2.1. Konteks Indonesia

Geografi dan populasi: Indonesia adalah negara kepulauan yang terdiri dari 17.504 pulau, yang dihuni oleh lebih dari 268 juta penduduk. Dalam hal jumlah penduduk, Indonesia menduduki peringkat keempat secara global. Masyarakat Indonesia terdiri dari berbagai kelompok etnis dan budaya. Indonesia memiliki keragaman 724 bahasa dan dialek (Mahendradhata et al., 2017). Dibandingkan dengan periode tahun 2015-2016, laju pertumbuhan penduduk pada tahun 2017-2018 sedikit mengalami menurun dibandingkan dengan periode 2015-2016, dari 1,14% menjadi 1,07%. Angka kelahiran total menurun dari 2,41 di tahun 2010, menjadi 2,28 di tahun 2015 (Kementerian PPN/Bappenas Republik Indonesia, 2020)

Pertumbuhan penduduk di Indonesia tidak terjadi secara merata antar pulau dan provinsi. Mayoritas penduduk Indonesia tinggal di pulau Jawa (58%) dan Sumatra (22%), meskipun luas wilayah pulau Jawa hanya 7% dari total wilayah daratan Indonesia. Pada tahun 2017, sekitar 55,2% populasi Indonesia tinggal di daerah perkotaan sedangkan sisanya tinggal di daerah pedesaan. Jumlah penduduk yang tinggal di perkotaan diperkirakan akan meningkat menjadi 67% pada tahun 2025. Indonesia tengah berada di tengah pergeseran pola demografis karena terjadi peningkatan jumlah populasi usia kerja dibandingkan dengan populasi lainnya (Mahendradhata et al., 2017)

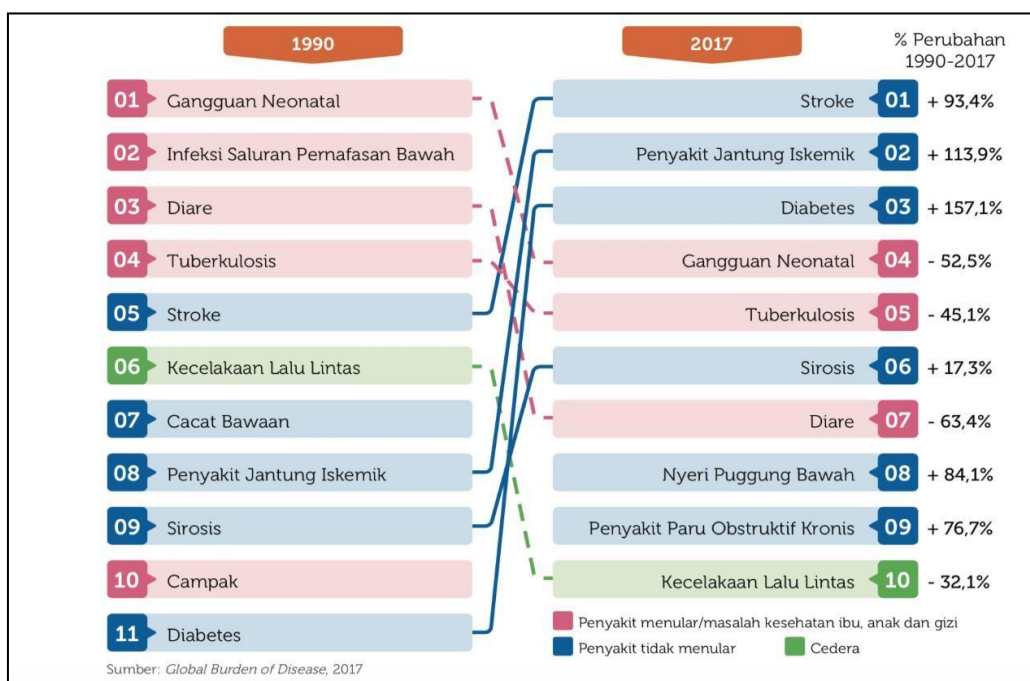
Politik: Indonesia merupakan negara Republik, yang dikelola oleh lembaga pemerintahan eksekutif, yudikatif dan legislatif. Lembaga pemerintahan eksekutif dipimpin oleh Presiden dan Wakil Presiden, yang dipilih langsung oleh rakyat. Sejak tahun 1999, Indonesia telah melaksanakan kebijakan desentralisasi sistem pemerintahan. Dalam sistem desentralisasi, sebagian besar pengeluaran negara dan pemberian layanan didelegasikan dari pemerintah pusat ke pemerintah provinsi dan kabupaten/kota. Presiden dan Wakil Presiden, kepala daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota) serta anggota Dewan Perwakilan Rakyat (Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota) dipilih melalui pemilihan umum langsung oleh Warga Negara Indonesia.

Ekonomi dan pembangunan: Indonesia merupakan negara berpenghasilan menengah yang sedang tumbuh secara ekonomi, dan stabil secara politik. Pertumbuhan perekonomian Indonesia saat ini berada pada urutan tertinggi keempat di Asia Timur, setelah Cina, Jepang dan Republik Korea. Secara global, Indonesia juga berada pada urutan pertumbuhan ekonomi tertinggi ke-6 di Asia Timur dan ke-34 dunia tahun 2018 menurut Bank Dunia. Angka kemiskinan mengalami penurunan, yang disertai dengan perbaikan indikator sosial secara bertahap. Namun demikian, jumlah kaum miskin di

perkotaan terus meningkat karena arus urbanisasi. Pada tahun 2017, tercatat 13% penduduk pedesaan dan 7% penduduk perkotaan berada di bawah ambang kemiskinan. Angka kemiskinan daerah perkotaan diproyeksikan melampaui pedesaan pada tahun 2020 (Mahendradhata et al., 2017).

Beban penyakit: Indonesia menghadapi beban ganda penyakit karena meningkatnya penyakit tidak menular dan masih tingginya insiden penyakit menular. Malnutrisi masih menjadi masalah kesehatan utama. Terdapat sekitar 30,8% (7 juta) anak di bawah usia lima tahun mengalami kerdil (*stunting*) (Kementerian PPN/Bappenas Republik Indonesia, 2020). Sementara itu, masalah kelebihan berat badan dan obesitas pada orang dewasa meningkat hingga lima kali lipat lebih tinggi daripada target RPJMN 2019 dalam kurun waktu 3 tahun (2016-2019) (Gani & Budiharsana, 2018). Angka kematian ibu di Indonesia sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup merupakan angka kematian ibu yang tertinggi di Asia Tenggara (Gani & Budiharsana, 2018). **Tuberkulosis menjadi salah satu dari lima penyebab utama beban penyakit pada tahun 2017. Selain itu, diabetes mellitus (DM) yang juga merupakan faktor risiko Tuberkulosis menjadi penyumbang beban penyakit ke-3 terbesar** (Gani & Budiharsana, 2018; Kementerian PPN/Bappenas Republik Indonesia, 2020).

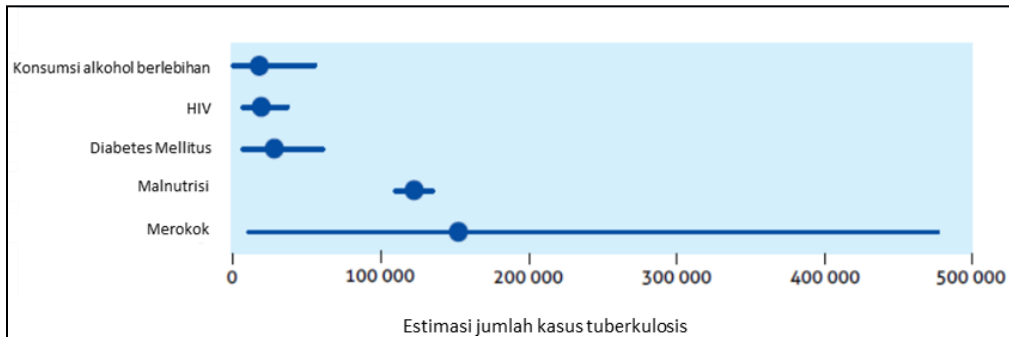
Gambar 5. Perubahan beban penyakit (*Disability Adjusted Life Years/DALYs*) tahun 1990 dan 2017 di Indonesia



Sumber: Rancangan Teknokratik. RPJMN 2020-2024. (Kementerian PPN/Bappenas Republik Indonesia, 2020)

Selain diabetes, terdapat beberapa faktor risiko tuberkulosis yang juga meningkat jumlahnya di Indonesia yaitu (i) perilaku merokok, (ii) malnutrisi, (iv) infeksi HIV, dan (v) minum minuman beralkohol dalam jumlah berlebihan (Gambar 6) (WHO, 2019a).

Gambar 6. Estimasi jumlah kasus TBC baru yang berhubungan dengan 5 faktor risiko tahun 2018



Sumber: (WHO, 2019a).

Strategi pembangunan kesehatan: Strategi pembangunan kesehatan dibuat dalam perodesasi lima tahunan, menyesuaikan dengan periode perencanaan pembangunan jangka menengah nasional. Strategi pembangunan kesehatan pada periode 2020-2024 diarahkan untuk mewujudkan masyarakat sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Untuk mencapai visi tersebut, maka Kementerian Kesehatan menetapkan misi: 1. Memperkuat upaya kesehatan yang bermutu dan menjangkau seluruh penduduk Indonesia; 2. Memberdayakan masyarakat dan mengarusutamakan pembangunan kesehatan; 3. Meningkatkan ketersediaan, pemerataan dan mutu sumberdaya kesehatan; dan 4. Memantapkan tatakelola pemerintahan yang baik, bersih dan inovatif. Pembangunan kesehatan pada periode 2020-2024 bertujuan untuk mencapai peningkatan cakupan kesehatan semesta yang bermutu, peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit, dan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat, serta mewujudkan masyarakat sehat dan bugar melalui pemberdayaan masyarakat dan pengarusutamaan kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Untuk dapat melakukan pemantauan pencapaian pembangunan kesehatan, ditetapkan Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan. Hal ini sesuai dengan Peraturan Pemerintah nomor 2 tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mengatur tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal. Standar Pelayanan Minimal digunakan sebagai bahan bagi pemerintah pusat untuk merumuskan kebijakan nasional, pemberian insentif, diinsentif dan sanksi administrasi

Kepala Daerah, serta akan berfungsi sebagai instrumen untuk melakukan Pengalokasian Dana Alokasi Khusus (DAK) ke daerah.

Sistem pelayanan kesehatan: Pelayanan kesehatan di Indonesia dijalankan oleh pemerintah maupun swasta. Di seluruh Indonesia terdapat 9800 Puskesmas yang menyediakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perseorangan (UKP) tingkat pertama di wilayah kerjanya. UKM tingkat pertama meliputi UKM esensial dan UKM pengembangan. UKM esensial meliputi: a). pelayanan promosi kesehatan; b). pelayanan kesehatan lingkungan; c). pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana; d). pelayanan gizi; dan e). pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit. UKM esensial merupakan keharusan bagi setiap puskesmas, sedangkan UKM pengembangan, disesuaikan dengan situasi dan kondisi. UKP tingkat pertama dilaksanakan dalam bentuk: a). rawat jalan; b). pelayanan gawat darurat; c). pelayanan satu hari (*one day care*); d). *home care*; dan/atau e). rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan. Selain itu, terdapat 23.875 pusat kesehatan masyarakat pembantu (Pustu), pusat kesehatan masyarakat keliling (Pusling), pos pelayanan kesehatan terpadu (Posyandu), 42.656 bidan desa, pondok bersalin desa (Polindes) yang tersebar di 75.000 desa di seluruh Indonesia. Data kesehatan seperti data kematian, imunisasi dan cakupan program kesehatan dikumpulkan oleh bidan desa yang kemudian dilaporkan ke Puskesmas (Mahendradhata et al., 2017). Rumah sakit pemerintah dikelola oleh Kementerian Kesehatan, kepolisian/TNI, Kementerian lain dan BUMN, serta pemerintah daerah (Provinsi, Kabupaten dan Kota). Jumlah total rumah sakit pemerintah pada tahun 2018 adalah 933 rumah sakit (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Tabel 2. Distribusi jumlah rumah sakit dan tempat tidur menurut jenis pengelola tahun 2015-2018

No.	Pengelola	Tahun 2015		Tahun 2016		Tahun 2017		Tahun 2018	
		RS	TT	RS	TT	RS	TT	RS	TT
1	Kementerian Kesehatan	14	10,568	14	10,494	14	10,748	15	11,086
2	Kepolisian	42	4,475	42	4,320	44	4,618	45	5,213
3	Tentara Nasional Indonesia	120	15,957	119	12,239	120	12,473	113	12,269
4	Kementerian Lain dan BUMN	61	7,020	67	8,855	14	1,303	55	6,054
5	Pemerintah Provinsi	68	18,904	75	19,452	87	22,067	91	22,441
6	Pemerintah Kabupaten	466	66,901	477	70,347	504	74,665	527	77,509
7	Pemerintah Kota	87	18,714	87	18,539	81	17,529	87	17,369
8	Swasta	1,093	106,716	1,164	112,180	1,334	128,499	1,336	129,141
Jumlah		1,951	249,255	2,045	256,426	2,198	271,902	2,269	281,082

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2019, per 9 Januari 2019
Keterangan: Rumah Sakit yang telah memiliki kode RS

Fasilitas pelayanan kesehatan oleh swasta meliputi rumah sakit dan klinik yang dikelola oleh institusi swasta, organisasi sosial dan keagamaan, serta dokter dan bidan praktik swasta. Rumah sakit swasta terus bertumbuh dalam tiga tahun terakhir. Jumlah rumah sakit swasta pada tahun 2018 adalah 1.336 rumah sakit (sekitar 59% dari seluruh jumlah rumah sakit di Indonesia)(Kementerian Kesehatan RI, 2018). Sebagian dokter dan bidan

praktik swasta merupakan pegawai pemerintah yang melakukan praktik swasta di luar jam kerja (Mahendradhata et al., 2017).

Sistem layanan kesehatan pemerintah dikelola sejalan dengan sistem desentralisasi di Indonesia, sesuai dengan pembagian tanggung jawab pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Kementerian Kesehatan bertanggung jawab atas pengelolaan beberapa rumah sakit tersier dan khusus, mengembangkan rencana strategis, penetapan standar, regulasi, memastikan ketersediaan sumber daya keuangan dan manusia, serta melakukan pengawasan jalannya jaminan kesehatan nasional. Beberapa kementerian dan lembaga pemerintah lainnya di tingkat pusat seperti Kementerian Dalam Negeri, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial – Kesehatan (BPJS-K), serta Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) juga terkait dalam pengelolaan sektor kesehatan. Pemerintah provinsi bertanggung jawab atas pengelolaan rumah sakit tingkat provinsi, melakukan pengawasan teknis dan pemantauan layanan kesehatan kabupaten, dan mengkoordinasikan masalah kesehatan lintas kabupaten. Pemerintah kabupaten/kota bertanggung jawab atas pengelolaan rumah sakit kabupaten/kota, dan mengkoordinasi program kesehatan masyarakat yang dilaksanakan oleh pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) dan fasilitas pelayanan kesehatan terkait lainnya (Mahendradhata et al., 2017).

Pemanfaatan teknologi untuk memperkuat sistem rujukan menjadi salah satu perhatian dalam RPJMN 2020-2024. Pemanfaatan teknologi yang dimaksudkan termasuk pengembangan rujukan daring, perluasan dan pengembangan *telemedicine*, digitalisasi rekam medik, serta perluasan pelayanan kesehatan bergerak/*flying health care* (Kementerian PPN/Bappenas Republik Indonesia, 2020).

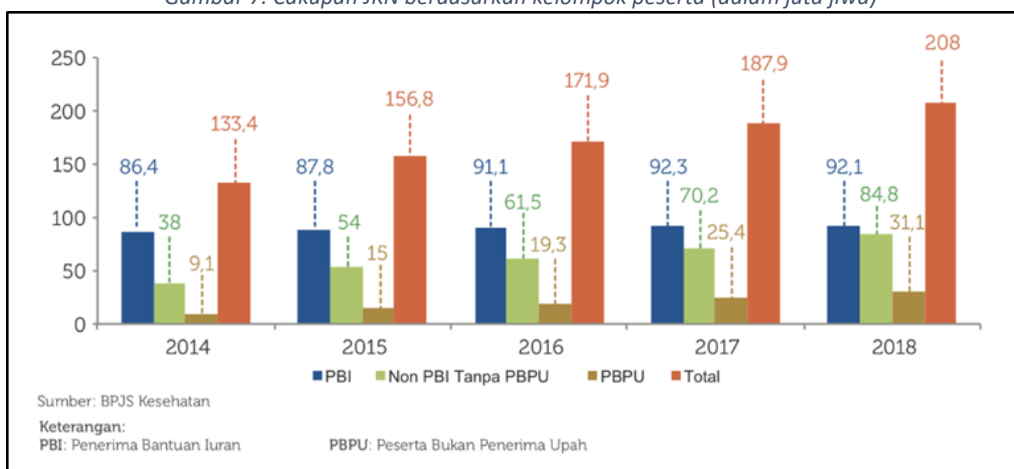
Selain itu, Indonesia menghadapi tantangan dalam aspek inequitas akses pelayanan kesehatan. Ketersediaan dan distribusi fasilitas pelayanan dasar masih menjadi masalah terutama di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (Kementerian PPN/Bappenas Republik Indonesia, 2020). Data dari Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa hanya 37,1% dari 254.087 rumah tangga menyampaikan bahwa akses ke rumah sakit mudah. Proporsi persepsi kemudahan akses ke rumah sakit lebih besar pada rumah tangga di perkotaan dibanding dengan pedesaan (53,9% vs. 14,6%). Persepsi kemudahan akses ke Puskesmas dinyatakan oleh 39,2% dari 275.416 rumah tangga. Sama halnya dengan temuan tentang persepsi akses rumah sakit, persepsi kemudahan akses ke Puskesmas juga lebih tinggi untuk masyarakat perkotaan dibanding dengan pedesaan (46,1% vs. 31,0%). Selain itu, standar ketersediaan tenaga kesehatan juga belum terpenuhi secara optimal (Gani & Budiharsana, 2018).

Biaya dan Pembiayaan Kesehatan: Belanja kesehatan di Indonesia selama kurun waktu 2010-2016 tidak mengalami peningkatan yang signifikan. Persentase belanja kesehatan terhadap Produk Domestik Bruto relatif konstan dan hanya sedikit naik menjadi 3,3%. Tingkat pengeluaran kesehatan Indonesia hanya sebesar 5,9% dari Produk Domestik Bruto (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Selama tahun 2010-2016, persentase belanja kesehatan terhadap Produk Domestik Bruto di Indonesia hanya sedikit meningkat sebesar 3,3%. Tingkat pengeluaran kesehatan Indonesia (*Total Health Expenditure*) hanya sebesar 5,9% dari Produk Domestik Bruto. Angka tersebut termasuk yang terendah di dunia dibandingkan dengan negara-negara berpenghasilan menengah ke bawah lainnya.

Pemerintah mengembangkan skema asuransi kesehatan nasional yang bersifat wajib yang dirancang untuk membuka jalan bagi pencapaian cakupan semesta. Skema yang dikenal sebagai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini ditujukan untuk membiayai pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia sejak tahun 2019. Semua skema asuransi kesehatan milik Pemerintah yang sudah ada sebelumnya seperti Askes, Jamkesmas, Jamsostek dan Jamkesda disatukan dalam JKN dan dikelola di bawah satu lembaga yakni Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) (Wiseman et al., 2018). Cakupan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional meningkat dari 62% di tahun 2015 menjadi 83,3% (sekitar 223 juta penduduk) di tahun 2019 (Data BPJS per 1 Juli 2019) (Kementerian PPN/Bappenas Republik Indonesia, 2020). Namun demikian, masih diperlukan harmonisasi antara regulasi Jaminan Kesehatan Nasional dengan Jaminan Sosial bidang Ketenagakerjaan.

Gambar 7. Cakupan JKN berdasarkan kelompok peserta (dalam juta jiwa)



Sumber: (Kementerian PPN/Bappenas Republik Indonesia, 2020)

Namun demikian, pembiayaan JKN masih terbatas untuk upaya kesehatan perorangan yang cenderung kuratif. Pembiayaan upaya kesehatan masyarakat belum melalui mekanisme tarif dan mekanisme JKN. Pembiayaan program-program kesehatan dari pemerintah pusat bersumber dari APBN yang bersumber dari Rupiah Murni, Pendapatan Nasional Bukan Pajak, Pinjaman dan/atau Hibah Luar Negeri, serta skema pembiayaan yang lain seperti Kerjasama Pemerintah dan Badan Usaha (KPBU) dan *Corporate Social Responsibility* (CSR) (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Adanya JKN juga perlu dievaluasi kembali untuk menilai dampaknya dalam peningkatan ekuitas kesehatan dan pemanfaatan sistem pelayanan kesehatan. Evaluasi pada mekanisme pembiayaan kesehatan juga perlu dilakukan untuk kemudian diharmonisasi dengan mekanisme pembiayaan JKN. Pertumbuhan sektor pelayanan kesehatan swasta merupakan indikasi perlunya untuk pelibatan sektor swasta dalam program penanggulangan penyakit (The World Bank, 2018).

Peran Serta Masyarakat dalam Pembangunan Kesehatan: Peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan terus diperkuat dengan adanya Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) yang diamanatkan dengan Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017. Diharapkan Germas dilaksanakan oleh seluruh unsur masyarakat. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat meliputi peningkatan kegiatan aktifitas fisik, mengkonsumsi sayur dan buah, tidak merokok, tidak mengkonsumsi minuman beralkohol berlebihan, memeriksa kesehatan secara rutin, membersihkan lingkungan dan menggunakan jamban (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Dalam kehidupan bermasyarakat, telah terdapat berbagai organisasi kemasyarakatan baik yang berbasiskan agama (misalnya Muhammadiyah, Nahdatul Ulama, dan lain sebagainya) dan organisasi sosial kemasyarakatan, misalnya Pembinaan Kesejahteraan Keluarga/PKK). Dalam menjalankan program kesehatan masyarakat, telah dibentuk kader kesehatan di setiap desa/kelurahan.

Kesetaraan Gender dan Pemenuhan Hak Asasi Manusia: Ketimpangan gender masih merupakan persoalan pembangunan nasional di Indonesia. Data dari Susenas (2015) menunjukkan bahwa partisipasi angkatan kerja perempuan hanya sekitar 51% dibandingkan dengan laki-laki sebesar 82%. Data tahun 2014 menunjukkan bahwa keterwakilan perempuan di Dewan Perwakilan Rakyat hanya berkisar 17%. Namun di sisi lain, kesetaraan gender telah menjadi bagian dari kebijakan pemerintah Indonesia.

Pada naskah RPJMN 2020-2024, disebutkan bahwa *“strategi pembangunan nasional harus memastikan perspektif gender untuk mencapai pembangunan yang lebih adil dan merata bagi seluruh penduduk Indonesia baik laki-laki maupun perempuan”*. Selain itu, pemenuhan hak asasi manusia juga telah menjadi kebijakan nasional. Pemenuhan hak asasi manusia dipandang sebagai salah satu strategi untuk mewujudkan Indonesia

sebagai bangsa yang maju, mandiri dan adil. Pemerintah telah menetapkan “perlunya pelaksanaan jaminan perlindungan hak asasi manusia dan pemenuhan keadilan dalam proses pembangunan”.

2.2. Perkembangan dan Tantangan Upaya Penanggulangan Tuberkulosis Tahun 2016-2019

Beban Penyakit Tuberkulosis: Menurut laporan WHO, Indonesia berada dalam daftar 30 negara dengan beban tuberkulosis tertinggi di dunia dan menempati peringkat tertinggi ketiga di dunia terkait angka kejadian tuberkulosis. Insidensi tuberkulosis di Indonesia pada tahun 2018 adalah 316 per 100.000 penduduk atau diperkirakan sekitar 845.000 penduduk menderita tuberkulosis pada tahun 2018. Laporan WHO juga memperkirakan angka kematian tuberkulosis di Indonesia yaitu sekitar 35 per 100.000 penduduk atau terdapat sekitar 93.000 orang meninggal akibat tuberkulosis pada tahun 2018 (WHO, 2019a).

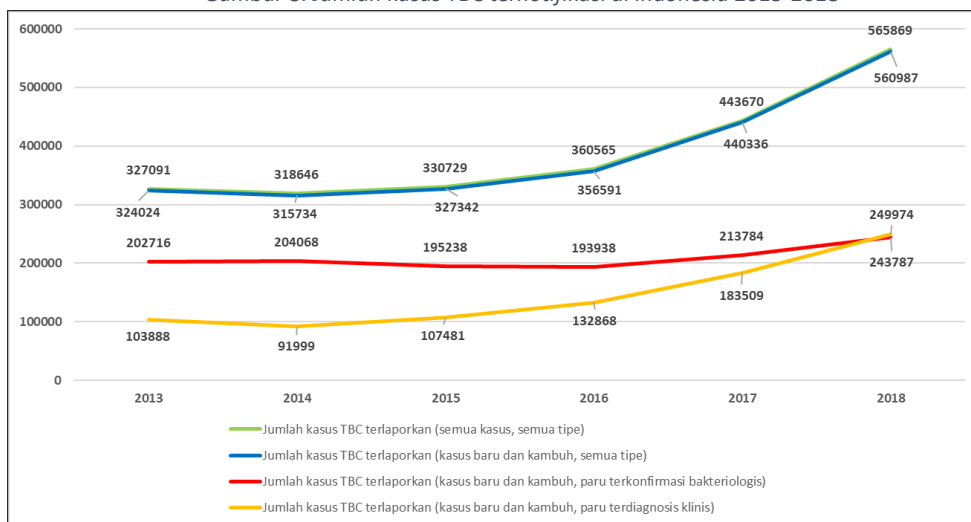
Beban penyakit tuberkulosis yang tertinggi diperkirakan berada pada kelompok usia muda dan produktif 25-34 tahun, dengan prevalensi 753 per 100.000 penduduk. Survei Prevalensi Tuberkulosis di Indonesia (SPTB) 2013-2014 menunjukkan prevalensi tuberkulosis pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi tuberkulosis pada perempuan (1.083 per 100.000 penduduk dibandingkan dengan 461 per 100.000 penduduk). Beban kejadian tuberkulosis di perkotaan lebih tinggi (846 per 100.000 populasi) dibandingkan dengan pedesaan (674 per 100.000 populasi) dan di antara lansia yang berusia di atas 65 tahun (1.582 per 100.000) (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Total biaya yang ditanggung oleh rumah tangga adalah 133 USD untuk pasien tuberkulosis sensitive Obat dan 2.804 USD untuk pasien TB MDR. Proporsi rumah tangga yang mengalami biaya katastrofik akibat tuberkulosis sensitif obat adalah 36% (43% pada rumah tangga miskin dan 25% pada rumah tangga yang tidak miskin). Proporsi rumah tangga yang mengalami biaya katastrofik akibat TB MDR adalah 83%. Biaya katastrofik pada rumah tangga miskin disebabkan karena status pasien tuberkulosis sebagai pencari nafkah, kehilangan pekerjaan, dan riwayat pengobatan sebelumnya (Fuady et al., 2018).

Notifikasi dan Pengobatan Tuberkulosis Sensitif Obat (TBC SO): Jumlah penemuan dan pelaporan kasus tuberkulosis (selanjutnya disebut “notifikasi kasus tuberkulosis”) meningkat tajam sejak tahun 2017 sebagai hasil dari upaya penyisiran kasus tuberkulosis di rumah sakit. Notifikasi kasus tuberkulosis meningkat dari 443.670 kasus pada tahun 2017 menjadi 565.869 kasus pada tahun 2018 (Gambar 8Error! Reference

source not found.) (WHO, 2019b). Walaupun notifikasi kasus tuberkulosis meningkat dari 2017 ke tahun 2018, namun penegakan diagnosis tuberkulosis secara bakteriologis menurun sekitar 5% diantara kasus tuberkulosis yang dilaporkan pada tahun 2017 dan 2018 (Gambar 8) (WHO, 2019b).

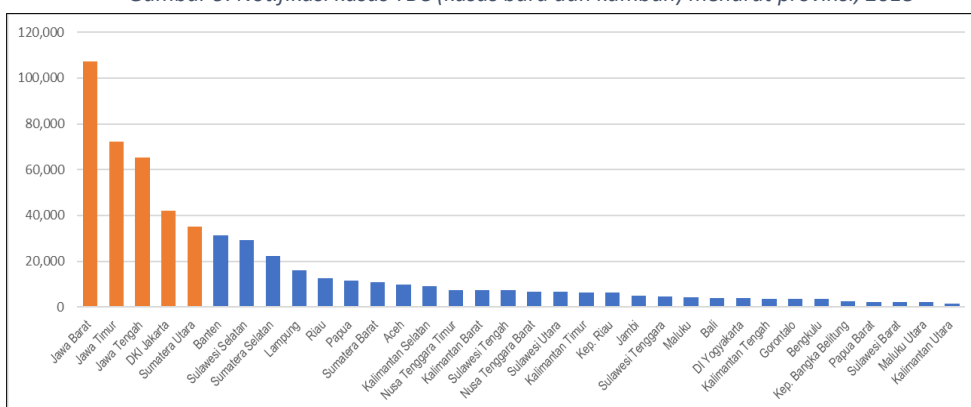
Gambar 8. Jumlah kasus TBC ternotifikasi di Indonesia 2013-2018



Sumber: (WHO, 2019b)

Di tingkat provinsi, ada lima provinsi yang berkontribusi lebih dari 50% notifikasi kasus tuberkulosis tahun 2018, yaitu yakni Jawa Barat (105.794 kasus), Jawa Timur (71.791 kasus), Jawa Tengah (65.014 kasus), DKI Indonesia (41.441 kasus), dan Sumatera Utara (35.035 kasus) (Gambar 9) dimana kelima provinsi ini merupakan wilayah dengan jumlah penduduk terpadat se-Indonesia (WHO, 2019b).

Gambar 9. Notifikasi kasus TBC (kasus baru dan kambuh) menurut provinsi, 2018



Sumber: (WHO, 2019b)

Namun demikian, penemuan kasus tuberkulosis terbanyak di tingkat kabupaten/kota tidak selalu mencerminkan penemuan kasus yang tinggi di wilayah yang terpadat penduduknya. Penemuan kasus tuberkulosis tertinggi dan yang dilaporkan yaitu berasal dari Kabupaten Bogor, Kota Bandung, Kota Jakarta Timur, Kota Medan, dan Kota Makassar (WHO, 2019b).

Gambar 10. Notifikasi kasus TBC (kasus baru dan kambuh) menurut kabupaten/kota, 2018



Sumber: (WHO, 2019b)

Cakupan pengobatan tuberkulosis belum mencapai target yang direkomendasikan WHO, meskipun meningkat secara substansial dari 53% pada tahun 2017 menjadi 67% (61-73%) pada tahun 2018. Pada tahun 2017, **tingkat keberhasilan pengobatan di antara kasus tuberkulosis yang baru dan kambuh serta di antara kasus-kasus tuberkulosis sensitif obat yang diobati sebelumnya masih di bawah target global 90% (masing-masing 84,7% dan 71,7%)**. Proporsi kasus tuberkulosis sensitif obat yang sembuh menurun, sementara proporsi kasus yang menyelesaikan pengobatan secara lengkap meningkat. Hal ini konsisten dengan data yang menunjukkan penurunan kasus tuberkulosis terkonfirmasi bakteriologi di antara kasus yang dilaporkan. Ada tren peningkatan keberhasilan pengobatan pada kasus TBC SO dan TB-HIV (60% pada tahun 2015 menjadi 70% pada tahun 2017). Menurut laporan WHO tahun 2018, tingkat keberhasilan pengobatan pada kelompok TB MDR/Resistan Rifampisin (RR) pada tahun 2014 adalah 51%. Tingkat keberhasilan pengobatan pada pasien TB-XDR adalah 13% (WHO, 2019a). Sebanyak 27% dari perkiraan pasien telah mengkonfirmasi pengobatan yang berhasil, 5% memiliki hasil akhir yang gagal, dan sisanya 68% tidak dikonfirmasi (Surya et al., 2017).

Merokok, kekurangan gizi, dan diabetes mellitus (DM) adalah faktor risiko yang berkaitan dengan kejadian tuberkulosis di Indonesia. Diperkirakan lebih dari 152.000 kasus tuberkulosis terkait dengan perilaku merokok. Kekurangan gizi dan DM diperkirakan berkontribusi masing-masing lebih dari 120.000 dan 25.000 kasus tuberkulosis (WHO, 2018). Survei Prevalensi Tuberkulosis (SPTB) tahun 2013-2014 menemukan bahwa proporsi kasus tuberkulosis dua kali lebih tinggi di antara pasien yang melaporkan memiliki riwayat diabetes melitus, merokok, atau hidup dengan pasien tuberkulosis dibandingkan dengan mereka yang tidak melaporkan adanya ketiga faktor tersebut. Proporsi kasus tuberkulosis di antara populasi yang melaporkan adanya riwayat tuberkulosis sebesar 7 kali lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak melaporkan (3,7% vs. 0,5%) (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Data indikator *Sustainable Development Goals* pada tahun 2018 juga menunjukkan bahwa adanya peningkatan faktor risiko yang berkaitan dengan tuberkulosis seperti HIV, diabetes dan merokok (WHO, 2018). Prevalensi HIV meningkat dari 0,1% pada tahun 2000 menjadi 0,4% pada tahun 2018 pada orang dewasa berusia 15-49 tahun. Pada tahun 2018, UNAIDS memperkirakan bahwa terdapat 770.000 orang (570.000 – 1.100.000) yang hidup dengan HIV untuk semua usia (UNAIDS, 2019).

Skrining pada populasi berisiko di atas dipandang cukup penting. Hasil Survei Prevalensi Tuberkulosis tahun 2013-2014 menunjukkan sebanyak 42,5% (181 dari 426) kasus tuberkulosis tidak memiliki gejala batuk ≥ 14 hari atau batuk darah, namun memiliki hasil ronsen paru abnormal (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

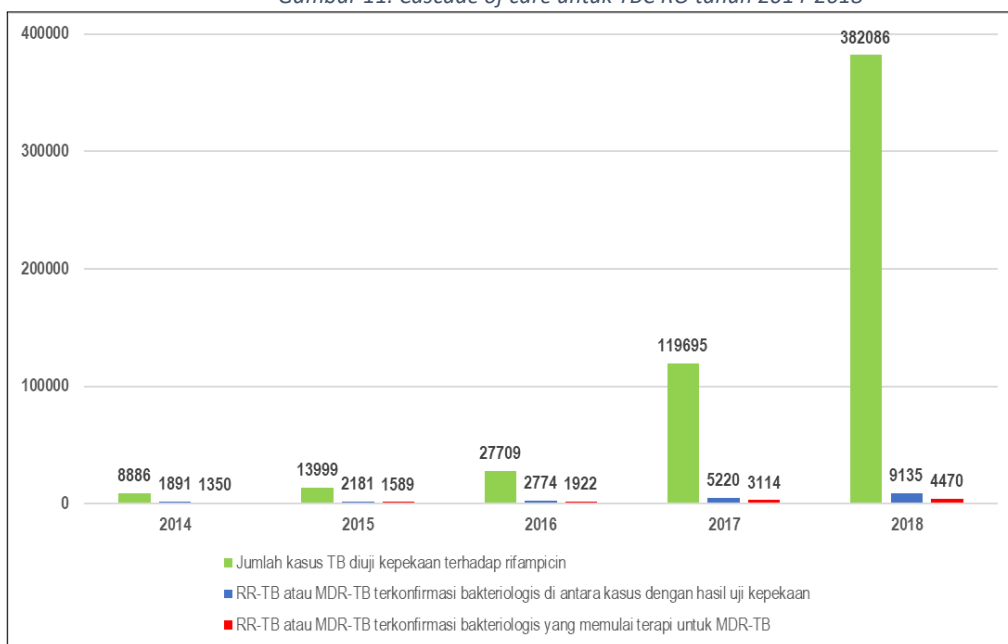
Penelitian *Patient Pathways Analysis* yang dilakukan pada tahun 2017 menemukan bahwa hanya 24% dari orang dengan gejala tuberkulosis mengunjungi fasilitas pelayanan kesehatan. Studi tersebut juga menunjukkan bahwa 74% orang mulai mencari pengobatan di fasilitas kesehatan swasta baik pemberi layanan kesehatan formal maupun informal. Sementara itu, kapasitas diagnostik di fasilitas pelayanan kesehatan sektor swasta formal masih sangat terbatas. Hasil lain dari *Patient Pathways Analysis* menunjukkan bahwa terdapat 2% orang dengan gejala tuberkulosis mencari pengobatan di Level 1/L1 (dokter umum/klinik pratama) dan 59% di Level 2/L2 (rumah sakit) (Surya et al., 2017).

Penemuan dan Pengobatan Kasus Tuberkulosis Resisten Obat (TBC RO): Survei resistensi obat anti tuberkulosis (SROAT) pada tahun 2017-2018 memperkirakan proporsi Resistensi Rifampisin (RR) kasus baru tuberkulosis sebesar 2,6% (1,9-2,5%) dan kasus pengobatan ulang tuberkulosis sebesar 17,8% (12,5-24,7%) diantara kasus tuberkulosis dengan hasil pemeriksaan dahak bakteri tahan asam (BTA) positif. Proporsi

kasus tuberkulosis *multi-drug resistant tuberculosis* (TB MDR) pada kasus baru tuberkulosis sebesar 1,4% (0,9-2,2%) dan kasus pengobatan ulang tuberkulosis sebesar 12,4% (8-18,7%) di antara kasus tuberkulosis dengan BTA positif (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan dan Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2018). Perkiraan tingkat kejadian TB MDR tahun 2018 adalah 8,8 kasus per 100.000 penduduk atau sebesar 24.000 kasus (WHO, 2019a).

Indonesia membuat beberapa kemajuan dalam **Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat (MTPTRO)**. Skrining kasus baru yang terkonfirmasi bakteriologis untuk TBC RO meningkat dari 16% pada tahun 2017 menjadi 33% pada tahun 2018. Terdapat peningkatan pemeriksaan kasus terduga tuberkulosis resistan obat, dari 8.886 kasus di 2014 menjadi 382.086 kasus di 2018. Selain itu, terdapat peningkatan laporan kasus TBC RO (TB-MDR/TB-RR) yang memulai pengobatan dari 1.350 kasus menjadi 4.470 kasus (Gambar 11).

Gambar 11. Cascade of care untuk TBC RO tahun 2014-2018



Sumber: Indonesia Tuberculosis epidemiological review 2019 (WHO, 2019b)

Selain itu, 100% dari kasus pengobatan ulang telah dites resistensi selama beberapa tahun terakhir. Akses ke pemeriksaan uji kepekaan obat lini kedua di antara kasus TBC

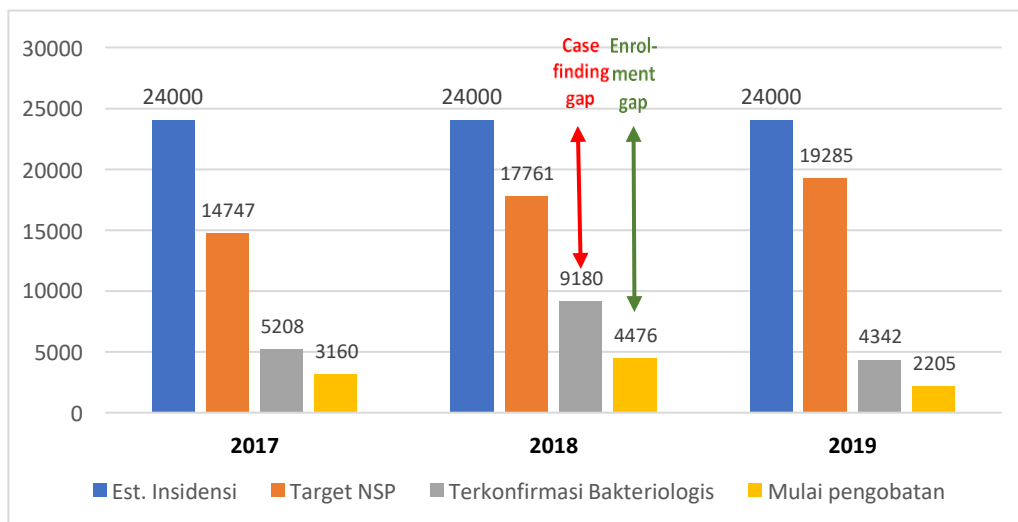
RO meningkat dari 36% pada tahun 2017 menjadi 60% pada tahun 2018. Sebanyak 815 dari 964 mesin TCM telah didistribusikan. Tujuh laboratorium pemeriksaan *line probe assays* untuk obat lini kedua (*Second Line – Line Probe Assays*/SL-LPA) telah dikembangkan pada akhir Juni 2019. Pedoman nasional pemeriksaan LPA telah direvisi berdasarkan pedoman baru dari *Global Laboratory Initiative*. Hingga November 2019, jumlah layanan TBC RO di Indonesia telah tersedia di 233 rumah sakit/balai kesehatan dan 1.988 fasilitas layanan kesehatan satelit TBC RO yang tersebar di 34 provinsi (Ministry of Health Republic of Indonesia, 2019) (Gambar 12).

Gambar 12. Peta distribusi fasilitas layanan TBC RO di Indonesia per November 2019

Selama 2017-2018 terdapat peningkatan jumlah kasus TBC RO yang dilaporkan dari 5.208 kasus menjadi 9.180 kasus. Rejimen oral individual telah diimplementasikan sejak bulan Oktober 2019, sedangkan rejimen oral jangka pendek akan mulai diterapkan pada bulan Januari 2020 (Ministry of Health Republic of Indonesia, 2019). Dokumen mengenai rencana transisi rejimen baru pengobatan tuberkulosis resistan obat termasuk rencana pengadaan obat dan pelatihan telah disiapkan.

Disamping keberhasilan MPTRO diatas, masih terdapat beberapa tantangan seperti **rendahnya cakupan diagnosis dan pengobatan pada kasus baru tuberkulosis resistan obat**. Cakupan diagnosis TBC RO terkonfirmasi bakteriologis hanya 38% atau sekitar 9.180 kasus TBC RO terkonfirmasi bakteriologis diantara 24.000 estimasi insidens kasus TBC RO di Indonesia. Diantara kasus TBC RO yang terkonfirmasi bakteriologis tersebut, hanya sekitar 49% atau 4,464 pasien TBC RO yang memulai pengobatan atau dengan kata lain, hanya sekitar 19% pasien TBC RO yang memulai pengobatan diantara 24.000 estimasi insidens kasus TBC RO di Indonesia. Dengan demikian, masih terdapat sekitar **62% kasus TBC RO yang tidak dilaporkan maupun tidak terdiagnosis dan 81% pasien terduga TBC RO yang tidak memulai pengobatan diantara perkiraan 24.000 insidens kasus TBC RO** (Ministry of Health Republic of Indonesia, 2019) (Gambar 13). Alasan utama yang menyebabkan tingginya kesenjangan pengobatan pasien TBC RO antara lain (i) faskes layanan TBC RO yang tersedia tidak sebanding dengan jumlah pasien TBC RO, eskpansi layanan TBC RO berjalan lambat, (ii) akses layanan TBC RO dianggap sulit oleh pasien, pasien menolak diobati TBC RO (16%), (iii) pasien TBC RO tidak terlacak (28%) atau pasien meninggal dunia sebelum mulai pengobatan (16%), dan (iv) rendahnya dukungan masyarakat setempat saat pra-pengobatan.

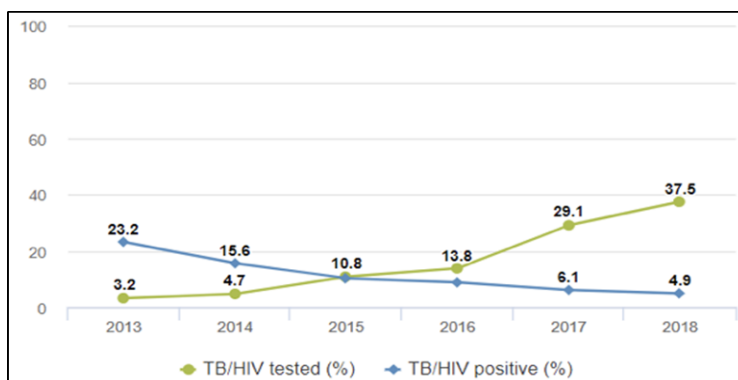
Gambar 13. Cascade penemuan dan pengobatan kasus TBC RO tahun 2016 -2019



Untuk mengatasi berbagai permasalahan terkait TBC RO tersebut, peran konselor dan atau tenaga kesehatan di fasyankes sangat penting, salah satunya adalah konseling. Konselor dan atau petugas kesehatan harus mampu berkomunikasi, memberikan informasi, edukasi dan motivasi kepada pasien supaya pasien mau berobat sejak terkonfirmasi resisten rifampisin, selama pasien masih dalam pengobatan, hingga pasien sembuh. Oleh karena itu, dalam rangka mendukung peningkatan kapasitas SDM khususnya konselor/tenaga kesehatan maka Ditjen P2P bekerjasama dengan BPPSDMK, bidang PPSDMK mengadakan peningkatan kapasitas SDM-nya melalui Pelatihan bagi Pelatih Konseling TBC RO pada tahun 2019. Pelatih Konseling TBC RO yang telah dilatih ini diharapkan dapat menjadi pelatih dan menyediakan para konselor dan atau tenaga kesehatan yang mampu memberikan konseling kepada pasien TBC RO di fasilitas pelayanan kesehatan nantinya.

TB-HIV: WHO memperkirakan insidens tuberkulosis dengan koinfeksi HIV (TB-HIV) adalah 7,9 (95% CI: 3,3-14) per 100.000 penduduk atau sekitar 21.000 (95% CI: 8.900-38.000) kasus TB-HIV pada tahun 2018 (WHO, 2019a). Proporsi pasien TB-MDR dengan infeksi HIV sebesar 3-5% pada tahun 2014-2016, dan 5% pada tahun 2018. Proporsi pasien tuberkulosis yang dites HIV meningkat dari 3,2% di tahun 2013 menjadi 37,5% di tahun 2018, sebaliknya, proporsi HIV positif diantara pasien tuberkulosis yang dites HIV-nya menurun dari 23% di tahun 2013 menjadi 5% di tahun 2018 (Gambar 14) (WHO, 2019b).

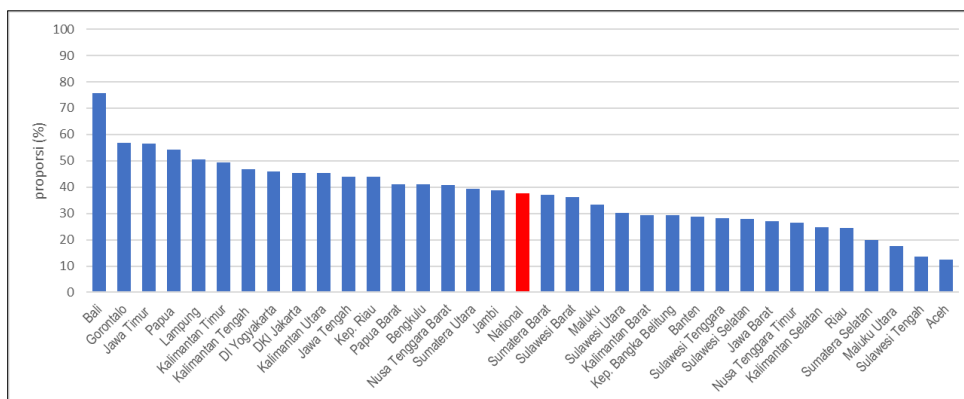
Gambar 14. Tren proporsi kasus TBC yang dites HIV dan hasil tes HIV positif tahun 2013-2018



Sumber: (WHO, 2019b)

Provinsi Bali memiliki proporsi kasus tuberkulosis tertinggi yang dites untuk HIV atau dengan status HIV yang diketahui (76%), sedangkan Provinsi Aceh merupakan provinsi dengan kasus TB-HIV terendah (13%) (Gambar 15) (WHO, 2019b).

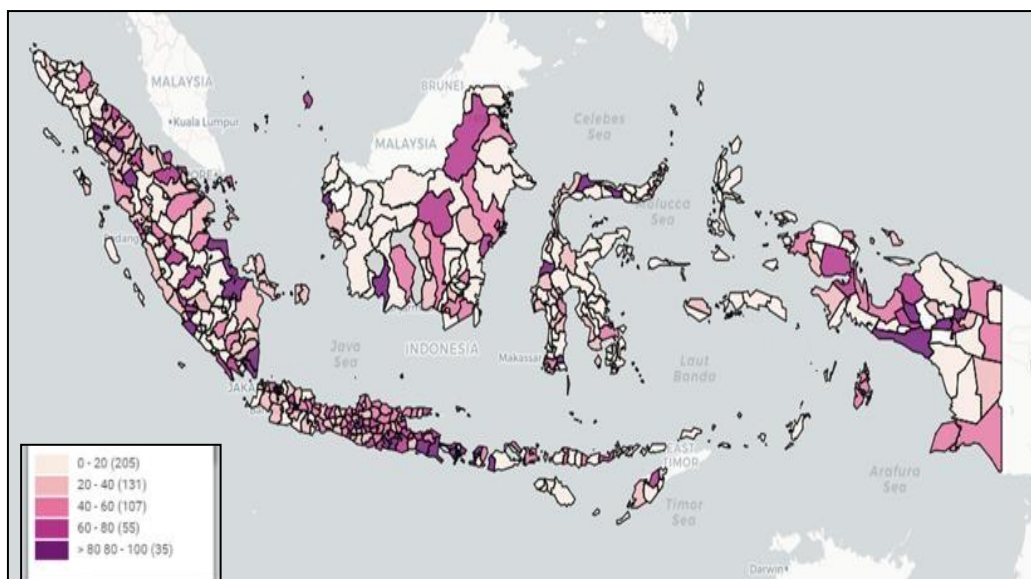
Gambar 15. Proporsi kasus TBC yang di-tes HIV menurut provinsi tahun 2018



Sumber: (WHO, 2019b)

Hanya 35 kabupaten/kota memiliki proporsi kasus tuberkulosis yang mengetahui status HIV lebih dari 80%. Dari 35 kabupaten/kota tersebut, hanya enam kabupaten/kota yang merupakan bagian dari 96 kabupaten/kota dengan beban tuberkulosis dan HIV yang tinggi. Keenam kabupaten kota tersebut adalah: Jember, Banyuwangi, Tulungagung, Banyu Asin, Kota Gorontalo dan Mimika (Gambar 16).

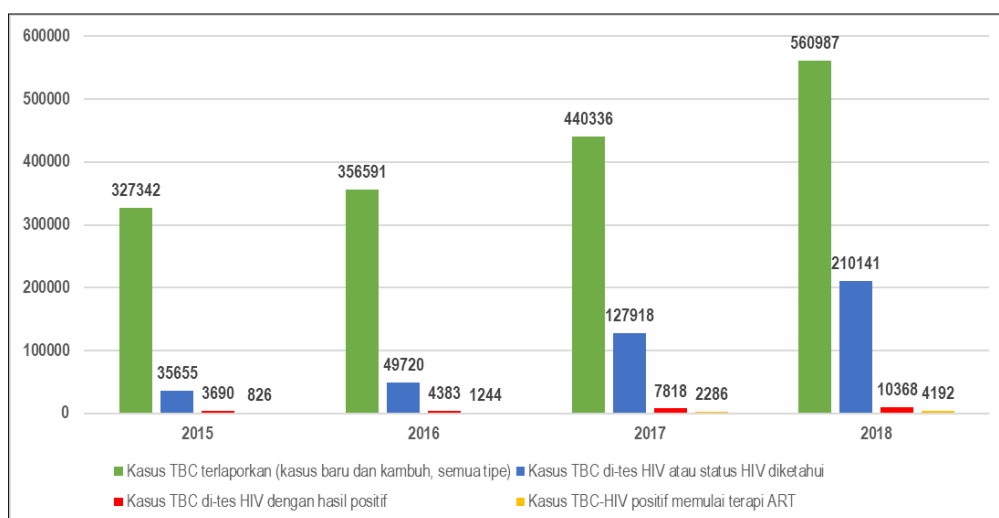
Gambar 16. Distribusi proporsi kasus TBC yang mengetahui status HIV menurut kabupaten/kota tahun 2018



Sumber: (WHO, 2019b)

Pada tahun 2018, terdapat 210.141 pasien tuberkulosis yang dites untuk HIV atau dengan status HIV-nya diketahui. Dari jumlah tersebut, 10.368 (5%) kasus merupakan kasus tuberkulosis dengan infeksi HIV. Namun, hanya 4.192 (40%) yang memulai terapi ARV, meskipun telah meningkat dari 29% pada tahun 2017. Angka keberhasilan pengobatan pada pasien TB/HIV meningkat dari 60% pada tahun 2015 menjadi 70% pada tahun 2017. Untuk capaian peningkatan pasien tuberkulosis yang mengetahui status HIV dan memulai terapi ARV diperlukan konseling berkelanjutan. Konseling berkelanjutan ini dilaksanakan secara rutin dengan melibatkan petugas yang mempunyai kapasitas komunikasi dengan baik atau konselor yang tersedia di pelayanan kesehatan untuk membantu dalam kepatuhan minum obat, selaras yang tertuang dalam upaya percepatan tatalaksana kolaborasi TB-HIV.

Gambar 17. Cascade of care untuk TB-HIV



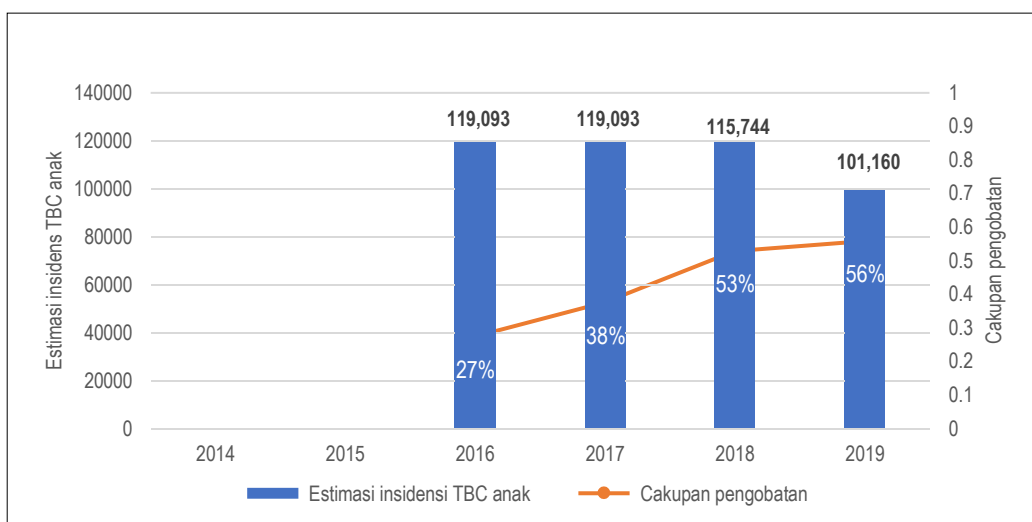
Sumber: (WHO, 2019b)

Manajemen Tuberkulosis pada Anak: WHO memperkirakan ada sekitar 8,3% kejadian tuberkulosis terjadi pada anak di bawah usia 15 tahun diantara semua kasus tuberkulosis yang dilaporkan atau sekitar 70.000 kasus baru diantara semua kasus tuberkulosis baru per tahun. Di antara anak-anak yang berusia kurang dari 15 tahun, perkiraan kejadian tuberkulosis diperkirakan hampr sama antara anak perempuan dan anak laki-laki (WHO, 2019a).

Data Kementerian Kesehatan menunjukkan jumlah penemuan kasus tuberkulosis pada anak yang ditemukan dan diobati serta dilaporkan (ternotifikasi) yaitu sebesar 56.446 kasus sampai dengan tahun 2019 atau sekitar 56% dari perkiraan insidensi kasus tuberkulosis di tahun 2019. Kasus tuberkulosis pada anak di bawah usia 15 tahun yang ternotifikasi menunjukkan peningkatan dari tahun 2016 hingga 2019¹. Meskipun demikian, cakupan penemuan dan pengobatan tuberkulosis pada anak di bawah 15 tahun masih jauh dibawah target global 90% (Gambar 18).

¹ Laporan SITT per 31 Desember 2019. Ditjen P2P. Kementerian Kesehatan RI.

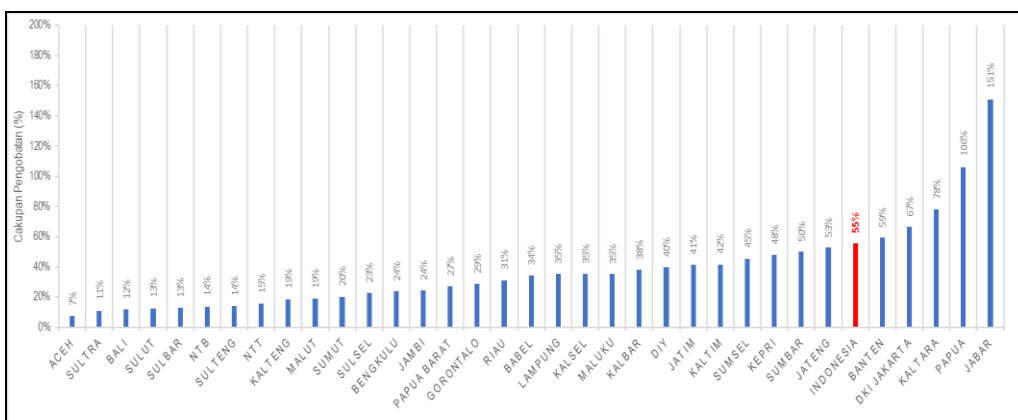
Gambar 18. Cakupan pengobatan TBC pada anak tahun 2016-2019



Sumber: Sub-direktorat Tuberkulosis, Ditjen P2P, Kemenkes RI. 2020.

Di tingkat provinsi, ada lima provinsi yang cakupan penemuan dan pengobatan tuberkulosis pada anak diatas rata-rata nasional (55%). Kelima provinsi tersebut yaitu provinsi Banten, DKI Jakarta, Kalimantan Utara, Papua, dan Jawa Barat (Gambar 19).

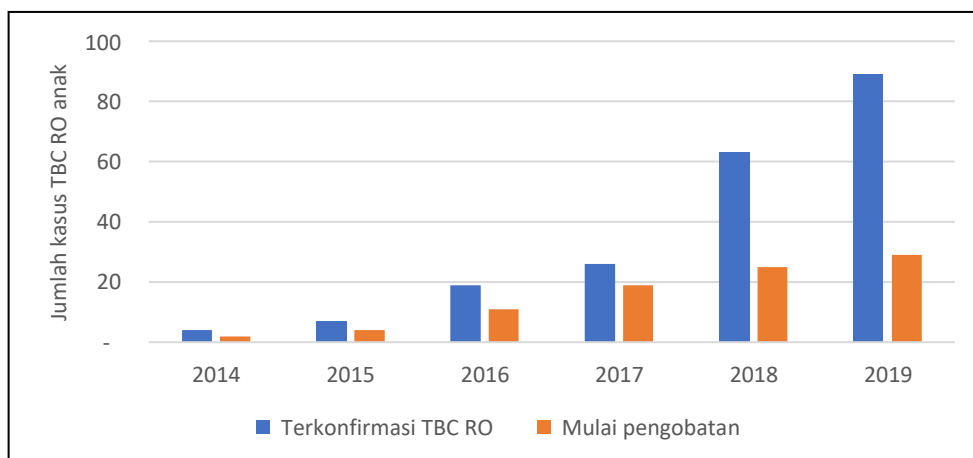
Gambar 19. Cakupan pengobatan TBC pada anak per provinsi tahun 2019



Sumber: Sub-direktorat Tuberkulosis, Ditjen P2P, Kemenkes RI. 2020.

Kasus TBC RO anak di bawah usia 15 tahun yang ditemukan dan dilaporkan menunjukkan peningkatan tajam khususnya dalam dua tahun terakhir (89 kasus) (Gambar 20).

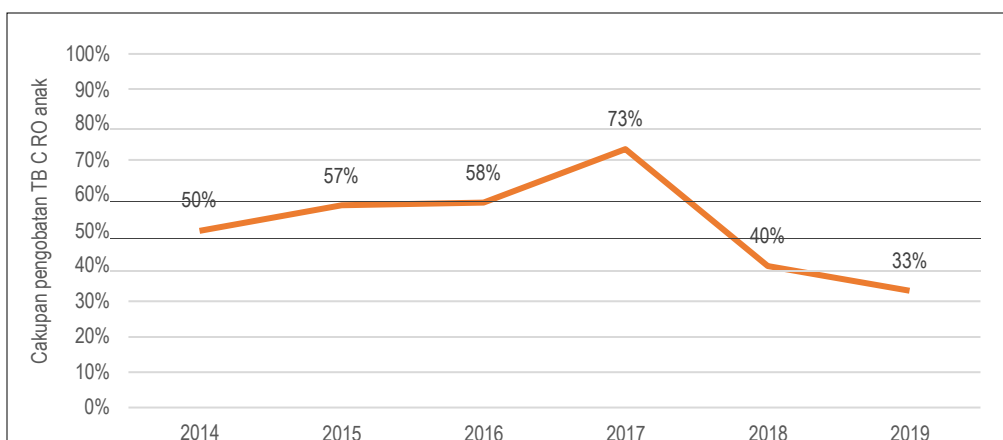
Gambar 20. Jumlah penemuan dan pengobatan kasus TBC RO pada anak tahun 2014-2019



Sumber: Sub-direktorat Tuberkulosis, Ditjen P2P, Kemenkes RI.2020

Namun demikian, peningkatan temuan kasus TBC RO anak tersebut tidak diikuti dengan peningkatan angka mulai pengobatan TBC RO anak. Bahkan angka mulai pengobatan TBC RO anak cenderung menurun dalam kurun waktu 2017-2019. Pada tahun 2017, cakupan mulai pengobatan TBC RO anak mencapai 73%, kemudian menurun secara berturut-turut menjadi 40 % pada tahun 2018 dan 33% pada tahun 2019 (Gambar 21).

Gambar 21. Cakupan pengobatan TBC RO pada anak tahun 2014-2019

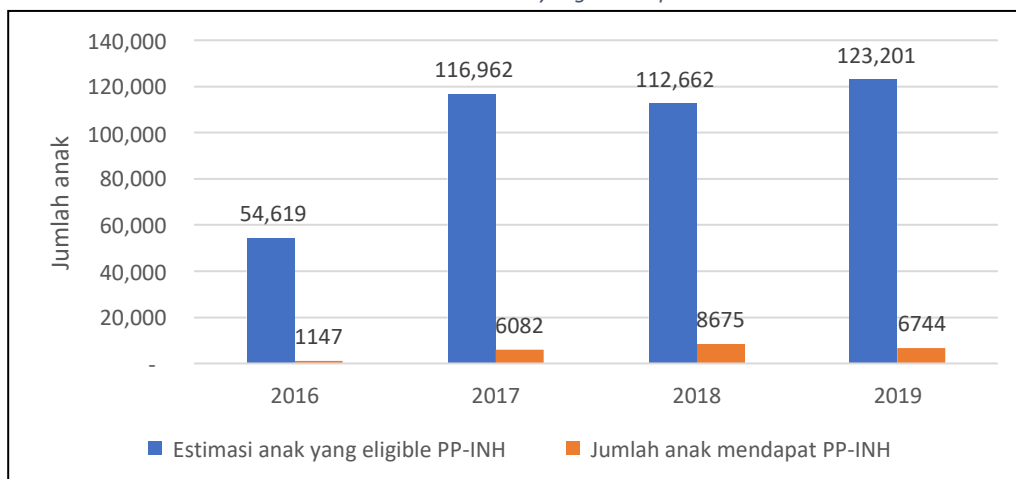


Sumber: Sub-direktorat Tuberkulosis, Ditjen P2P, Kemenkes RI. 2020

Pengobatan Pencegahan Tuberkulosis: Pada saat ini belum ada bukti tentang angka kejadian tuberkulosis laten di tingkat nasional. Estimasi beban kasus tuberkulosis laten diperkirakan sekitar 2.795.994 orang yang kontak dengan kasus tuberkulosis aktif (Waworuntu, 2019). Studi di Jawa Barat memperkirakan bahwa prevalensi ILTB pada pasien dengan infeksi HIV dan riwayat menggunakan jarum suntik adalah 28% (Meijerink et al., 2015). Proporsi ILTB pada pasien HIV positif tanpa riwayat penggunaan jarum suntik adalah 30% (tidak berbeda signifikan dengan mereka yang disertai riwayat penggunaan jarum suntik). Penelitian oleh Ditjen Pemasarakatan, Kemenkumham RI tahun 2016 menunjukkan prevalensi ILTB pada warga rutan/lapas adalah 52% (Natalius, 2019). Penelitian di Yogyakarta memperkirakan prevalensi ILTB sebesar 45% dari seluruh anak yang mempunyai kontak dengan indeks kasus tuberkulosis paru dengan BTA positif (Triasih et al., 2015). Petugas kesehatan dan mahasiswa profesi kesehatan merupakan kelompok rentan untuk terinfeksi tuberkulosis (Apriani et al., 2019a).

Akses ke upaya tatalaksana infeksi laten tuberkulosis (ILTB) juga rendah. Pada tahun 2017, hanya 16% dari orang dengan HIV positif yang diberikan terapi pencegahan tuberkulosis. Diperkirakan 8,5% dari anak-anak di bawah usia 5 tahun yang memiliki riwayat kontak rumah tangga dari kasus tuberkulosis yang terkonfirmasi bakteriologis mendapatkan terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) pada tahun 2017. Jumlah anak di bawah usia 5 tahun yang mendapatkan pengobatan pencegahan dengan Isoniazid (PP-INH) yang dilaporkan pada tahun 2019 hanya 6.744 kasus (Gambar 22).

Gambar 22. Jumlah anak dibawah usia 5 tahun yang mendapat PP-INH tahun 2016-2019

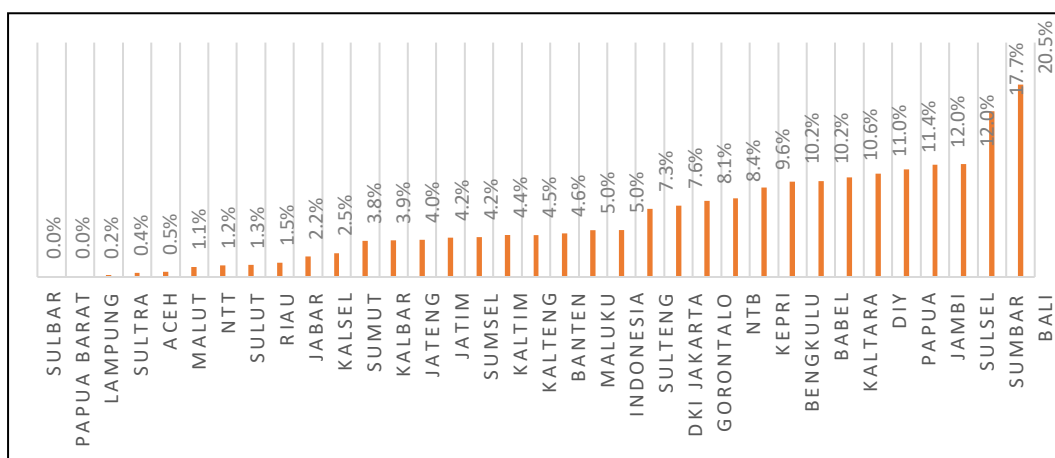


Sumber: Sub-direktorat Tuberkulosis, Ditjen P2P, Kemenkes RI. 2020

Berdasarkan Gambar 22 di atas, cakupan PP-INH pada anak di bawah usia 5 tahun masih sangat rendah jika dibandingkan target cakupan PP-INH secara nasional (90%). Cakupan PP-INH hanya sekitar 2,1% (1.147/54.619) pada tahun 2016 dan meningkat menjadi 5,2% (6.082/116.962) pada tahun 2017 dan 7,7% (8.675/112.662) pada tahun 2018 di antara perkiraan anak-anak di bawah usia 5 tahun yang memiliki riwayat kontak rumah tangga dari kasus tuberkulosis yang terkonfirmasi bakteriologis dan mendapatkan TPT. Namun, pada tahun 2019 menunjukkan penurunan cakupan anak di bawah 5 tahun yang mendapatkan pengobatan pencegahan INH hanya sebesar 5,5% (6.744/123.201) di antara perkiraan anak-anak di bawah usia 5 tahun yang eligible mendapatkan terapi pencegahan tuberkulosis.

Di tingkat provinsi, cakupan TPT pada anak di bawah usia 5 tahun tertinggi dilaporkan di Bali yakni sebesar 20,5%; empat kali lebih tinggi dari cakupan TPT pada anak di bawah usia 5 tahun secara nasional (Gambar 23).

Gambar 23. Cakupan PP-INH pada anak < 5 tahun menurut provinsi tahun 2019



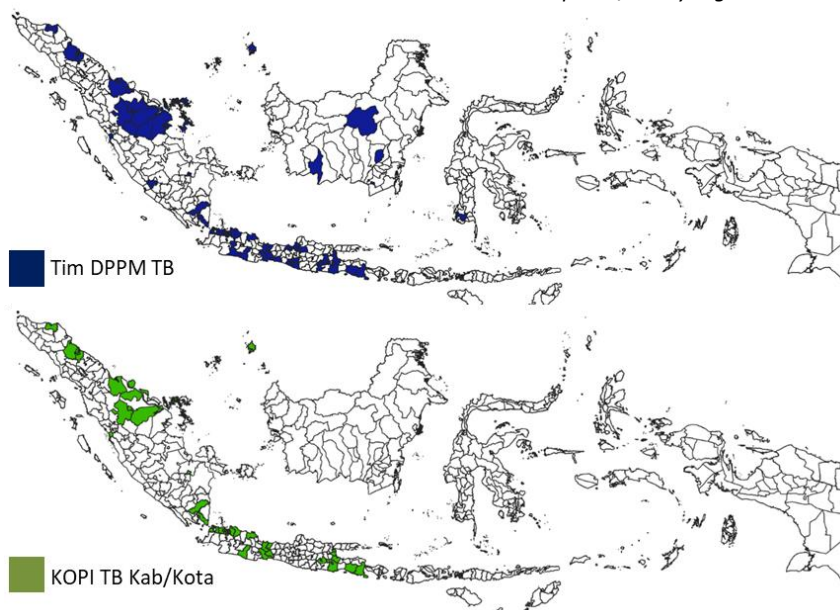
Sumber: Indonesia Tuberculosis epidemiological review 2019 (WHO, 2019b)

Studi di Yogyakarta menunjukkan bahwa penerapan pengendalian infeksi di Puskesmas dalam aspek infrastruktur maupun kegiatannya masih perlu ditingkatkan. **Pengetahuan petugas tentang pengendalian infeksi belum optimal** sehingga mempengaruhi motivasi untuk melakukan pengawasan pengobatan TB MDR secara langsung (Probandari et al., 2019).

Public-Private Mix: Public-Private Mix: *Public-Private Mix* (PPM) merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan akses layanan TBC yang bermutu. Di Indonesia, konsep *Public-Private Mix* (PPM) diterapkan berbasis kabupaten/kota sehingga lebih dikenal dengan istilah *District-based Public-Private Mix* (DPPM). Penerapan DPPM TBC diharapkan mendorong semua fasyankes yang menangani TBC berpartisipasi dalam jejaring sehingga semua pasien TBC dapat **ditemukan** dan **diobati** sesuai standar dan **tercatat** dalam sistem informasi Program Tuberkulosis Nasional. Untuk dapat menerapkan jejaring layanan ini, diperlukan sebuah Tim DPPM di setiap kabupaten/kota untuk memastikan berjalannya jejaring ini. Sampai dengan April 2020, sebanyak 102 kabupaten/kota sudah membentuk tim DPPM TB.

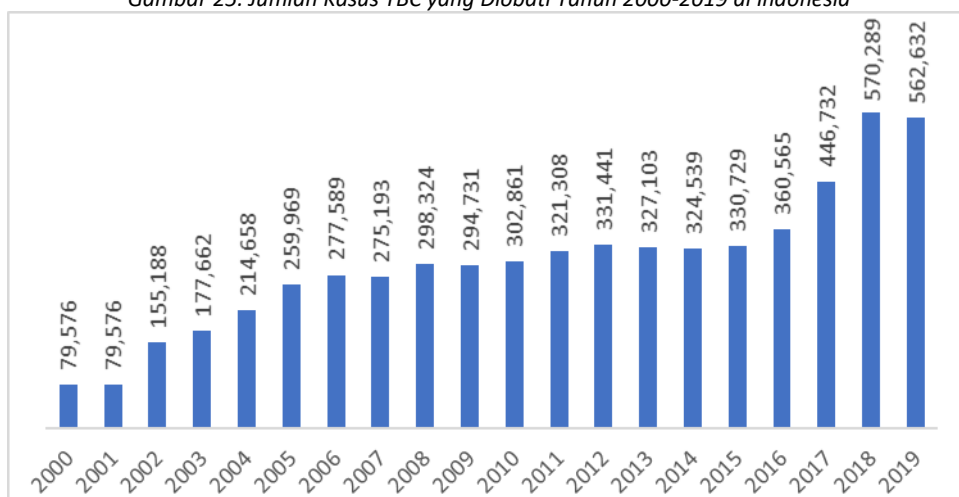
Dalam konsep PPM, dibentuk juga Koalisi Organisasi Profesi Indonesia untuk Penanggulangan Tuberkulosis (KOPI TB). Pada tingkat pusat, 13 organisasi profesi sudah terlibat dalam koalisi tersebut dan koalisi ini terbuka kepada organisasi profesi lain yang ingin terlibat. KOPI TB juga sudah dibentuk pada 22 provinsi dan 68 kabupaten/kota.

Gambar 24. Pemetaan Tim DPPM TB dan KOPI TB Kabupaten/Kota yang Terbentuk



Sumber: Data Surveilans Public Private Mix Program Nasional Tuberkulosis. 2019. Sub-Direktorat Tuberkulosis

Gambar 25. Jumlah Kasus TBC yang Diobati Tahun 2000-2019 di Indonesia



Sumber: Data Surveilans Program Nasional Tuberkulosis. 2019. Sub-Direktorat Tuberkulosis

Jumlah kasus TBC baik kasus sensitif obat maupun resistan obat yang diobati di Indonesia sejak tahun 2000 sampai dengan 2018 mengalami peningkatan setiap tahunnya. Peningkatan signifikan terjadi pada tahun 2017 ke 2018 yaitu sebanyak 446.732 kasus TBC pada tahun 2017 dan 570.289 kasus TBC pada tahun 2018. Pada tahun 2018 dan 2019 dilaksanakan kegiatan penyisiran kasus TB (*active case finding*) di Rumah Sakit di Indonesia. Pada tahun 2019, terjadi penurunan kasus TB yang disebabkan oleh intensitas kegiatan penyisiran kasus TBC yang lebih rendah dan perubahan metode validasi data dalam penyisiran kasus TBC dibandingkan tahun 2018.

Tabel 3. Notifikasi Kasus TBC SO Berdasarkan Jenis Fasyankes Tahun 2016-2019

Jenis Fasyankes	2016		2017		2018		2019	
Puskesmas	246,218	76%	275,151	71%	295,986	66%	329,074	73%
B/BKPM	5,435	2%	4,864	1%	5,714	1%	5,417	1%
Lapas/Rutan	573	0%	738	0%	623	0%	712	0%
Klinik Pemerintah Lainnya	220	0%	178	0%	174	0%	121	0%
RS Pemerintah	70,578	22%	104,140	27%	148,480	33%	114,137	25%
Total Pemerintah	323,024	90%	385,071	87%	450,977	79%	449,461	81%
DPM/Klinik	4,570	12%	3,941	7%	3,624	3%	4,055	4%
RS Swasta	32,971	88%	54,692	93%	116,372	97%	103,585	96%
Total Swasta	37,541	10%	58,633	13%	119,996	21%	107,640	19%
Total	360,565	100%	443,704	100%	570,973*	100%	557,101	100%

Sumber: Data Surveilans Program Nasional Tuberkulosis. 2018-2019. Sub-Direktorat Tuberkulosis

*data update per 24 April 2020

Jika ditinjau berdasarkan jenis kepemilikan fasyankes, notifikasi kasus TBC dari fasyankes swasta mengalami peningkatan sejak tahun 2016 sampai dengan 2018. Proporsi notifikasi kasus TBC dari fasyankes swasta pada tahun 2016, 2017 sampai 2018 cenderung mengalami peningkatan dengan masing-masing sebesar 10% (37.541 kasus), 13% (58.633 kasus TBC) dan 21% (119.996 kasus TBC). Pada tahun 2019, jumlah kasus TBC yang berasal dari fasyankes swasta mengalami penurunan jika dibandingkan dengan

tahun 2018. Hal ini disebabkan oleh karena penurunan intensitas kegiatan penyisiran kasus TBC pada tahun 2019. Walaupun kontribusi notifikasi kasus TBC dari fasyankes swasta meningkat, peningkatan ini belum dapat memenuhi kesenjangan yang ada. Berdasarkan hasil *Inventory Study* tahun 2017, *under-reporting* pada rumah sakit mencapai 62% dan pada klinik/DPM/dan lainnya mencapai 96%.

Tabel 4. Jumlah Fasilitas Pelayanan Kesehatan Melaporkan Kasus TBC SO Tahun 2018 dan 2019

Jenis Fasyankes	2018		2019	
Puskesmas	9,351	92%	9,462	92%
B/BKPM	20	0%	20	0%
Lapas/Rutan	68	1%	80	1%
Klinik Pemerintah Lainnya	9	0%	5	0%
RS Pemerintah	707	7%	699	7%
Total Pemerintah	10,155	91%	10,266	90%
DPM/Klinik	111	11%	260	22%
RS Swasta	934	89%	928	78%
Total Swasta	1,045	9%	1,188	10%
Total	11,200*	100%	11,454	100%

Sumber: Data Surveilans Program Nasional Tuberkulosis. 2018-2019. Sub-Direktorat Tuberkulosis

*data update per 24 April 2020

Berdasarkan data jumlah fasyankes yang melaporkan kasus TBC SO pada tahun 2018 dan 2019, jumlah fasyakes swasta yang melaporkan kasus TBC meningkat sebesar 14% dari tahun 2018 ke 2019. Walaupun sudah terjadi peningkatan jumlah fasyankes swasta yang melaporkan kasus TB tetapi persentase fasyankes swasta yang melaporkan kasus TB jika dibandingkan keseluruhan fasyankes swasta yang ada di Indonesia masih rendah.

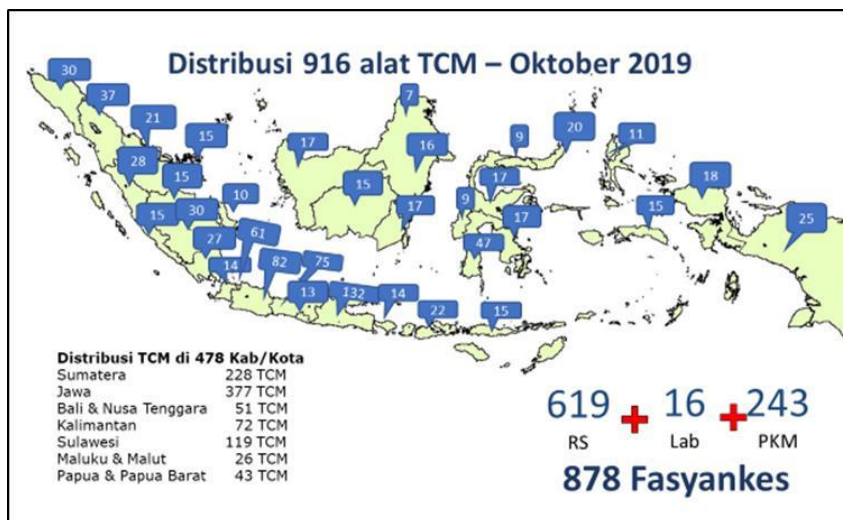
Walaupun secara keseluruhan jumlah fasyankes yang aktif melaporkan kasus TBC meningkat, **kualitas layanan dan program pengendalian tuberkulosis masih perlu diperbaiki**. Hasil laporan Review Epidemiologi Tuberkulosis di Indonesia tahun 2019 menunjukkan bahwa tingkat keberhasilan pengobatan TBC SO pada semua kasus baru dan kambuh pada periode 2013-2017 menurun dari 87,4% menjadi 84,7% dan masih di bawah target global 90%. Pada tahun 2017, kondisi ini sebagian besar terdampak oleh karena ketidaktersediaan hasil pengobatan pasca adanya aktivitas penelusuran hasil akhir pengobatan di FKRTL (WHO, 2019b).

Laboratorium Tuberkulosis: Jejaring laboratorium secara berjenjang (tingkat Nasional, Regional, Provinsi dan Kabupaten/Kota) telah diatur berdasarkan kompleksitas pelayanan yang disediakan. Sampai dengan saat ini terdapat 3 laboratorium rujukan, yakni: (1) BBLK Surabaya untuk Uji Sensitivitas Obat (Drug Sensitivity Testing/DST), (2) Departemen Mikrobiologi Universitas Indonesia Jakarta untuk Tes Cepat Molekuler, dan (3) Balai Laboratorium Kesehatan Bandung (Provinsi Jawa Barat) untuk tes sputum mikroskopis. Selain itu, terdapat 21 laboratorium kultur TBC dimana 12 lab di antaranya dapat melakukan uji sensitivitas obat TB (Gambar 26). Tujuh lab dapat melakukan pemeriksaan tes cepat molekul *Line Probe Assay* (LPA) untuk obat anti TBC lini ke-2. Di tingkat Puskesmas, sebanyak 7471 lab mikroskopis dapat melakukan pemeriksaan penunjang diagnosis untuk TB, dan 878 lab GeneXpert yang dapat melakukan

pemeriksaan diagnosis TBC dan TB-RR. Sistem transport spesimen dan rujukan baru dapat dijalankan pada 203 (sekitar 40%) dari 514 kabupaten/kota yang meliputi 4.432 fasilitas pelayanan kesehatan (di 16 dari 34 provinsi). Sistem tersebut menghubungkan lab mikroskopis dengan lab GeneXpert serta menghubungkan lab rujukan regional dan nasional.

Akses terhadap tes cepat molekuler ditingkatkan dengan distribusi 916 mesin tes cepat molekuler di 478 kabupaten/kota. Hal ini berarti sekitar 93% dari 514 kabupaten/kota di Indonesia sudah mempunyai akses pemeriksaan tes cepat molekuler. Alat test cepat molekuler yang sudah ada di 514 kabupaten/kota tersebut tersebar di 619 rumah sakit, 16 laboratorium, dan 243 Puskesmas (Gambar 25). Layanan diagnosis dengan tes cepat molekuler dan penyediaan alat diagnostik tes cepat molekuler ini akan diperluas ke depannya sesuai dengan kebutuhan secara nasional.

Gambar 25. Distribusi 916 alat tes cepat molekuler per Oktober 2019



Sumber: Sub- direktorat Tuberkulosis, Ditjen P2P, Kemenkes RI. Data per Oktober 2019

Gambar 26. Distribusi Laboratorium biakan, uji kepekaan dan LPA tersertifikasi



Sumber: Sub- direktorat Tuberkulosis, Ditjen P2P, Kemenkes RI. Data per Oktober 2019.

Riset Inovasi: Jejaring Riset Tuberkulosis Indonesia (JETSET) telah terbentuk sejak tahun 2017. Pemetaan riset dan peneliti bidang tuberkulosis sudah dimulai sejak tahun 2017. Pertemuan nasional riset tuberkulosis telah terselenggara secara rutin sejak tahun 2017. Di dalam pertemuan tersebut dipilih riset tuberkulosis terbaik. Rekomendasi JEMM 2017 untuk membentuk *Centre of Excelllent* tuberkulosis masih belum terlaksana karena kendala struktur organisasi di Badan Litbang Kesehatan Kementerian Kesehatan.

Rencana aksi nasional riset dan inovasi tuberkulosis di Indonesia 2017-2019 telah disusun dan disosialisasikan kepada berbagai pemangku kepentingan. Namun demikian, pendanaan untuk riset tuberkulosis dari Kementerian Kesehatan hanya dua persen dari total anggaran Kementerian Kesehatan. Selain itu, baru beberapa Kabupaten/Kota yang telah memasukkan riset dan inovasi dalam Rencana Aksi Daerah untuk penanggulangan tuberkulosis. Rencana Aksi Daerah yang sudah ada kemungkinan masih menggunakan riset pada skala nasional sebagai dasar penyusunannya.

Kelompok-kelompok kerja riset operasional tuberkulosis di tingkat Provinsi atau Kabupaten/Kota yang dibentuk pada periode 2005-2017 sebagian masih berfungsi walaupun tidak ada pertemuan-pertemuan dan kegiatan yang direncanakan secara sistematis. Selain itu, riset operasional yang dilakukan oleh kelompok-kelompok kerja tersebut telah berkontribusi pada kebijakan dan program penanggulangan tuberkulosis,

namun diperlukan suatu upaya untuk meningkatkan keberlanjutannya (Probandari et al., 2016).

Peningkatan kapasitas staf Program tuberkulosis di tingkat nasional dalam analisis data surveilans telah dilakukan. Namun, masih diperlukan peningkatan kapasitas analisis data program pada staf program tuberkulosis di tingkat daerah.

Lokakarya penyusunan *Policy Brief* agar mendorong adanya kebijakan program pengendalian tuberkulosis yang diberikan input dari bukti-bukti riset telah dilakukan di tingkat nasional. Selanjutnya, inisiatif serupa perlu didorong untuk dilaksanakan untuk perencanaan program di tingkat daerah.

Pemberian *reward* untuk inovasi tuberkulosis juga sudah dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2019. Di daerah tertentu, sudah mulai ada inisiatif untuk memberikan penghargaan bagi inovasi tuberkulosis, seperti di Provinsi Jawa Timur dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat (Informasi dari pertemuan Komite Ahli Tuberkulosis di Indonesia bulan Desember 2019, tidak dipublikasikan).

Peran Serta Komunitas: Peran serta komunitas merupakan komponen esensial dalam penanggulangan tuberkulosis di Indonesia. Organisasi sosial kemasyarakatan (CSO) seperti Aisyiah, Lembaga Kesehatan Nahdlatul Ulama (LKNU), Perhimpunan Organisasi Pasien (POP) TB dan organisasi survivor tuberkulosis resisten obat seperti PETA dan REKAT telah terlibat dalam upaya penanggulangan tuberkulosis. Kegiatan pelibatan

komunitas dalam penanggulangan tuberkulosis di Indonesia antara lain investigasi kontak, evaluasi kualitas pelayanan tuberkulosis, memberikan dukungan sosial pada pasien tuberkulosis, advokasi pada pemerintah daerah dan penggalangan dana untuk kegiatan terkait tuberkulosis (Comprehensive Community Based Monitoring and Feedback Framework on TB Program in Indonesia, tidak dipublikasikan).

Namun demikian, masih ada peran penting dalam penanggulangan tuberkulosis yang masih memerlukan peran serta komunitas. Salah satu peran serta komunitas misalnya: peran dukungan sebaya masih diperlukan untuk mendukung kepatuhan pengobatan pasien tuberkulosis melalui konseling. Di setiap puskesmas terdapat mekanisme monitoring evaluasi program secara rutin tiga bulan sekali dengan forum Mini Lokakarya. Mini Lokakarya perlu dimanfaatkan untuk melakukan monitoring evaluasi program dengan melibatkan komunitas.

Dalam lima tahun terakhir, program Tuberkulosis nasional telah mengembangkan mekanisme umpan balik dari pasien dan komunitas. Kementerian kesehatan sudah mengadaptasi QUOTE TB LIGHT menjadi instrumen KUPAS TB. KUPAS TB adalah instrumen yang dapat dipakai untuk instrumen yang dapat membantu fasilitas pelayanan kesehatan, komunitas dan mitra untuk melakukan penilaian kualitas pelayanan TB dari perspektif pasien. Di tingkat komunitas, LKNU bekerjasama dengan

PAMALI telah membentuk model untuk menilai kualitas pelayanan dari perspektif pasien dan komunitas.

Pada tahun 2017, the Stop TB Partnership (STP) mengembangkan kerangka monitoring berbasis komunitas menggunakan aplikasi online yang disebut sebagai *One Impact*. LKNU dan Aisyiyah telah melakukan penilaian kualitas pelayanan TB di wilayah kerjanya setiap enam bulan. Sementara, di beberapa Provinsi telah mengembangkan mekanisme umpan balik di tingkat lokal, seperti QLUE di Jakarta dan Cacak di Surabaya.

Selain itu, untuk membantu memonitor pendampingan pasien tuberkulosis yang terdiagnosis sputum positif sampai dengan akhir pengobatan pasien tuberkulosis, maka Kementerian Kesehatan RI bersama dengan CSO sedang mengembangkan sistem aplikasi monitoring pendampingan pasien TBC yaitu “EMPATI” pada tahun 2019. Penggunaan aplikasi ini akan segera dimulai di beberapa kota dan akan diperluas hingga seluruh Indonesia.

Tabel 4. Peran pemangku kepentingan dalam Mekanisme Umpan Balik Komunitas

No	Pemangku Kepentingan	Peran Kunci
1	Kementerian Kesehatan	Menyusun regulasi, mengembangkan SOP dan supervisi
2	Organisasi Sosial Kemasyarakatan/CSO (Aisyiah, LKNU, PERDHAKI, PELKESI, YKI, PKVHI, dan lainnya)	Mengelola implementasi, bekerja bersama kelompok pendukung pasien, menyelenggarakan pelatihan
3	Kelompok Pendukung Pasien (POPTB dan PETA, REKAT dan lainnya)	Bekerja sama dengan CSO untuk menyelenggarakan pelatihan untuk manajer kasus, pendukung pasien, kader kesehatan untuk memberikan respon kepada pasien TB menggunakan aplikasi digital, melakukan advokasi atau menyuarakan pendapat dari pendukung pasien dan pasien tuberkulosis.
4	Stop TB partnership Indonesia (STPI)	Mengkoordinasi kegiatan untuk membagikan pengalaman dari CBMF di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota; Menyediakan server
5	Organisasi profesi	Memberikan umpan balik secara teknis pada CSO dan kelompok pendukung pasien
6	Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota	Menggunakan hasil dari CBMF untuk mengidentifikasi masalah dan tantangan dan kemudian memberikan solusi

Penguatan Sistem Kesehatan: Tata kelola Program Tuberkulosis Nasional diarahkan untuk mendorong kabupaten/kota sebagai tulang punggung implementasi program di lapangan. Di setiap dinas kesehatan kabupaten/kota terdapat wasor TB, yakni staf yang didedikasikan untuk mengelola program TB. Wasor TB bertanggung jawab untuk melakukan supervisi dan monitoring program.

Pencatatan dan pelaporan program TB menggunakan Sistem Informasi Tuberkulosis Terpadu (SITT) serta laporan tertulis. Sistem tersebut digunakan untuk pencatatan dan pelaporan tuberkulosis sensitif obat. Observasi JEMM 2020 (WHO, 2020) menunjukkan bahwa di beberapa fasilitas pelayanan kesehatan SITT tidak digunakan meskipun tersedia computer. Format dan formulir untuk rujukan diagnostik, kartu pengobatan dan form lainnya belum diperbarui sesuai dengan standar Program Tuberkulosis Nasional yang sedang berjalan. Banyak puskesmas yang mencetak dan menggandakan form-form tersebut secara mandiri. Kelengkapan data masih menjadi masalah dalam pencatatan dan pelaporan. Data alamat dan kontak dalam rumah merupakan contoh informasi yang seringkali tidak lengkap. Selain itu, JEMM 2020 juga menemukan adanya perbedaan jumlah kasus yang dilaporkan dalam sistem informasi tuberkulosis dan dilaporkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dengan jumlah kasus yang dicatat di rekam medik. Pasien dengan pengobatan bukan dari obat Program TBC nasional tidak dilaporkan. Selain itu, SITT belum dipakai sebagai pelaporan *real-time* pada sebagian puskesmas, karena beban kerja staf puskesmas yang cukup tinggi. Di puskesmas, SITT hanya merupakan salah satu dari kurang lebih 7 sistem data online dari berbagai program. Selain itu, masalah kecepatan internet merupakan tantangan di beberapa daerah. Staf program TB biasanya merangkap tugas dengan program atau tugas yang lain. Luaran pengobatan bagi pasien yang dirujuk ke fasilitas kesehatan lain juga sulit didapatkan informasinya (WHO, 2020).

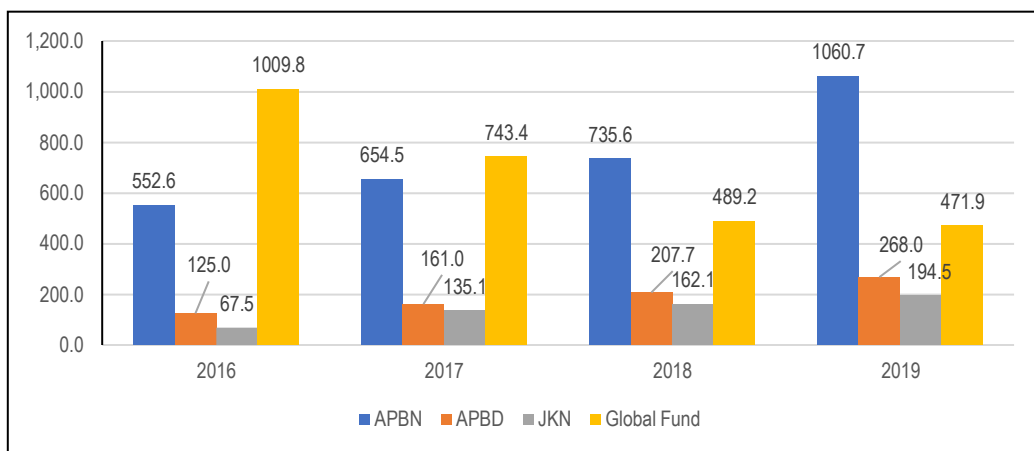
WIFI TB merupakan sistem informasi untuk pencatatan pelaporan kasus tuberkulosis untuk para Dokter Praktik Mandiri, namun sistem tersebut belum maksimal digunakan. Sharing monitoring dan review data antara SITT dan SIHA masih terbatas karena SIHA hanya mempunyai data yang agregat.

Kemampuan untuk dapat menggunakan dan interpretasi data di berbagai level masih perlu ditingkatkan. Staf program tuberkulosis perlu mendapatkan peningkatan kapasitas untuk mengelola dan menggunakan data untuk mendukung program, misalnya untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah duplikasi data. Komunikasi antar unit di dalam fasilitas pelayanan kesehatan (misalnya antara rawat jalan, lab, dan farmasi) dalam melakukan pencatatan dan pelaporan juga masih belum optimal.

Supervisi yang dijalankan di tiap kabupaten/kota, maupun dari provinsi ke kabupaten/kota belum diimplementasikan secara konsisten. Demikian halnya, kunjungan supervisi dari Program Tuberkulosis Nasional belum dijalankan secara rutin. Pertemuan review program yang membahas tentang validasi data dan koordinasi di berbagai tingkat masih belum terlaksana secara rutin untuk mendeteksi dan melakukan pemecahan masalah program.

Pendanaan Program Tuberkulosis: Pendanaan Program Tuberkulosis nasional yang bersumber dalam negeri, terutama dari Pemerintah, terus meningkat, akan tetapi peran pendanaan dari pihak donor masih signifikan. Data gambaran pendanaan kesehatan untuk program tuberkulosis nasional yang ada saat ini menunjukkan adanya pergeseran sumber pendanaan (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Sebelum tahun 2017, pendanaan terbesar untuk program tuberkulosis bersumber dari pendanaan hibah donor (GlobalFund). Setelah tahun 2017, dengan ditetapkan tuberkulosis sebagai salah satu penyakit prioritas nasional, muncul komitmen yang tinggi dari pemerintah untuk mendanai kebutuhan biaya program tuberkulosis. Kenaikan komitmen pendanaan ini juga didukung dengan adanya program Jaminan Kesehatan Nasional sejak tahun 2014. Gambaran terkait besaran pendanaan untuk program tuberkulosis berdasarkan sumber pendanaan bisa dilihat pada berikut ini:

Gambar 27. Sumber Pendanaan Program Tuberkulosis 2016-2019

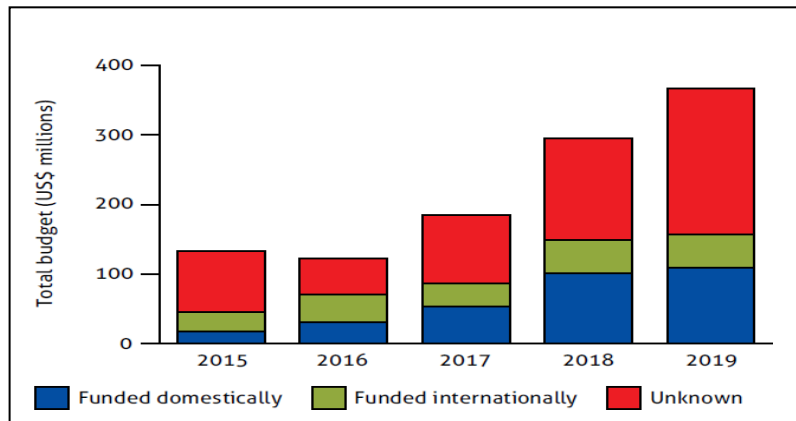


Sumber pembiayaan terbesar lainnya diperkirakan berasal dari belanja rumah tangga (*out of pocket*). Informasi pembiayaan program yang berasal dari pemerintah daerah sampai saat ini hanya berupa estimasi kasar dikarenakan tidak adanya sistem pelaporan keuangan daerah yang memiliki rincian informasi program yang terperinci dan lengkap. Ketiadaan data ini menyebabkan kesulitan untuk mengembangkan *program-specific health account* (akun pembiayaan khusus untuk program kesehatan) yang merupakan turunan dari *National Health Account* (NHA) (WHO, 2003).

Pada tingkat nasional, sumber pembiayaan program kesehatan yang bersifat publik adalah pembiayaan dari program asuransi kesehatan sosial nasional, atau Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sumber pembiayaan terbesar di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan berasal dari pembayaran program JKN dari BPJS Kesehatan. Pendanaan terbesar kedua untuk program dan layanan kesehatan bersumber dari anggaran pemerintah baik pusat maupun daerah. Pendanaan dari donor dapat disalurkan melalui anggaran pemerintah (Hibah Terencana) maupun secara langsung (Hibah Langsung). Program Tuberkulosis, yang merupakan prioritas masalah pembangunan kesehatan nasional mempunyai gambaran penganggaran untuk program Tuberkulosis yang sedikit berbeda. Pendanaan terbesar untuk program Tuberkulosis bersumber dari Pemerintah Pusat melalui skema APBN (untuk penyediaan kebutuhan sisi suplai; tenaga kesehatan, alat diagnosis dan laboratorium, obat-obatan dan kebutuhan pengelolaan program). Berikutnya melalui skema pembiayaan asuransi sosial nasional – JKN, yang digunakan untuk perawatan tingkat lanjut bagi penderita Tuberkulosis. Sedangkan Hibah berasal dari donor, jumlah pendanaannya sangat bervariasi sesuai dengan program yang ditawarkan. Beragamnya jalur pendanaan yang diterima fasilitas kesehatan, terlebih masing-masing jenis pendanaan sudah ditentukan peruntukannya menyulitkan perencanaan dan berpotensi inefisiensi dalam implementasi kegiatan program.

Kebutuhan pendanaan untuk penanggulangan tuberkulosis di Indonesia semakin meningkat (Gambar 28). Total anggaran yang dibutuhkan untuk Penanggulangan tuberkulosis di tahun 2019 adalah 366 juta USD. Pendanaan dari dalam negeri hanya 30% (110 juta USD), sementara pendanaan luar negeri adalah 47 juta USD (13%). Oleh karena itu masih ada kesenjangan sebesar 209 juta USD (57%) (WHO, 2019a).

Gambar 28. Tren kebutuhan dan sumber pembiayaan penanggulangan TBC di Indonesia 2015-2019.



Sumber: (WHO, 2019a)

Mobilisasi pembiayaan untuk program tuberkulosis bersumber dari pemerintah masih perlu terus diupayakan mengingat secara umum pembiayaan pemerintah untuk kesehatan di Indonesia masih relatif rendah apabila dibandingkan dengan negara-negara dengan tingkat ekonomi sebanding. Akan tetapi mengingat kapasitas ruang fiskal pemerintah baik nasional maupun daerah terbatas, upaya lain yang perlu dilakukan adalah peningkatan efisiensi pembiayaan. Efisiensi pembiayaan dapat dilakukan dengan memastikan sumber daya/dana yang terbatas dialokasikan untuk intervensi yang memiliki daya ungkit program (*cost effective*) atau '*allocative efficiency*'. Dalam implementasi kegiatan program juga perlu dijamin kesesuaian dengan algoritma dan standar pelayanan untuk menjamin efisiensi teknis (*technical efficiency*). Fragmentasi pembiayaan yang saat ini terjadi merupakan tantangan terbesar untuk bisa mewujudkan efisiensi.

JEMM 2020 menemukan bahwa motivasi utama para dokter layanan primer untuk merujuk kasus tuberkulosis karena adanya pembayaran kapitasi JKN. Sementara, rumah sakit termotivasi untuk tetap melakukan pengobatan tuberkulosis di rumah sakit karena adanya sistem pembayaran berdasarkan klaim kasus. Jika tuberkulosis ditangani di fasilitas pelayanan kesehatan primer maka biaya pelayanan dapat ditekan, dan dapat mengurangi *loss to follow up* serta mendekatkan layanan kepada pasien sehingga dapat

mengurangi waktu dan hilangnya waktu produktif pasien serta membuat pengelolaan fungsi kesehatan masyarakat menjadi lebih baik (WHO, 2020).

JEMM 2020 juga mengidentifikasi dua hambatan utama pelayanan TB MDR yang terkait JKN. Pertama, pasien yang membutuhkan tes GeneXpert seringkali harus pergi ke rumah sakit (dimana sebagian besar mesin GeneXpert tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan). Namun, meskipun sebetulnya pasien dapat mengakses rumah sakit di mana saja, hal tersebut membutuhkan surat rujukan. Hambatan ini dapat diatasi dengan pembayaran *fee-for-service* untuk Xpert. Kedua, sejumlah rumah sakit mengalami keterlambatan inisiasi pengobatan TB-MDR karena rumah sakit mempunyai anggapan bahwa Subdit TB Kemenkes RI akan menyediakan obat saja tapi tidak dapat membayar *reimbursement* dari biaya layanan klinis lainnya; hal ini oleh karena pembiayaan layanan TB-MDR diatur oleh Program TB Nasional dan tidak menjadi bagian dari JKN (WHO, 2020).

Pelayanan program tuberkulosis sebagian besar dibiayai oleh program nasional, sedangkan sebagian lainnya telah diintegrasikan ke dalam paket manfaat JKN yaitu pelayanan diagnostik dan konsultasi di tingkat primer. Perlindungan finansial dari kemungkinan belanja katastrofik merupakan salah satu tujuan dari cakupan kesehatan semesta. Namun demikian, penelitian oleh (Fuady et al., 2018) menunjukkan bahwa rumah tangga masih berpeluang untuk menanggung biaya katastrofik akibat tuberkulosis. Total biaya yang ditanggung oleh rumah tangga adalah 133 USD untuk pasien tuberkulosis sensitif obat dan 2,804 USD untuk pasien TB MDR. Proporsi rumah tangga yang mengalami biaya katastrofik akibat tuberkulosis sensitif obat adalah 36% (43% pada rumah tangga miskin dan 25% pada rumah tangga yang tidak miskin). Proporsi rumah tangga yang mengalami biaya katastrofik akibat TB MDR adalah 83%. Biaya katastrofik pada rumah tangga miskin disebabkan karena status pasien tuberkulosis sebagai pencari nafkah, kehilangan pekerjaan, dan riwayat pengobatan sebelumnya (Fuady et al., 2018).

Besarnya alokasi anggaran dapat berfungsi sebagai alat pemantauan komitmen kontribusi pendanaan pemerintah baik di Pusat maupun Daerah. Saat ini informasi pembiayaan program masih terkendala dalam hal tersediaan dan kualitas data. Sistem pelaporan anggaran dan belanja pemerintah yang ada kurang bisa menjawab kebutuhan program. Mekanisme pencatatan pelaporan pendanaan dan penganggaran bersumber pemerintah masih dalam tahap pengembangan, misalnya penetapan nomenklatur anggaran yang dapat dimanfaatkan untuk evaluasi pembiayaan program dengan tingkatan detail kegiatan. Hal ini penting sekali program tuberkulosis mempunyai kajian penggunaan data pendanaan kesehatan dengan mengacu kepada sistem akun kesehatan (NHA) mengingat NHA ini sangat tergantung dari input/data keuangan yang ada. Hal sama berlaku untuk program JKN, kemauan BPJS untuk merilis

semua angka klaim layanan perawatan kesehatannya (*medical cost*) yang dibelanjakan untuk tuberkulosis, selain itu juga perlu dijamin ketersediaannya angka kunjungan dari system p-care untuk layanan primer, dan *e-claim* untuk rawat inap. Oleh karena itu perlu adanya perbaikan informasi keuangan dan pembiayaan program.

Hasil kajian sensus fasilitas kesehatan terakhir 2019 oleh Balitbangkes Kemenkes RI yang dianalisis menggunakan instrument *Service Availability and Readiness Assessment* (SARA) WHO menunjukkan kelemahan kesiapan fasilitas kesehatan untuk program tuberkulosis. Meskipun fasilitas kesehatan sebagian besar menyatakan memberikan layanan tuberkulosis, akan tetapi kapasitas diagnostik masih merupakan titik lemah kesiapan faskes tersebut. Hal ini memberikan gambaran adanya persoalan kesiapan dari sisi pemberi pelayanan kesehatan.

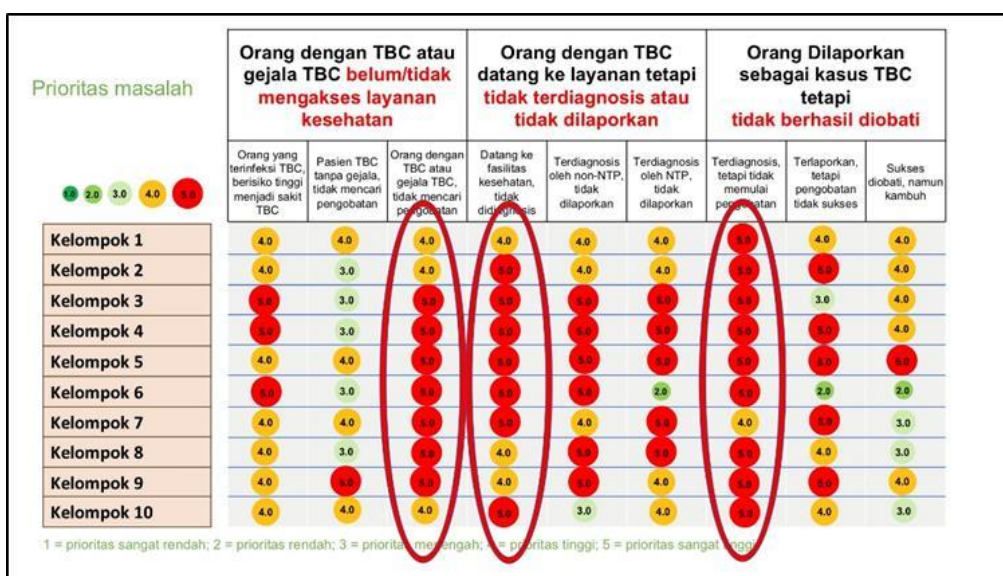
Keterlibatan pendanaan swasta dan lembaga swadaya sosial masyarakat/*Community Social Organization* (CSO) belum memberikan gambaran yang lengkap terkait dengan kontribusi mereka dalam pembiayaan program. Hal ini menjadi kendala dalam pencatatan dan pelaporan, apalagi dikaitkan dengan mekanisme pembiayaan CSO yang menggunakan Swakelola Tipe III (Direncanakan dan diawasi oleh Kementerian/Lembaga/Perangkat Daerah selaku penanggung jawab anggaran dan dilaksanakan oleh Organisasi Kemasyarakatan), sesuai dengan Peraturan Presiden No 16 tahun 2018 tentang Pengadaan Barang dan Jasa Pemerintah.

2.3. Prioritas Kesenjangan Penanggulangan Tuberkulosis

Mempertimbangkan bukti-bukti epidemiologi yang ada, karakteristik populasi dan sistem kesehatan yang dijalankan di Indonesia, maka para pemangku kepentingan telah membuat konsensus urutan kesenjangan penanggulangan tuberkulosis di Indonesia sebagai berikut:

1. Orang yang terdiagnosis tuberkulosis tetapi tidak memulai pengobatan;
2. Orang dengan gejala tuberkulosis yang tidak mencari pengobatan;
3. Orang dengan tuberkulosis yang datang ke fasilitas kesehatan tetapi tidak didiagnosis;
4. Orang yang terdiagnosis tuberkulosis dan diobati oleh pemberi layanan yang kesehatan tetapi tidak dilaporkan pada program;
5. Orang dengan pengobatan tuberkulosis yang terlaporkan tetapi tidak sembuh atau tidak menyelesaikan pengobatannya;
6. Orang yang terinfeksi tuberkulosis atau berisiko tinggi menjadi sakit Tuberkulosis.

Gambar 29. Prioritas masalah menurut kerangka PCF



Sumber: Pertemuan Konsensus Nasional Penyusunan Strategi Nasional Penanggulangan TBC di Indonesia 2020-2024, Jakarta 14-18 Oktober 2019

2.4. Analisis Akar Masalah sesuai Layanan Berkesinambungan Tuberkulosis

2.4.1. Orang dengan Tuberkulosis atau gejala Tuberkulosis yang belum/tidak mengakses layanan kesehatan

Hasil Survei Prevalensi Tuberkulosis 2013-2014 menunjukkan bahwa 43% orang dengan gejala tuberkulosis tidak mencari pengobatan dan 31% mencari pengobatan sendiri. Hal tersebut sebagian besar berkontribusi pada rendahnya cakupan pengobatan Tuberkulosis yang hanya mencapai 67% (61-73%) pada tahun 2018. Hal ini berarti masih ada sekitar 33% (27-39%) dari kasus tuberkulosis yang tidak terdiagnosis maupun dilaporkan.

Orang dengan gejala tuberkulosis tidak mengakses layanan kesehatan karena kurangnya pengetahuan tentang tuberkulosis. Data dari Survei Prevalensi Tuberkulosis nasional 2013-2014 menunjukkan bahwa pengetahuan tentang tuberkulosis menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku pencarian pengobatan. Pada mereka yang melaporkan gejala batuk ≥ 14 hari atau batuk darah atau hasil ronsen paru abnormal) hanya 26% yang mencari pengobatan di fasilitas kesehatan. Sebanyak 43% tidak mencari pengobatan dan 31% melakukan pengobatan sendiri. Proporsi yang tidak mencari pengobatan lebih tinggi pada laki-laki. Ketika ditanya alasannya, 75% dari

mereka yang tidak mencari pengobatan karena mereka merasa gejalanya tidak serius (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Mereka yang melaporkan gejala batuk ≥ 14 hari atau batuk darah atau hasil ronsen paru abnormal, sebanyak 77% mengetahui gejala utama Tuberkulosis, 66% mengetahui bagaimana tuberkulosis ditularkan, dan 76% mengetahui bahwa tuberkulosis dapat disembuhkan. Namun, hanya 22% yang mengetahui bahwa pengobatan TB gratis (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Evaluasi mengenai *Community, Rights and Gender* (CRG) yang dilakukan oleh Spiritia Foundation (2019) menunjukkan bahwa kurangnya pengetahuan tentang tuberkulosis terjadi pada laki-laki dan perempuan (Marguari et al., 2019). **Laki-laki dengan gejala tuberkulosis cenderung untuk tidak segera mencari pengobatan dibandingkan perempuan.** Hal ini karena laki-laki akan mencari pengobatan jika gejala sudah lebih berat. Hambatan untuk perempuan dengan gejala tuberkulosis untuk mencari pengobatan terutama adalah karena lebih memprioritaskan masalah rumah tangga, dan perlu untuk berkonsultasi dengan suami sebelum memutuskan mengunjungi fasilitas pelayanan kesehatan (Marguari et al., 2019).

Seluruh faktor di atas sangat mungkin berkontribusi pada rendahnya cakupan pengobatan tuberkulosis yang hanya mencapai 67% (61-73%) pada tahun 2018; oleh karena itu masih ada 33% (27-39%) kasus tuberkulosis yang belum didiagnosis atau dilaporkan.

Unreported populasi high risk misalnya prevalensi merokok tinggi, prevalensi DM meningkat, prevalensi kurang gizi masih tinggi, populasi lansia meningkat perlu didorong untuk menjadi perhatian dan kebutuhan kolaborasi dalam integrasi layanan untuk peningkatan temuan dan pengobatan kasus tuberkulosis.

- 2.4.2. Orang dengan Tuberkulosis datang ke layanan tetapi tidak terdiagnosis atau tidak dilaporkan

Orang dengan Tuberkulosis berkunjung ke fasilitas kesehatan, namun tidak terdiagnosis: Meskipun fasilitas kesehatan di sektor pemerintah dan swasta (semua level) baik di level fasyankes primer dan rujukan memiliki cakupan diagnostik yang tinggi, tetapi hanya 26% dari populasi menjalani pengobatan di fasilitas dengan diagnostik tuberkulosis. Bagi pasien yang tidak mencari pengobatan di fasilitas tersebut, mereka bergantung pada rujukan ke fasilitas kesehatan dengan kapasitas diagnosis atau berisiko tidak terdiagnosis.

Hasil Survei Prevalensi Tuberkulosis 2013-2014, menunjukkan bahwa pemeriksaan radiologis berkontribusi pada penambahan 181 (42,5%) total kasus tuberkulosis tanpa gejala. Deteksi kasus yang hanya menerapkan skrining gejala dapat menyebabkan

sejumlah besar kasus tidak terdeteksi. Dari kasus yang ditemukan pada studi tersebut, 261 dari 426 (61%) memiliki hasil dahak negatif. Kasus ini bisa saja terlewatkan oleh deteksi kasus yang selama ini dilakukan dengan mengandalkan mikroskop. Dari total kasus dalam Survei Prevalensi Tuberkulosis 2013-2014, proporsi kasus yang didiagnosis secara klinis paling tinggi pada kelompok usia 0-14 tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

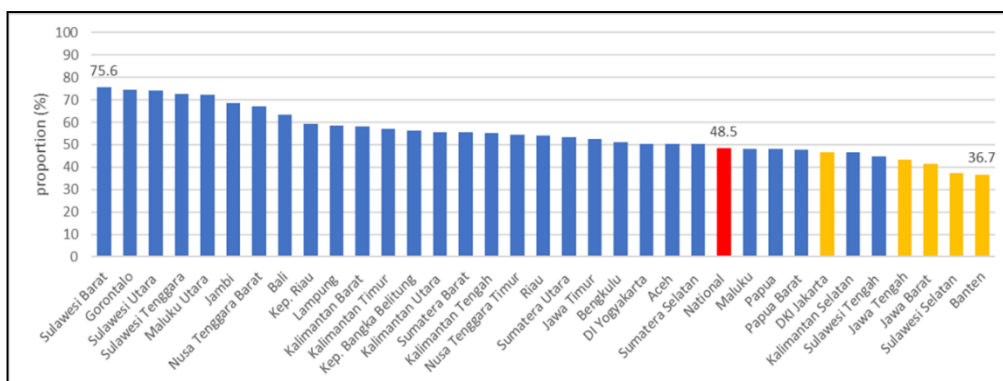
Data Program Tuberkulosis Nasional menunjukkan bahwa dari kasus tuberkulosis baru dan kambuh untuk semua tipe yang dilaporkan ke Program Tuberkulosis Nasional pada tahun 2017, sekitar 49% merupakan kasus tuberkulosis yang terkonfirmasi bakteriologis, 42% didiagnosis secara klinis, dan 10% TB ekstra paru. Tren penemuan kasus tuberkulosis yang terkonfirmasi bakteriologis cenderung menurun, sementara tren penemuan kasus tuberkulosis yang didiagnosis secara klinis dan tuberkulosis ekstra paru cenderung meningkat (WHO, 2019b).

Proporsi pelaporan kasus tuberkulosis baru dan kambuh pada anak-anak yang berusia di bawah 15 tahun berada dalam kisaran yang diharapkan yaitu kisaran 5-15%, tantangan yang dihadapi adalah kurangnya diagnosis dan pelaporan kasus TB pada balita (di bawah usia 5 tahun) namun terjadi diagnosis berlebihan pada kasus TB anak yang berusia lebih tua (5-14 tahun).

Akses ke layanan diagnostik tes cepat molekuler (TCM) di antara kasus baru dan kambuh tetap menjadi salah satu tantangan. Pada tahun 2017, hanya 2% dari kasus baru yang diuji oleh TCM; angka tersebut meningkat menjadi 12% pada tahun 2018.

Agar dapat mendiagnosis tuberkulosis dengan tepat, maka sangat diperlukan diagnosis konfirmasi secara bakteriologis. Gambar di bawah ini menunjukkan persentase konfirmasi bakteriologis pada kasus baru tuberkulosis paru menurut provinsi pada tahun 2018 (). Rerata nasional konfirmasi bakteriologi adalah 48,5% pada tahun 2018. Lima dari 10 provinsi di bawah rerata nasional (48,5%) adalah provinsi dengan angka penemuan kasus yang tinggi (DKI Jakarta, Jawa Tengah, Jawa Barat, Sulawesi Selatan, dan Banten). Provinsi tersebut menyumbang hampir separuh dari seluruh angka penemuan kasus pada tahun 2018. Provinsi tersebut juga merupakan provinsi yang melaksanakan penapisan kasus pada rumah sakit besar dan klinik dengan proporsi kasus tuberkulosis terdiagnosis klinis yang tinggi (WHO, 2019b).

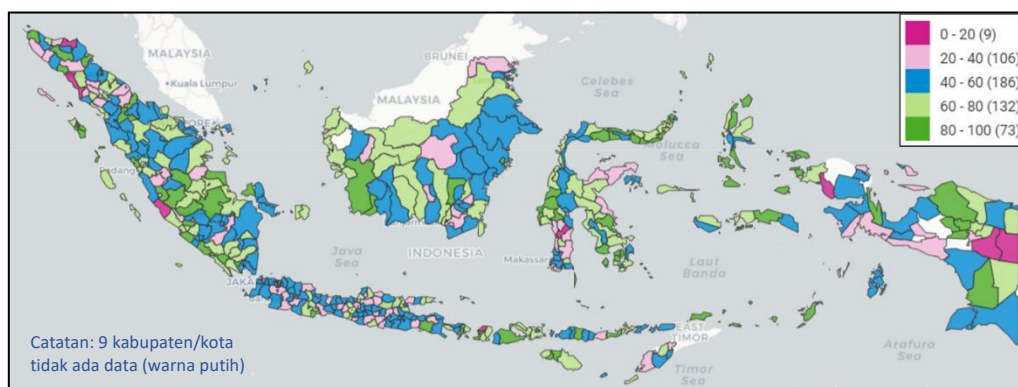
Gambar 30. Persentase konfirmasi bakteriologi pada kasus baru TBC paru menurut provinsi, 2018



Sumber: (WHO, 2019b)

Pada tahun 2018, 205 (40%) kabupaten/kota memiliki proporsi kasus baru tuberkulosis paru terkonfirmasi bakteriologis sebesar 60-100%; 186 (36%) kabupaten/kota memiliki proporsi kasus tuberkulosis terkonfirmasi bakteriologis sebesar 40-60% dan 115 (22%) di bawah 40%. Di antara kabupaten/kota dengan proporsi kasus tuberkulosis terkonfirmasi bakteriologis kurang dari 40%, terdapat 9 kabupaten/kota dengan proporsi kasus baru tuberkulosis paru terkonfirmasi bakteriologis $\leq 20\%$. Kabupaten/kota tersebut adalah: Aceh Selatan (19%), Aceh Utara (14%), Mukomuko (20%), Sidenreng Rappang (14%), Pegunungan Bintang (14%), Sorong Selatan (9%), Kota Payakumbuh (20%), Yahukimo (0%) and Lombok Utara (0%). Rendahnya proporsi kasus tuberkulosis paru baru terkonfirmasi bakteriologis pada 115 kabupaten/kota tersebut harus diatasi (WHO, 2019b).

Gambar 31. Proporsi konfirmasi bakteriologis diantara kasus baru TBC paru tahun 2018



Sumber: (WHO, 2019b)

Jumlah dan angka kasus tuberkulosis ekstra paru per 100.000 penduduk terus meningkat (7,8 per 100.000 pada tahun 2014 menjadi 25,4 per 100.000 pada tahun 2018 atau 6,4% dari seluruh kasus tuberkulosis baru pada tahun 2014 menjadi 9,9% pada tahun 2018). Proporsi tuberkulosis ekstraparu tinggi di Papua yang merupakan provinsi dengan prevalensi HIV dan TB anak yang tinggi. Sebaliknya, proporsi kasus tuberkulosis ekstraparu rendah di Sulawesi dan pulau-pulau kecil lainnya.

Hanya sebagian kecil pasien tuberkulosis baik kasus baru maupun kasus kambuh yang mengetahui status HIV-nya. Cakupan tes HIV pada pasien tuberkulosis adalah 29% pada tahun 2017 dan 37% pada tahun 2018 (WHO, 2019b).

Orang yang terdiagnosis tuberkulosis namun tidak dilaporkan: Standar Operasional Prosedur (SOP) untuk validasi data, manual sistem pencatatan dan pelaporan) atau dokumentasi yang berkaitan dengan dukungan teknis/pemecahan masalah SITT di fasilitas kesehatan tidak tersedia. Formulir pencatatan versi lama masih digunakan. Penggunaan formulir yang kurang tepat atau tidak lengkap masih ditemukan. Saat ini, tidak ada keterkaitan antara sistem pencatatan dan pelaporan HIV (SIHA) dengan SITT. Tidak ada sistem pelaporan data laboratorium nasional. Tidak ada pemantauan otomatis kelengkapan pengisian SITT dan tidak ada sistem yang rutin dilakukan untuk memvalidasi jumlah fasilitas kesehatan yang melapor.

Belum semua fasilitas pelayanan kesehatan telah menyediakan layanan DOTS. Hanya 57% rumah sakit, 25% Lembaga Masyarakat dan Rumah Tahanan, 6% klinik dan 3% dokter praktik mandiri yang telah menjadi layanan DOTS (Laporan surveilans TBC triwulan 1-2 tahun 2019. Subdit TB, Kementerian Kesehatan RI).

Jejaring internal dan eksternal di fasilitas kesehatan masih belum optimal. Sejak dilakukan penyisiran kasus tuberkulosis di rumah sakit dan klinik yang dimulai pada tahun 2017, proporsi kasus yang berasal dari rumah sakit meningkat (Laporan surveilans TBC triwulan 1-2 tahun 2019. Subdit TB, Kementerian Kesehatan RI).

Berdasarkan hasil Studi Inventori Tuberkulosis di Indonesia tahun 2016-2017, estimasi *under-reporting* pelaporan TB di Indonesia adalah 41%, dimana 15% *under-reporting* terjadi di fasilitas kesehatan primer, 62% di rumah sakit, dan 96% *under-reporting* terjadi di laboratorium/dokter umum/klinik pratama. Tingkat pelaporan yang rendah masih relatif banyak terjadi; terutama di fasilitas pelayanan kesehatan swasta (71%). Studi tersebut juga menemukan bahwa dari 7.323 total kasus yang ditemukan di fasilitas kesehatan swasta, 5.099 kasus tidak dilaporkan kepada program tuberkulosis nasional. Dari 14.749 total kasus yang ditemukan di Puskesmas, 4.568 tidak dilaporkan (WHO, 2018).

Kajian Epidemiologi Tuberkulosis di Indonesia tahun 2019 juga menemukan bahwa sebanyak tujuh kabupaten tidak melaporkan notifikasi pada 2018 yakni Kabupaten Deiyai, Landak, Maybrat, Nduga, Pegunungan Arfak, Puncak, Tambrau. Hal tersebut terjadi karena tidak ada fasilitas DOTS di wilayah tersebut (WHO, 2019b).

Hanya 18,6% kasus tuberkulosis di layanan swasta yang terkonfirmasi bakteriologis. Hasil Studi Inventori Tuberkulosis 2016-2017 menemukan proporsi kasus tuberkulosis anak yang terdiagnosis lebih tinggi di fasilitas kesehatan swasta dibandingkan di fasilitas pemerintah (23,7% vs. 15,3%) (WHO, 2019b).

2.4.3. Orang yang dilaporkan sebagai kasus Tuberkulosis tetapi tidak berhasil diobati

Orang yang terdiagnosis, tetapi tidak memulai pengobatan: Berdasarkan hasil Studi Inventori didapatkan bahwa fasilitas layanan kesehatan Pemerintah merujuk sekitar 1.667 (11%) sedangkan fasilitas swasta merujuk sekitar 692 (10%) pasien tuberkulosis sensitive obat (TBC SO) yang terdiagnosis ke fasilitas kesehatan yang lain untuk menjalani pengobatan tetapi tidak ada data berapa diantara kasus yang dirujuk tersebut benar-benar memulai pengobatan. Studi Inventori Tuberkulosis (TB-IVS) juga menunjukkan ditemukannya 1.010 kasus TBC SO di Laboratorium klinik milik pemerintah maupun swasta yang tidak diketahui dimana kasus-kasus tersebut menjalani pengobatan. Kedua hal tersebut menunjukkan indikasi masih banyaknya kasus TB yang sudah terdiagnosis tidak mendapatkan pengobatan yang sesuai standar.

Jumlah layanan tuberkulosis resistan obat di Indonesia per 12 Februari 2020 sebanyak 233 rumah sakit dan 2.502 satelit layanan tuberkulosis resistan yang berada di 34 provinsi dan 117 kabupaten/kota².

Kajian epidemiologi tahun 2019 menemukan bahwa rata-rata keterlambatan pengobatan kasus tuberkulosis resistan obat setelah terdiagnosis adalah 41 hari. Hal ini perlu mendapatkan perhatian serius supaya semua pasien yang terkonfirmasi resistan obat segera mendapatkan pengobatan sehingga tidak menularkan kepada orang yang lain (WHO, 2019b).

Sekitar 51,2% (4.704 dari 9.180 kasus) pasien tuberkulosis resistan obat yang didiagnosis tidak memulai pengobatan pada tahun 2018. Tren pasien tuberkulosis resistan obat yang memulai pengobatan cenderung menurun (83% pada tahun 2015 menjadi 49% pada tahun 2018). Kesenjangan terbesar dijumpai di DKI Jakarta pada tahun 2018, hanya 53% pasien tuberkulosis resistan obat yang memulai pengobatan. Tiga provinsi (Jawa Barat, Jawa Timur dan DKI Jakarta) berkontribusi pada 53% deteksi tuberkulosis

² Laporan e-TB manager per 12 Februari 2020. Sub-direktorat Tuberkulosis. Ditjen P2P. Kementerian Kesehatan RI.

resistan obat di Indonesia (4.844 dari 9.135 kasus tuberkulosis resisten obat pada tahun 2018). Sementara, pada tahun yang sama, ketiga provinsi tersebut berkontribusi pada 58% pasien tuberkulosis resisten obat yang tidak memulai pengobatan (2.704 dari 4.665 kasus tuberkulosis resisten obat yang tidak memulai pengobatan) (WHO, 2019b).

Proporsi kasus koinfeksi TB-HIV yang mendapatkan ART dan Pengobatan Pencegahan Tuberkulosis (TPT) masing-masing adalah 47% dan 44% pada tahun 2013. Namun, telah menurun dari waktu ke waktu (40% pada ART dan 37% pada TPT pada tahun 2018). Pada tahun 2018, ada 6.176 pasien TB-HIV yang tidak memakai ART, 60% berasal dari DKI Jakarta, Jawa Timur, Jawa Barat, Papua, dan Jawa Tengah (WHO, 2019b).

Terlaporkan, tetapi pengobatan tidak sembuh atau lengkap pengobatan: Di antara orang dengan riwayat diagnostik tuberkulosis dan tidak lagi minum obat, 40,2% melaporkan menghentikan obat tanpa dinyatakan sembuh. Sebanyak 26% menghentikan pengobatan karena merasa lebih baik atau tidak memiliki gejala lagi (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

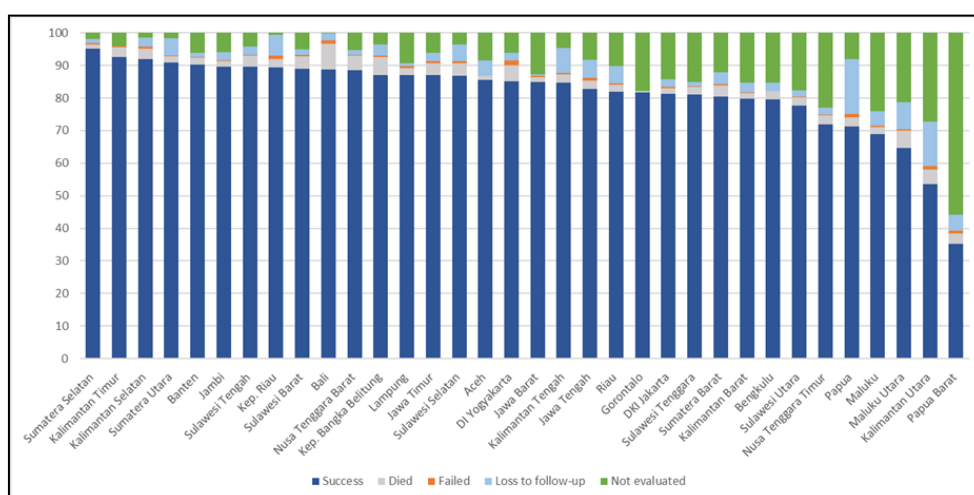
Menurut analisis *patient pathway*, 27% dari total perkiraan beban tuberkulosis berhasil diobati, 5% tidak berhasil diobati, dan sisanya (68%) tidak diketahui hasilnya. Pada tahun 2017, tingkat keberhasilan pengobatan di antara kasus baru dan kambuh adalah 85% dan di antara kasus tuberkulosis sensitif obat yang sebelumnya diobati 72%. Angka ini di bawah target global 90%. Ada tren peningkatan tingkat keberhasilan untuk kasus tuberkulosis sensitif obat dengan infeksi HIV (60% pada tahun 2015 menjadi 70% pada tahun 2017).

Proporsi kasus tuberkulosis sensitif obat yang sembuh (dengan konfirmasi bakteriologi di akhir pengobatan) menurun, sementara proporsi kasus dengan pengobatan lengkap (tanpa pemeriksaan bakteriologi di akhir pengobatan) meningkat. Hal ini konsisten dengan penurunan konfirmasi bakteriologi di antara kasus yang dilaporkan. Menurut laporan WHO tahun 2018, tingkat keberhasilan pengobatan pasien TB MDR/TB Resistan Rifampisin pada tahun 2014 adalah 51% dan di antara pasien TB XDR adalah 13%. Seiring meningkatnya tren penemuan kasus TB resisten obat, tren angka keberhasilan pengobatan pasien tuberkulosis resisten obat menurun (74% pada tahun 2011 menjadi 49% pada tahun 2018 (WHO, 2019b).

Di tingkat provinsi, angka keberhasilan pengobatan bervariasi. Provinsi Sumatera Selatan mempunyai angka keberhasilan pengobatan tertinggi pada tahun 2018, sementara Provinsi dengan angka terendah adalah Papua Barat. Proporsi kasus yang tidak dievaluasi meningkat, sehingga pencatatan dan pelaporan merupakan salah satu masalah yang dapat menjelaskan alasan rendahnya angka keberhasilan pengobatan di beberapa provinsi. Namun demikian, alasan lain seperti tingginya proporsi mangkir

pengobatan (seperti di Papua (17%), Kalimantan Utara (14%), Maluku Utara (8%), Kalimantan Tengah (8%), dan Kepulauan Riau (7%)); dan tingginya proporsi kematian (seperti di Bali (8%), Kep. Bangka Belitung (6%), Maluku Utara (5%) dan Yogyakarta (5%)) memerlukan evaluasi lebih lanjut dan tindakan segera.

Gambar 32. Luaran pengobatan TBC SO (%) menurut provinsi pada kohort pasien 2017



Sumber: (WHO, 2019b)

Orang dengan tuberkulosis yang berhasil diobati, namun mengalami kekambuhan:

Meskipun trennya meningkat, pada tahun 2017, hanya 4,4% dari kasus yang dilaporkan adalah kasus kambuh (WHO, 2018). Kemungkinan terdapat kesalahan dalam klasifikasi riwayat pengobatan (WHO, 2019b). Sementara itu, Survei Prevalensi Tuberkulosis 2013-2014 menunjukkan bahwa hanya 19% kasus tuberkulosis memiliki riwayat pengobatan tuberkulosis sebelumnya. Proporsi ini jauh lebih tinggi dibandingkan dengan data pelaporan kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Akar Masalah menurut alur Layanan Tuberkulosis yang Berkesinambungan

- 1. Terbatasnya akses diagnosis yang berkualitas dan pengobatan yang berpusat pada pasien, menurut alur layanan tuberkulosis yang berkesinambungan**
 - a. Terbatasnya penemuan tuberkulosis pada ibu dan anak, pasien Diabetes Mellitus, HIV dan layanan lansia serta tempat kerja;
 - b. Terbatasnya penerapan investigasi kontak;
 - c. Terbatasnya penemuan kasus tuberkulosis secara aktif pada populasi berisiko tinggi dan rentan;
 - d. Rendahnya akses pada alat diagnostik cepat di fasyankes pemerintah dan swasta;
 - e. Algoritme skrining dan diagnostik yang tidak sesuai;
 - f. Kurangnya akses pada uji sensitivitas dan kultur (untuk OAT lini pertama dan kedua) pada seluruh kasus tuberkulosis;
 - g. Masalah akses dan kualitas pada laboratorium;
 - h. Terbatasnya jumlah fasilitas layanan kesehatan yang menyediakan pengobatan tuberkulosis resistan obat;
 - i. Kurangnya tatalaksana kasus TB MDR yang berpusat pada pasien termasuk dukungan untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan;
 - j. Kurangnya audit kematian pada pasien TB MDR;
 - k. Kurangnya monitoring dan evaluasi kejadian tidak diinginkan yang serius;
 - l. Terbatasnya cakupan layanan TB/HIV terintegrasi;
 - m. Panduan integrasi TB/HIV belum ramah pengguna;
 - n. Kurangnya keterampilan petugas kesehatan untuk melakukan tes HIV pada pasien tuberkulosis;
 - o. Strategi konseling, informasi dan edukasi TB/HIV pada pasien tuberkulosis yang sudah tidak sesuai dengan kebutuhan;
 - p. Terbatasnya kemampuan petugas kesehatan untuk melakukan konseling, informasi dan edukasi serta kontak investigasi pada pasien TB/HIV di fasilitas pelayanan kesehatan dan tempat kerja;
 - q. Belum optimalnya bantuan psiko-sosio-ekonomi pada pasien TB/HIV;
 - r. Kurangnya advokasi pada pemerintah daerah untuk menyediakan infrastruktur layanan ARV di rumah sakit tingkat kabupaten/kota;
 - s. Terbatasnya layanan satelit ARV;
 - t. Terbatasnya upaya untuk mengatasi tingginya mangkir pengobatan dan angka kematian akibat TB
 - u. Belum optimalnya keterlibatan fasilitas pelayanan kesehatan swasta dalam diagnosis dan pengobatan yang standar serta melakukan pencatatan/pelaporan
 - v. Rendahnya keterkaitan antara sistem informasi untuk penemuan dan pengobatan TB dengan sistem informasi kesehatan lainnya (SIMRS, SIKDA/SIP, WIFI TB, Pcare, SIHA)
- 2. Terbatasnya akses pada layanan pencegahan tuberkulosis**
 - a. Terbatasnya informasi pengobatan pencegahan tuberkulosis;
 - b. Lemahnya manajemen pengobatan pencegahan tuberkulosis;
 - c. Kurangnya dukungan untuk pengobatan pencegahan tuberkulosis;
 - d. Terbatasnya cakupan layanan tuberkulosis laten pada pasien dengan gangguan imunitas dan populasi risiko tinggi lainnya pada *congregate setting*.

Faktor Kontekstual yang Berperan pada Rendahnya Akses Layanan Tuberkulosis sesuai Kerangka Layanan Berkesinambungan

1. Kurangnya partisipasi masyarakat, mitra dan lintas sektor dalam eliminasi tuberkulosis

- a. Rendahnya jumlah CSO dan organisasi pasien yang terlibat dalam pencegahan dan pengobatan tuberkulosis di tingkat Kabupaten/Kota;
- b. Kurangnya koordinasi tingkat Kementerian (Kementerian Sosial, Kementerian Agama, Kementerian Desa, Pembangunan Desa Tertinggal dan Transmigrasi, Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Tenaga Kerja dan BPJS);
- c. Terbatasnya kolaborasi dengan BAZNAS, filantropi dan perusahaan;
- d. Kurangnya pemanfaatan hasil riset dan teknologi digital untuk skrining, diagnosis, dan pengobatan tuberkulosis.

2. Kurang optimalnya kepemimpinan program di tingkat kabupaten/kota

- a. Terbatasnya kebijakan yang terkait dengan penanggulangan tuberkulosis di tingkat kabupaten/kota
- b. Terbatasnya regulasi dan sumber daya penanggulangan tuberkulosis di tingkat kabupaten/kota
- c. Lemahnya peran organisasi profesi dalam implementasi ISTC
- d. Kurangnya cakupan layanan tuberkulosis tertentu yang dibiayai oleh asuransi kesehatan
- e. Perlunya perbaikan bidang sumber daya manusia, logistik, sistem informasi dan pembiayaan penanggulangan tuberkulosis

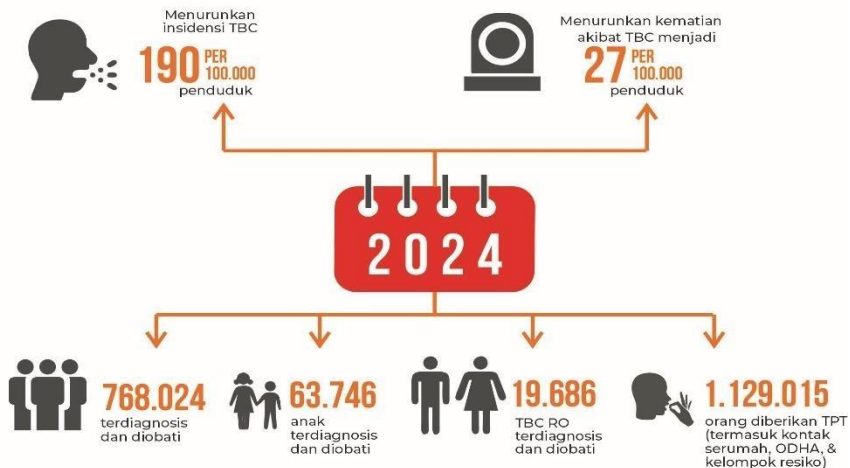
Bab 3. Tujuan dan Target

Secara umum, penanggulangan tuberkulosis tahun 2020-2024 bertujuan untuk mempercepat upaya Indonesia untuk mencapai eliminasi tuberkulosis pada tahun 2030, serta mengakhiri epidemi tuberkulosis di tahun 2050.

Tujuan khusus penanggulangan tuberkulosis tahun 2020-2024 yaitu:

1. Memperkuat manajemen program penanggulangan tuberkulosis yang responsif mulai dari pusat, provinsi, kabupaten, kota dan fasyankes.
2. Meningkatkan kualitas pelayanan tuberkulosis yang berpusat kepada kebutuhan masyarakat.
3. Meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan tuberkulosis.
4. Meningkatkan kebutuhan dan kepedulian masyarakat terhadap pentingnya penanggulangan tuberkulosis.

TARGET UTAMA TAHUN 2024



TARGET ELIMINASI TUBERKULOSIS TAHUN 2030



Bab 4. Strategi dan Intervensi

4.1. Strategi Program Tuberkulosis Nasional

Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024 dilaksanakan dengan enam strategi, yakni:

- Strategi 1. Penguatan komitmen dan kepemimpinan pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota untuk mendukung percepatan eliminasi tuberkulosis 2030.
- Strategi 2. Peningkatan akses layanan tuberkulosis bermutu dan berpihak pada pasien.
- Strategi 3. Optimalisasi upaya promosi dan pencegahan, pemberian pengobatan pencegahan tuberkulosis serta pengendalian infeksi.
- Strategi 4. Pemanfaatan hasil riset dan teknologi skrining, diagnosis, dan tatalaksana Tuberkulosis.
- Strategi 5. Peningkatan peran serta komunitas, mitra, dan multisektor lainnya dalam eliminasi tuberkulosis.
- Strategi 6. Penguatan manajemen program melalui penguatan sistem kesehatan.

Enam strategi di atas terdiri dari **tiga strategi fungsional dan tiga strategi pemungkin**. **Strategi fungsional (Strategi 2,3,5)** adalah strategi yang bersifat teknis yang fokus pada area intervensi: penemuan kasus, pengobatan, dan pencegahan. **Strategi pemungkin (Strategi 1,4,6)** merupakan strategi yang fokus pada faktor kontekstual yang dapat menjadi daya ungkit ketercapaian strategi fungsional.

Keenam strategi tersebut sejalan dengan tiga pilar *End TB Strategy*. Strategi 2 dan Strategi 3 merupakan strategi yang harmoni dengan pilar 1 *End TB strategy* (Penanganan dan pencegahan Tuberkulosis yang terintegrasi dan berpusat pada pasien). Strategi 1 dan Strategi 5 merupakan dua strategi yang mengarah kepada pilar 2 *End TB strategy* (Sistem pendukung serta kebijakan-kebijakan yang tegas). Strategi 6 mendukung pilar 1 dan 2. Pilar terakhir dalam *End-TB strategy* yakni Inovasi dan penelitian yang intensif selaras dengan Strategi 4 yakni pemanfaatan hasil riset dan teknologi skrining, diagnosis, dan tatalaksana tuberkulosis.

4.2. Sasaran populasi dan kelompok berisiko Tuberkulosis

Sasaran populasi pada program penanggulangan tuberkulosis 2020-2024 ialah semua orang terduga tuberkulosis. Sedangkan intervensi penanggulangan tuberkulosis akan difokuskan pada 1) populasi berisiko tinggi, yaitu perokok, orang yang mengalami malnutrisi, pasien diabetes mellitus, kelompok lanjut usia, orang dengan HIV/AIDS, serta petugas kesehatan, dan 2) *congregate setting* seperti lapas/rutan, wilayah padat kumuh, tempat kerja (sektor formal dan informal), tambang tertutup, barak pengungsi, asrama dan pondok pesantren.

4.3. Pendekatan Intervensi Penanggulangan Tuberkulosis tahun 2020-2024

Pada tahun 2019, laporan Surveilans Program TBC Nasional melaporkan terdapat 292 kabupaten atau 57% dari total 514 kabupaten/kota di Indonesia dengan beban kasus TBC ternotifikasi ≥ 1.000 kasus yang berkontribusi 87% terhadap beban insidensi TBC nasional dan 222 kabupaten/kota dengan beban kasus kurang dari 1.000 kasus yang berkontribusi 13% terhadap beban insidensi TBC nasional. Diantara 292 kabupaten/kota yang beban kasus TBC-nya tinggi, terdapat 192 kabupaten/kota prioritas HIV, sedangkan diantara 222 kabupaten/kota dengan beban kasus TBC rendah, terdapat 42 kabupten/kota prioritas HIV.

Berdasarkan pencapaian target program tuberkulosis nasional tahun 2019, maka Program Tuberkulosis Nasional akan melakukan intervensi **supaya sebagian besar kabupaten/kota dapat mencapai target penemuan dan pengobatan kasus TBC (*Treatment Coverage*) 90% pada tahun 2024.**

Upaya utama yang diperlukan **untuk meningkatkan jumlah penemuan dan cakupan pengobatan tuberkulosis** yaitu:

- mewajibkan pelaporan penemuan kasus tuberkulosis di semua fasyankes;
- melakukan penemuan kasus secara aktif (*Active Case Finding*) terutama pada kelompok berisiko seperti pada orang dengan HIV-ADIS (ODHA), pasien DM dan pasien malnutrisi;
- memaksimalkan kegiatan investigasi kontak;
- memperbaiki kualitas pencatatan dan pelaporan di semua fasyankes;
- memperkuat jejaring fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta dalam penemuan, tatalaksana, dan pengobatan;
- memluas dan memperkuat layanan diagnostik dan pengobatan tuberkulosis;
- pemantauan pengobatan untuk TBC SO dan RO sesuai standar;
- pendampingan konsumsi OAT sampai selesai dan sembuh; dan

- mengoptimalkan komunikasi, informasi, dan edukasi tentang tuberkulosis kepada masyarakat.

Dengan memperhatikan upaya-upaya utama untuk meningkatkan cakupan pengobatan dan keberhasilan pengobatan tuberkulosis diatas, maka **intervensi dilakukan sebagai berikut:**

Kondisi	Proporsi beban kasus TBC	Deskripsi Intervensi
292 kabupaten/kota (Estimasi beban kasus TBC ≥ 1.000 , mencakup 192 kabupaten/kota prioritas HIV, 118 kabupaten/kota prioritas TBC RO, dan prevalensi DM tinggi)	87%	Intervensi komprehensif yang mencakup: • Penemuan kasus tuberkulosis di puskesmas dan di seluruh rumah sakit baik rumah sakit pemerintah dan swasta, • Penguatan jejaring layanan pemerintah dan swasta (PPM), • Memperluas layanan tuberkulosis resistan obat dengan menyediakan ≥ 1 RS rujukan TBC RO dan menyediakan layanan TBC RO di seluruh puskesmas, • Memperluas cakupan pemberian pengobatan pencegahan tuberkulosis pada kontak serumah, • Meningkatkan akses layanan ke TCM untuk penegakan diagnosis melalui penambahan alat TCM dan penguatan jejaring transportasi spesimen, dan • Penemuan kasus aktif di masyarakat umum dan di fasyankes.
222 kabupaten/kota (Estimasi beban kasus < 1.000 , mencakup 42 kabupaten/kota prioritas HIV dan prevalensi DM tinggi)	13%	Intervensi esensial yang mencakup: • Penemuan kasus tuberkulosis di puskesmas dan rumah sakit pemerintah, • Penguatan jejaring layanan pemerintah dan swasta (PPM), • Menyediakan 1 RS rujukan TBC RO dan menyediakan layanan TBC RO di puskesmas terpilih, • Meningkatkan cakupan pemberian pengobatan pencegahan tuberkulosis pada anak di bawah usia 5 tahun, • Optimalisasi penggunaan TCM untuk diagnosis di fasyankes.

4.4. Intervensi berdasarkan layanan Tuberkulosis yang berkelanjutan

4.4.1. Intervensi bagi orang dengan tuberkulosis atau gejala tuberkulosis yang belum/tidak mengakses layanan kesehatan

❖ **Mengembangkan sistem rujukan terduga tuberkulosis yang datang ke layanan kesehatan berbasis masyarakat**

Justifikasi: *Patient pathway analysis* tahun 2017 menunjukkan bahwa 52% orang dengan gejala tuberkulosis mengawali pencarian pengobatan di layanan kesehatan berbasis masyarakat. Layanan kesehatan berbasis masyarakat termasuk pelayanan triase dasar, informasi kesehatan dan pelayanan dan pencegahan dasar termasuk apotik (Surya et al., 2017). Survei Prevalensi Tuberkulosis nasional tahun 2013-2014 menunjukkan bahwa 30,8% dari orang dengan gejala tuberkulosis datang ke apotik setelah batuk 14 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Deskripsi intervensi: Untuk meningkatkan jumlah orang dengan gejala tuberkulosis atau dengan tuberkulosis yang mengakses pelayanan kesehatan, maka perlu adanya intervensi untuk mendorong mereka yang sudah datang ke layanan LO untuk dapat didiagnosis dan dilaporkan dengan membuat jejaring rujukan layanan dari LO ke fasilitas pelayanan kesehatan tuberkulosis yang sudah ada. Pembentukan jejaring layanan perlu melibatkan asosiasi profesi farmasi (IAI, PAFI) ke dalam KOPI TB di daerah. Diharapkan setiap daerah membuat sistem rujukan tersebut dengan surat edaran terkait wajib lapor penggunaan obat dan proses monitoring dari Dinas Kesehatan ke semua apotek. Selain itu pemerintah perlu melakukan pembinaan terhadap Batra (Pengobatan Tradisional) agar bila ada pasien dengan gejala tuberkulosis dirujuk ke Puskesmas.

❖ **Melibatkan apotek dalam pemantauan pengobatan tuberkulosis**

Justifikasi: Layanan apotek hanya memberikan obat tuberkulosis sesuai resep dokter tetapi tidak wajib memantau, mendata dan melaporkan padahal apotek mempunyai potensi untuk melakukan pemantauan pengobatan bila dilibatkan.

Deskripsi intervensi: Melakukan advokasi kepada BPJS agar penyakit tuberkulosis dapat dimasukkan ke dalam layanan Program Rujuk Balik (PRB) sehingga apotek dapat melakukan *Medication Therapy Management* (MTM).

❖ Melakukan ekspansi cakupan dan kualitas inisiatif *public-private mix*

Justifikasi: Kolaborasi public-private mix telah diinisiasi di tingkat kabupaten/kota namun belum memberikan kontribusi penemuan kasus yang signifikan. Kontribusi dari inisiatif public-private mix baru sekitar 18% dari seluruh notifikasi kasus.

Deskripsi intervensi: Perlu dilakukan ekspansi cakupan dan kualitas inisiatif public-private mix dengan target peningkatan jumlah dokter praktik mandiri dan rumah sakit yang dilibatkan dalam program penanggulangan tuberkulosis. Target peningkatan jumlah dokter praktik mandiri yang dilibatkan adalah sedikitnya 10 kali lipat dan 2 kali lipat untuk jumlah rumah sakit swasta (WHO, 2020). Fungsi koordinasi kegiatan PPM di kabupaten/kota akan diperkuat dengan pengalokasian sumber daya manusia yang dikhususkan untuk melakukan fungsi kesehatan masyarakat (*public health function*) berupa integrasi, memperkuat jejaring layanan dan memastikan data layanan masuk kedalam sistem pencatatan dan pelaporan tuberkulosis (WHO, 2020).

4.4.2. Intervensi bagi orang dengan Tuberkulosis datang ke layanan tetapi tidak terdiagnosis atau tidak dilaporkan

❖ Penyesuaian alur skrining dan diagnosis tuberkulosis

Justifikasi: Orang dengan tuberkulosis yang tidak memiliki gejala batuk ≥ 14 hari atau batuk darah yang ditemukan pada Survei Prevalensi Tuberkulosis nasional tetapi memiliki hasil ronsen paru abnormal sebanyak 42,5%. Studi awal menunjukkan bahwa penambahan ronsen dada dalam prosedur skrining sebelum dilakukan diagnosis dengan TCM pada orang dengan faktor risiko yang mengunjungi Puskesmas merupakan prosedur yang *cost-effective* (Alisjahbana et al., 2019). Hasil penelitian lain di fasilitas pelayanan kesehatan primer di Yogyakarta menunjukkan bahwa penerapan kombinasi pemeriksaan klinis, pemeriksaan sputum dan pemeriksaan ronsen dada memberikan sensitifitas dan spesifisitas yang tinggi (Morita Saktiawati et al., 2019)

Deskripsi intervensi: Pemeriksaan TCM akan dipakai untuk penegakan diagnosis TBC sedangkan pemeriksaan mikroskopis akan dipakai untuk monitoring kemajuan pengobatan dan penentuan hasil akhir pengobatan (WHO, 2020). Selain itu, alur diagnosis tuberkulosis akan disesuaikan dengan menambahkan pemeriksaan ronsen dada sebagai sarana skrining maupun sebagai sarana untuk menjaga efektifitas penggunaan TCM. Penggunaan skrining dengan ronsen dada sebagai bagian dari kegiatan penemuan pasien secara aktif dilakukan pada populasi khusus yang angka insidensinya lebih dari 1% seperti asrama, rutan/lapas, serta kelompok beresiko tinggi seperti ODHA dan penderita DM. Assesment mengenai kapasitas pemeriksaan radiologi

di fasilitas pelayanan kesehatan perlu dilakukan baik pada tataran regulasi maupun ketersediaan pada fasilitas layanan tingkat primer dan rujukan tingkat lanjut (WHO, 2020). Selain itu, perlu dikembangkan jejaring rujukan dan penguatan sistem pencatatan dan pelaporannya. Untuk memperkuat implementasinya, maka upaya terobosan dan teknologi seperti *mobile X-ray*, *digital X-ray* dan *tele radiology* perlu untuk diimplementasikan.

❖ **Peningkatan surveilens rutin yang disertai supervisi yang berkualitas di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan**

Justifikasi: IOM telah melakukan upaya mopping up data Tuberkulosis di rumah sakit juga memberikan peningkatan jumlah kasus tuberkulosis dilaporkan serta memberikan informasi tentang luaran pengobatan pasien. Namun, data hasil mopping up bukan merupakan data yang real time (WHO, 2020).

Deskripsi Intervensi: Sistem surveilens SITB yang baru didorong menjadi sistem surveilens yang dapat melakukan monitoring dan manajemen kinerja program yang *real time*. Selain itu akan dikembangkan integrasi antara sistem informasi TB dengan sistem informasi kesehatan milik fasyankes (SIRS) dan BPJS (P-care, VClaim) untuk mendapatkan data secara sistematis dan konsisten tanpa melakukan kegiatan mopping up yang bersifat masif dan mahal (WHO, 2020).

❖ **Penyediaan akses layanan tes HIV secara merata pada layanan tuberkulosis**

Justifikasi: Akses tes HIV pada layanan tuberkulosis belum merata di semua kota/kabupaten dan masih terpusat di rumah sakit. Petugas kesehatan masih ragu-ragu untuk memberikan ARV secepatnya pada orang dengan HIV/AIDS yang didiagnosis tuberkulosis. Pelatihan pada petugas program tuberkulosis untuk melakukan tes HIV atas inisiasi petugas kesehatan dapat meningkatkan cakupan tes HIV pada pasien tuberkulosis secara signifikan (Herawanto, 2019).

Deskripsi intervensi: Untuk memastikan layanan tes HIV tersedia bagi pasien tuberkulosis, maka perlu adanya penguatan implementasi regulasi/aturan yang mengharuskan setiap fasilitas pelayanan kesehatan tuberkulosis untuk mampu melakukan tes HIV, yang disertai dengan kegiatan perencanaan dan penyiapan sumber daya. Selama masa transisi maka jejaring rujukan tes HIV dari fasilitas yang belum bisa melakukan tes HIV ke fasilitas pelayanan kesehatan yang sudah bisa melakukan akan diperkuat dan dimonitor secara ketat melalui kegiatan validasi data secara rutin di tingkat fasilitas layanan. Untuk itu perlu adanya pemetaan layanan tes HIV di masing-

masing wilayah sesuai kapasitasnya. Untuk mempermudah proses rujukan, maka membuat sistem transportasi sampel pemeriksaan HIV. Selain itu perlu adanya desentralisasi ARV dengan menciptakan fasilitas kesehatan satelit layanan ARV dan pertemuan koordinasi berkala antara fasilitas kesehatan pengampu dan satelit. Kapasitas tenaga kesehatan untuk TB-HIV perlu ditingkatkan melalui lokakarya/pelatihan TB-HIV yang berkelanjutan untuk tenaga kesehatan.

❖ **Memastikan ketersediaan logistik laboratorium yang berkesinambungan**

Justifikasi: Ketersediaan logistik reagen HIV belum berkesinambungan.

Deskripsi intervensi: Perencanaan logistik HIV perlu dilaksanakan dengan lebih baik dengan melakukan kolaborasi perencanaan logistik HIV bersama program tuberkulosis. Selain itu perlu dipastikan bahwa pelaporan berjalan dengan baik dan berkesinambungan. Dukungan untuk distribusi logistik perlu diperkuat dalam hal pendanaan biaya distribusi, perencanaan distribusi, penguatan SDM, serta penguatan sistem pencatatan dan pelaporannya.

❖ **Penguatan penerapan TemPO (Temukan, Pisahkan, Obati) dan program pencegahan dan pengendalian infeksi tuberkulosis**

Justifikasi: Belum semua fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan strategi TemPO. Salah satu komponen strategi TemPO adalah melakukan triase berupa skrining gejala batuk pada individu yang berkunjung pada layanan rawat jalan maupun rawat inap di fasilitas layanan kesehatan.

Deskripsi intervensi: Penguatan penerapan TemPO bertujuan untuk meningkatkan identifikasi terduga atau pasien tuberkulosis pada populasi berisiko yang sudah datang ke layanan. Strategi TemPO harus menjadi standar prosedur operasional di semua fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam standar operasional prosedur tersebut harus memuat pembagian tugas petugas kesehatan dan prosedur sosialisasi TemPO di fasilitas pelayanan kesehatan. Penerapan strategi TemPO harus diperluas sampai ke layanan rawat inap dengan menargetkan skrining dan assessment kepada seluruh pasien RS dengan keluhan respirasi, pasien berisiko TB seperti pasien malnutrisi, DM, lansia dan gangguan sistem imun.

Selain itu, pencegahan dan pengendalian infeksi perlu dilaksanakan secara menyeluruh pada petugas kesehatan, pasien dan populasi umum. Upaya tersebut harus disertai dengan sistem pemantauan secara berkala. Perancangan materi edukasi, pelatihan pada petugas kesehatan termasuk penggunaan APD, perlu dilakukan (Apriani et al., 2019b).

- 4.4.3. Intervensi bagi orang yang dilaporkan sebagai kasus tuberkulosis tetapi tidak berhasil diobati

❖ **Penggunaan teknologi terbaru untuk melakukan pemantauan pengobatan tuberkulosis**

Justifikasi: Mayoritas pemantauan pengobatan untuk pasien TB SO dilakukan oleh keluarga, hanya sebagian kecil yang diawasi oleh petugas kesehatan atau kader tuberkulosis terlatih. Tingkat keberhasilan pengobatan TB SO adalah 72% (masih di bawah target WHO 90%). Survei prevalensi tuberkulosis 2013-2014 menunjukkan bahwa 40,2% dari orang dengan riwayat pengobatan TB berhenti minum obat sebelum dinyatakan sembuh.

Pemantauan pengobatan untuk pasien TB RO dilakukan oleh petugas kesehatan dan dilakukan di fasilitas layanan kesehatan, hal ini menimbulkan beban sosial dan ekonomi untuk pasien dan keluarga karena pasien TB RO harus datang setiap hari ke fasilitas kesehatan. Tingkat keberhasilan pengobatan pasien TB RO adalah 49%.

Deskripsi intervensi: Perlu digunakan teknologi-teknologi terbaru untuk melakukan pemantauan pengobatan tuberkulosis misalnya penggunaan sistem informasi berbasis teknologi seperti penggunaan perangkat lunak pada telepon genggam, pesan singkat sebagai pengingat minum obat, dan pencatatan monitoring pengobatan TB berbasis internet serta materi edukasi interaktif (Roslina, 2019). Penggunaan teknologi terbaru dalam pemantauan tuberkulosis diarahkan agar memudahkan kontak antara pasien tuberkulosis, pemantau pengobatan dan penyedia layanan pengobatan selama proses pengobatan.

❖ **Implementasi penggunaan obat baru dan paduan standar jangka pendek untuk meningkatkan kualitas pengobatan pasien TBC RO di Indonesia**

Justifikasi: Tingkat keberhasilan pengobatan pada TBC RO hanya 51% di tahun 2014 dan cenderung menurun menjadi 49% di tahun 2018. Mayoritas pasien tuberkulosis sensitif obat diobati dengan durasi pengobatan standar 6-8 bulan. Pasien TBC RO diobati dengan pengobatan jangka pendek 9-11 bulan dan pengobatan jangka panjang 18-20 bulan. Lama pengobatan TBC SO dan TBC RO masih dikeluhkan oleh pasien dan penyedia layanan serta dipandang sebagai salah satu penyebab pasien tidak menyelesaikan pengobatan.

Deskripsi intervensi: Perlu adanya regulasi penggunaan paduan obat baru sesuai dengan rekomendasi WHO. Ketersediaan obat baru perlu didorong melalui proses registrasi yang cepat agar dapat diproduksi dan diadakan di dalam negeri untuk menjamin akses

pasien tuberkulosis terhadap pengobatan tuberkulosis yang terbaik dan bermutu. Penggunaan paduan obat baru tanpa suntikan berjangka pendek juga membuka peluang untuk melakukan desentralisasi layanan TBC RO ke fasilitas layanan primer untuk menginisiasi pengobatan dan penerapan pemantuan pengobatan di tingkat komunitas sehingga akan mengurangi beban dan tantangan bagi pasien TBC RO untuk bisa menyelesaikan pengobatan.

4.5. Intervensi lintas masalah (*cross-cutting*)

Intervensi lintas masalah adalah intervensi yang dibutuhkan untuk lebih dari satu kategori rangkaian perawatan tuberkulosis. Dari hasil pertemuan konsensus pemangku kepentingan ada empat jenis intervensi yang bersifat lintas masalah seperti kebijakan dan regulasi, kerjasama multi sektoral dan lintas program, pembiayaan kesehatan, dan pemenuhan hak asasi manusia. Berikut ini uraian intervensi yang bersifat lintas masalah:

4.5.1. Kebijakan dan regulasi

❖ **Mengembangkan kebijakan penanggulangan tuberkulosis yang komprehensif di tingkat kabupaten/kota**

Justifikasi: Dalam era desentralisasi bidang kesehatan, pemerintah kabupaten/kota memegang peran besar untuk memberikan dukungan politik bagi penanggulangan tuberkulosis di wilayahnya. Dimasukkannya penanggulangan tuberkulosis kedalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan memerlukan langkah-langkah operasionalisasi di tingkat kabupaten/kota. Untuk dapat mendorong peran pemerintah daerah pada proses perencanaan dan pembiayaan, perlu adanya dokumen rencana aksi penanggulangan tuberkulosis yang komprehensif di tingkat kabupaten/kota.

Kebijakan tentang wajib pelaporan kasus tuberkulosis termasuk dari penyedia layanan swasta masih belum optimal dan memerlukan penguatan implementasi. Studi oleh Kurniawati et al (2019) menunjukkan bahwa penerapan kebijakan tersebut pada dokter praktik mandiri terkendala karena kurangnya pengetahuan mereka tentang kebijakan tersebut (Kurniawati et al., 2019). Di sisi lain, kebijakan tersebut dipandang membebani serta terkendala aspek hak kerahasiaan pasien.

Deskripsi intervensi: Koordinasi, konsolidasi serta penyebarluasan informasi tentang kebijakan penanggulangan tuberkulosis kepada pemangku kepentingan di tingkat kabupaten/kota perlu dilakukan. Kebijakan dan regulasi di tingkat kabupaten/kota perlu menasar aspek sumber daya manusia, agar sumber daya manusia yang terkait dengan layanan serta program tuberkulosis dapat ditempatkan minimal 5 tahun pada tugas pokok dan fungsinya. Pedoman strategis untuk meningkatkan kemampuan pemerintah dalam pengendalian tuberkulosis perlu untuk disusun agar proses pengembangan

kebijakan penanggulangan tuberkulosis dapat dilakukan secara sistematis. Kebijakan tersebut perlu diformalisasi dalam bentuk peraturan-peraturan di daerah termasuk ke dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) kabupaten/kota. Pemerintah Provinsi bertanggungjawab untuk memberikan bimbingan teknis dan melakukan fungsi pengawasan terhadap pelaksanaan penanggulangan TB di kabupaten/kota.

Kebijakan pelaporan wajib perlu disosialisasikan secara lebih luas pada seluruh penyedia pelayanan kesehatan termasuk swasta dan perlu dikaitkan dengan proses lisensi/perijinan. Selain itu, perlu adanya regulasi-regulasi teknis agar pelaksanaan kebijakan tersebut tetap harmoni dengan prinsip mutu pelayanan.

❖ **Memastikan pemerintah kabupaten/kota memiliki regulasi dan sumber daya yang optimal untuk penanggulangan Tuberkulosis**

Justifikasi: Tuberkulosis terutama tuberkulosis resistan obat belum dianggap sebagai masalah yang besar, sehingga belum ada peraturan yang menyatakan wajib mendukung program tuberkulosis resistan obat. Regulasi yang ada masih bersifat umum, belum secara spesifik mendukung tuberkulosis resistan obat. Dukungan dana dan kegiatan dalam program tuberkulosis resistan obat masih sangat kecil, baru bersumber dari sektor kesehatan dan donor saja. Sementara itu, intervensi peraturan desa berpotensi untuk menjadi dasar akses sana desa untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan TB RO (Prasetyowati et al., 2019). Untuk program TB-HIV, belum semua RS kota/kabupaten sanggup menjadi layanan ARV. Jumlah SDM untuk program TB dan HIV yang terbatas.

Deskripsi intervensi: Diperlukan advokasi untuk memastikan seluruh pimpinan pemerintahan di seluruh level mendukung program tuberkulosis resistan obat. Dokumen regulasi yang sudah ada perlu disempurnakan dengan memasukkan poin-poin terkait yang mendukung program tuberkulosis resistan obat. Selanjutnya, regulasi tersebut didorong untuk menjadi indikator kinerja pemerintah agar pemerintahan di semua level memiliki alokasi dana dan kegiatan untuk penanggulangan tuberkulosis resistan obat. Pertemuan advokasi antara Dinas Kesehatan dan Pemda yang didukung oleh Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Daerah serta organisasi profesi perlu diselenggarakan agar pemerintah daerah dapat menyediakan sarana dan prasarana terkait agar rumah sakit mampu menjadi pusat layanan ARV.

4.5.2. Kerjasama multipihak dan lintas program

❖ **Skrining dan penemuan kasus pada populasi risiko tinggi**

Justifikasi: Faktor risiko tinggi terhadap kejadian tuberkulosis di Indonesia adalah merokok, kekurangan gizi, dan diabetes. Adanya risiko Diabetes mellitus juga diketahui meningkatkan kejadian TB MDR (Saktiawati & Subronto, 2018). Angka kejadian HIV juga cenderung meningkat, sehingga meningkatkan kejadian TB-HIV. Skrining pada ibu diperlukan karena Tuberkulosis adalah determinan kematian ibu. Populasi tertentu juga rentan untuk tertular atau menjadi sumber penularan tuberkulosis misalnya anak, lanjut usia, tenaga kesehatan. Situasi tertentu juga mempunyai potensi transmisi tuberkulosis seperti pada tempat kerja tertentu, perkampungan kumuh perkotaan, serta di *congregate setting* seperti lapas/rutan, tambang tertutup (Rodriguez-Fernandez et al., 2016), barak pengungsi, asrama dan pondok pesantren. Evaluasi awal menunjukkan potensi penemuan kasus dengan skrining pada Jamaah Haji.

Deskripsi intervensi: Melakukan koordinasi dengan lintas program dan sektor untuk melakukan skrining pada populasi berisiko tinggi (perokok, malnutrisi, Diabetes Melitus, Lanjut Usia dan orang dengan HIV/AIDS. Selain itu, perlu ada penemuan kasus yang intensif melalui layanan kesehatan ibu dan anak, geriatri. Sementara itu, investigasi kontak dari kasus indeks perlu diperkuat implementasinya untuk menemukan kasus tuberkulosis anak dengan melibatkan mantan pasien tuberkulosis untuk melakukan penapisan di masyarakat. Skrining juga perlu dilakukan pada tempat kerja tertentu, perkampungan kumuh perkotaan, serta di *congregate setting* (lapas/rutan, tambang tertutup, barak pengungsi, asrama dan pondok pesantren). Selain itu penemuan kasus secara aktif pada jamaah haji serta pekerja migran Indonesia juga perlu dilakukan (Uyainah ZN et al., 2019).

Upaya skrining dan penemuan kasus secara aktif di masyarakat dapat melibatkan pegiat tuberkulosis atau kader (disebut sebagai Juru Pemantau Batuk). Pelibatan kader terbukti efektif untuk meningkatkan jumlah kasus tuberkulosis secara signifikan (Apriani et al., 2019a; Fitriangga et al., 2019). Intervensi tersebut ke depan harus diimplementasikan di setiap Puskesmas. Upaya penemuan kasus tuberkulosis anak perlu melibatkan dokter praktik mandiri (Syahrul et al., 2019).

❖ **Mendorong kerjasama multi-pihak dan lintas program untuk meningkatkan jumlah orang dengan tuberkulosis resistan obat yang memulai pengobatan**

Justifikasi: Saat ini, belum ada rekomendasi untuk mendorong orang dengan tuberkulosis resistan obat untuk melakukan pengobatan. Orang dengan tuberkulosis resistan obat tidak memulai pengobatan karena alasan sosial ekonomi. Petugas

kesehatan terkendala masalah hak asasi manusia dan kerahasiaan dalam mewajibkan orang dengan tuberkulosis resisten obat untuk memulai pengobatan. Di sisi lain, sudah ada koalisi organisasi profesi (KOPI-TB) yang terbentuk di tingkat Kabupaten/Kota dan Provinsi yang berpotensi untuk melakukan monitoring terhadap implementasi jejaring layanan tuberkulosis.

Deskripsi intervensi: Perlu melakukan advokasi dan diseminasi informasi kepada Kementerian Hukum & HAM untuk penetapan regulasi wajib pengobatan bagi pasien dengan tuberkulosis resisten obat. Advokasi dan diseminasi informasi tersebut meliputi pemaparan bahaya potensi penularan tuberkulosis resisten obat dan dampaknya bagi masyarakat, serta potensi pengurangan beban keuangan negara sebagai dampak adanya regulasi tersebut.

Di samping itu, perlu adanya perlindungan sosial ekonomi bagi orang dengan tuberkulosis resisten obat agar dapat menjamin mereka tidak mengalami dampak sosial ekonomi akibat pengobatan tuberkulosis resisten obat melalui upaya integrasi sistem perlindungan sosio-ekonomi pasien ke dalam skema perlindungan sosio-ekonomi yang berada di Kementerian lain misalnya Program Keluarga Harapan (PKH). Perlu adanya payung hukum untuk melindungi petugas kesehatan dalam penanganan tuberkulosis resisten obat.

Selain itu, diperlukan peningkatan jumlah dan mutu pelayanan fasilitas kesehatan, ketersediaan pendanaan perbaikan sarana dan prasarana untuk pengendalian infeksi serta penyediaan sumber pendanaan pengadaan obat. Hal itu dilakukan agar dapat mengantisipasi implikasi dari pemberlakuan kebijakan semua pasien terkonfirmasi tuberkulosis resisten obat wajib diobati.

KOPI-TB perlu didorong untuk dapat berperan dalam menjamin mutu layanan tuberkulosis khususnya dalam pelaksanaan ISTC, menjamin terlaksananya notifikasi kasus tuberkulosis oleh semua fasilitas pelayanan kesehatan dan dokter praktik mandiri. Bahkan, KOPI-TB dapat ditingkatkan fungsinya untuk melakukan koordinasi dan advokasi dengan lintas program dan lintas sektor.

Peran komunitas dan organisasi para penyintas TBC RO akan ditingkatkan untuk bisa menjangkau semua kasus TBC RO yang ternotifikasi melalui upaya pendampingan pra-treatment yang terkordinasi dengan fasilitas layanan TBC RO. Proses untuk memastikan pengobatan kasus ternotifikasi TBC RO akan difasilitasi oleh para manajer kasus TBC RO baik yang berasal dari komunitas maupun dari tenaga kesehatan.

Untuk meningkatkan reliabilitas dan konsistensi data, maka perlu dilakukan kerjasama multi-pihak antara Program Penanggulangan Tuberkulosis Nasional dan BPJS agar memungkinkan terjadinya keterkaitan antara data SITB dan data BPJS.

❖ **Mengembangkan strategi komunikasi untuk konseling dan pengurangan stigma tuberkulosis sensitif obat, tuberkulosis resisten obat dan TB-HIV**

Justifikasi: Keterlambatan untuk mencari pengobatan pada orang dengan gejala tuberkulosis terjadi pada laki-laki dan perempuan. Namun faktor yang mendasari berbeda antara laki-laki dan perempuan. Stigma lebih dominan pada perempuan dibanding laki-laki. Pengetahuan dan kesadaran tentang HIV sebagai faktor risiko tuberkulosis masih rendah.

Studi oleh (Dewi et al., 2016) menunjukkan bahwa penduduk di pedesaan Flores mengalami keterbatasan pengetahuan tentang sebab dan penularan tuberkulosis sehingga tidak dapat mengenali gejala tuberkulosis. Pada Survei Prevalensi Tuberkulosis 2013-2014, 40,2% orang dengan riwayat tuberkulosis melaporkan menghentikan obat tanpa dinyatakan sembuh. Sebanyak 26% menghentikan pengobatan karena merasa lebih baik atau tidak memiliki gejala lagi.

Promosi TB-HIV tentang tuberkulosis sensitif obat, tuberkulosis resisten obat dan TB-HIV relatif masih terbatas. Stigma pada pasien, keluarga dan petugas masih ada. Kontribusi peran swasta berupa dana CSR untuk edukasi masyarakat tentang tuberkulosis sensitif obat, tuberkulosis resisten obat dan TB-HIV belum optimal.

Deskripsi intervensi: Media KIE tentang tuberkulosis, tuberkulosis resisten obat dan TB-HIV dengan konten lokal perlu untuk dikembangkan, termasuk penyesuaian konten sesuai dengan jender. Kemampuan petugas untuk berkomunikasi secara efektif perlu untuk ditingkatkan dengan memasukkan materi promosi KIE dan komunikasi efektif TB HIV dalam pelatihan petugas. Kolaborasi lintas program dan lintas sektor dibutuhkan untuk memastikan informasi sampai ke masyarakat, tempat kerja dan fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu, perlu adanya peningkatan peran lintas sektor dan komunitas dalam KIE tuberkulosis sensitif obat, tuberkulosis resisten obat serta TB-HIV. Promosi kesehatan perlu dilakukan dengan menggunakan media sosial serta dilakukan di tempat publik dengan melibatkan tokoh publik. Pertemuan-pertemuan dengan Subdit TB dengan perusahaan swasta perlu diintensifkan untuk membuat kerjasama dan panduan terkait pemanfaatan dana CSR. Intervensi ini juga perlu untuk melibatkan CSO dan mantan pasien tuberkulosis. Pengurangan stigma dan diskriminasi perlu dilakukan di tingkat masyarakat, tempat kerja dan fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu perlu dilakukan konseling bagi pasien.

❖ **Mendorong kerjasama lintas sektor untuk meningkatkan cakupan ARV pada orang dengan TB-HIV**

Justifikasi: Tatalaksana terintegrasi TB-HIV masih menghadapi kendala peraturan tentang kewenangan terapeutik. Peraturan Menteri Kesehatan No. 30 Tahun 2019 tentang klasifikasi rumah sakit menyatakan bahwa spesialis paru minimal ditempatkan pada rumah sakit tipe B. Standar Kompetensi Dokter Indonesia menyebutkan bahwa dokter umum yang bekerja di layanan primer hanya sampai pada diagnosis, penatalaksanaan awal dan merujuk (kompetensi level 3A) untuk tatalaksana TB dengan komorbid HIV.

Deskripsi intervensi: Perlu dilakukan revisi Peraturan Menteri Kesehatan agar distribusi spesialis paru merata, tidak hanya di rumah sakit tipe B ke atas. Alternatifnya, kompetensi TB-HIV bagi dokter umum ditingkatkan menjadi level 4 (mendiagnosis dan melakukan penatalaksanaan paripurna). Intervensi ini perlu melibatkan Dirjen P2P dan dirjen Yankes, P2JK dan organisasi profesi (PDPI, PAPDI, IDAI, dsb). Selain itu perlu dilakukan kegiatan peningkatan kapasitas dokter umum, terutama yang berada di layanan primer untuk mampu tatalaksana TB-HIV secara paripurna melalui kegiatan pelatihan atau kalakarya.

❖ **Melakukan kajian multisektoral untuk melakukan monitoring dan evaluasi pencapaian dan tantangan penanggulangan tuberkulosis di Indonesia**

Justifikasi: Upaya penanggulangan tuberkulosis di Indonesia telah mendapatkan komitmen politis dari Presiden yang menyerukan gerakan bersama penanggulangan tuberkulosis pada tanggal 29 Januari 2020. Untuk mengakselerasi upaya penanggulangan tuberkulosis di Indonesia 2020-2024 perlu adanya kajian multisektoral. Kajian tersebut bertujuan untuk melakukan monitoring dan evaluasi pencapaian dan tantangan agar segera diwujudkan langkah kunci untuk mempercepat pencapaian.

Deskripsi intervensi: Kajian multisektoral melibatkan seluruh pemangku kepentingan di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota. Kajian menggunakan pendekatan PCF menggunakan data-data epidemiologi, sistem kesehatan dan lain yang dapat menggambarkan pencapaian dan akar masalahnya. Selanjutnya, dilakukan diskusi untuk merumuskan strategi-strategi implementasi upaya penanggulangan 2020-2024 yang sesuai.

4.5.3. Hak asasi manusia

❖ **Memperkuat dukungan pelayanan dan perlindungan psikososial pada pasien tuberkulosis**

Justifikasi: Beban ekonomi akibat tuberkulosis cukup tinggi dan menjadi alasan pasien tuberkulosis untuk tidak menyelesaikan pengobatan. Perlindungan sosial yang ada saat ini belum cukup untuk memitigasi dampak sosial ekonomi akibat tuberkulosis. Dukungan finansial untuk mengatasi hilangnya pendapatan karena sakit tuberkulosis, biaya transportasi dan biaya suplemen bahan pangan secara substansial dapat mereduksi insidensi biaya katastrofik. Namun demikian upaya tersebut belum mampu untuk mendukung pencapaian target jumlah rumah tangga yang menghadapi biaya katastrofik akibat tuberkulosis (Fuady et al., 2019).

Deskripsi Intervensi: Perlu adanya dukungan pelayanan dan perlindungan sosial bagi orang yang dilaporkan sebagai kasus tuberkulosis. Untuk itu perlu dilakukan advokasi pada pemerintah daerah untuk menyusun kebijakan yang inovatif yang menjamin pemenuhan dukungan psikososial bagi pasien tuberkulosis. Selain itu dibutuhkan peningkatan jumlah pembiayaan tuberkulosis baik dari dalam negeri dan luar negeri.

❖ **Mengimplementasikan kerangka Mekanisme Umpan Balik Komunitas (*Community Based Feedback Mechanism/CBFM*) untuk meningkatkan pemenuhan hak asasi manusia dan keadilan gender dalam pelayanan Tuberkulosis**

Justifikasi: Studi oleh Global Fund pada tahun 2018 menunjukkan adanya stigma dan diskriminasi dari petugas kesehatan yang berakibat pada motivasi untuk menggunakan layanan. Selain itu, studi tersebut juga menunjukkan kurangnya perhatian atas aspek kerahasiaan (*confidentiality*) dalam layanan tuberkulosis (The Global Fund, 2019). Oleh karena itu perlu adanya kerangka mekanisme umpan balik dari komunitas atas pelayanan yang diberikan kepada pasien tuberkulosis.

Deskripsi Intervensi: Umpan balik komunitas atas layanan tuberkulosis merupakan suatu kerangka yang diimplementasikan oleh berbagai pemangku kepentingan. Pemangku kepentingan tersebut terdiri dari Kementerian Kesehatan, Organisasi Sosial Kemasyarakatan, Kelompok Pendukung Pasien, Stop TB Partnership Indonesia, Organisasi Profesi, serta Dinas Kesehatan Provinsi maupun Kabupaten/Kota. Mekanisme umpan balik diimplementasikan dengan mengadopsi teknologi digital sehingga pasien dapat menyampaikan keluhan pelayanan tuberkulosis secara cepat.

JEMM 2020 merekomendasikan Subdit TB Kemenkes bersama dengan organisasi komunitas dan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan anak serta para ahli hukum untuk mengupayakan agar tim penyusun Strategi Nasional TB, staf program TB di tingkat kabupaten kota serta staf di Kementerian Sosial, Kementerian Agama, Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, dan Kementerian Tenaga Kerja untuk mendapatkan pelatihan tentang gender dan hak asasi manusia. Pelatihan tersebut mencakup isu tentang lingkungan hukum, kesehatan mental, populasi kunci, kesetaraan gender dan keterkaitan antara gender dan akses pelayanan kesehatan. Selain itu, perlu disusun pula Kerangka Nasional Tanggap Gender pada Tuberkulosis yang komprehensif (WHO, 2020).

❖ **Penguatan pemenuhan hak asasi manusia melalui pendekatan kebijakan dan hukum**

Justifikasi: Tuberkulosis menimbulkan permasalahan sosial seperti kehilangan pekerjaan. Studi oleh Karyadi (2002) menunjukkan bahwa 55% pasien tuberkulosis kehilangan pekerjaan (Karyadi et al., 2002). Angka tersebut melebihi angka pengangguran secara nasional (5,5%) yang bersumber dari survei nasional pada tahun 1998.

Deskripsi Intervensi: Perlu dilakukan pemenuhan hak asasi manusia dengan melakukan kampanye kesadaran hak pasien tuberkulosis. Advokasi kepada pembuat kebijakan agar dapat membuat regulasi yang mengarah pada pemenuhan hak-hak pasien tuberkulosis perlu dilakukan. Selain itu, pasien perlu diberikan akses untuk mendapatkan bantuan hukum jika mengalami diskriminasi.

JEMM 2020 merekomendasikan bahwa organisasi sosial kemasyarakatan dan jejaring penyintas TB, dengan dukungan dari Subdit TB Kemenkes RI, harus melibatkan para Lembaga Bantuan Hukum pada tingkat nasional dan provinsi untuk melakukan kajian tentang hukum, kebijakan dan kompensasi yang terkait dengan diskriminasi di tempat kerja. Selain itu perlu dipastikan tentang orang dengan tuberkulosis mendapatkan pemenuhan haknya sebagai tenaga kerja. Apabila mereka tidak memperoleh pemenuhan hak dari tempat kerja, maka perlu adanya kompensasi dan pasien perlu didukung untuk dapat mendapatkan kompensasi tersebut. Sebagai bagian dari proses ini, maka para hakim, pembela hukum serta jaksa perlu dilakukan sensitisasi tentang tuberkulosis serta hak asasi manusia oleh organisasi kemasyarakatan, subdit TB dan Lembaga Bantuan Hukum. Selain itu, pasien perlu diberikan akses untuk mendapatkan bantuan hukum jika mengalami diskriminasi (WHO, 2020).

4.5.4. Pembiayaan kesehatan

❖ **Meningkatkan investasi pemerintah untuk pembiayaan sektor kesehatan termasuk program Tuberkulosis sebagai salah satu program prioritas nasional**

Justifikasi: Penetapan Program Tuberkulosis sebagai salah satu prioritas pembangunan nasional dalam 5 tahun ke depan dengan percepatan untuk mencapai eliminasi tuberkulosis membutuhkan pendanaan untuk memastikan kesiapan pelayanan kesehatan. Tingkat kesiapan faskes untuk memberikan layanan baik diagnostik dan pengobatan sesuai standar masih perlu ditingkatkan.

Deskripsi intervensi: Peningkatan investasi pemerintah melalui pembiayaan publik untuk melengkapi peralatan diagnostik dan pengobatan fasilitas pelayanan kesehatan, dan upaya penjangkauan yang lebih intensif baik menggunakan jaringan pemerintah maupun berbagai organisasi sosial kemasyarakatan.

❖ **Meningkatkan efisiensi pemanfaatan pembiayaan program tuberkulosis baik di pusat, daerah, maupun dalam program JKN**

Justifikasi: Keterbatasan anggaran pemerintah dan penurunan dana donor mendorong pemanfaatan dana yang ada seoptimal mungkin. Pelaksanaan kegiatan program yang ‘*overlapping*’, pendanaan yang terfragmentasi, sistem informasi yang berjalan parallel, dan beberapa hal lain menunjukkan masih adanya inefisiensi dalam sistem pelayanan program tuberkulosis. Potensi pengkaitan pembayaran dari BPJS Kesehatan ke pemberi pelayanan kesehatan, transfer dana perimbangan dari Pusat ke daerah masih belum dikaitkan dengan kinerja penerima. Mekanisme pembayaran program JKN ke PPK menimbulkan insentif yang tidak dikehendaki (*perverse incentives*), misalnya: kapitasi menyebabkan FKTP merujuk pasien, sedangkan *case-based group* mendorong peningkatan kunjungan rawat jalan.

Deskripsi intervensi: Penetapan alokasi anggaran dengan mempertimbangkan daya ungkit intervensi yang dipilih dalam mencapai target yang ditetapkan. Kajian dan pemanfaatan modelling (seperti: *One Health Tools*, *TB Optima*) untuk membantu diskusi penetapan prioritas, penyusunan kegiatan (*intervention mix*), dan alokasi anggaran. Penerapan belanja kesehatan strategis untuk program tuberkulosis, misalnya dengan pengkaitan indikator kinerja dengan transfer dana perimbangan, indikator kinerja dengan pembayaran PPK, atau memastikan indikator kesiapan dan mutu layanan termasuk dalam penilaian akreditasi atau proses kredensial untuk penetapan PPK ke dalam Jaringan BPJS Kesehatan.

❖ **Memperkuat dukungan pembiayaan dari pemerintah daerah serta kementerian lainnya untuk penemuan dan pengobatan tuberkulosis**

Justifikasi: Regulasi terkait tarif pemeriksaan di Puskesmas berbeda di setiap daerah. Tarif BPJS mengalami kenaikan sehingga jumlah cakupan masyarakat penerima bantuan iuran (PBI) berkurang. Selain itu, pemerintah desa dan kelurahan mendapatkan alokasi dari dana desa/kelurahan yang bersumber dari Kementerian Dalam Negeri yang berpotensi untuk dimanfaatkan dalam penemuan kasus tuberkulosis. Kementerian lainnya seperti kementerian Sosial, Hukum dan HAM serta Kementerian Kependudukan dan BKKBN berpotensi untuk ikut berkontribusi dalam pembiayaan dukungan finansial bagi pasien tuberkulosis selama pengobatan.

Deskripsi intervensi: Agar dapat meningkatkan jumlah penemuan kasus tuberkulosis maka perlu adanya advokasi kepada pemerintah daerah untuk menerbitkan peraturan daerah untuk setiap Warga Negara Indonesia untuk tidak dipungut biaya pemeriksaan terduga tuberkulosis. Perlu dibuat surat edaran dari Kementerian Kesehatan kepada Walikota dan Bupati tentang program kesehatan prioritas termasuk pembebasan biaya pemeriksaan dan pengobatan tuberkulosis. Selain itu, advokasi perlu dilakukan kepada Bappeda agar orang dengan tuberkulosis mendapatkan jaminan kesehatan kategori PBI. Kerjasama dengan Dinas Sosial, Dinas Kependudukan, Dinas Hukum dan HAM perlu dilakukan untuk mendorong dukungan finansial bagi orang dengan tuberkulosis selama pengobatan. Mempertimbangkan potensi dana desa/kelurahan sebagai salah satu sumber pembiayaan kegiatan penanggulangan tuberkulosis di masyarakat, maka perlu dilakukan advokasi kepada pemerintah desa/kelurahan untuk mengalokasikan anggaran. Oleh karena itu kegiatan penanggulan tuberkulosis di masyarakat perlu menjadi bagian dari rencana pembangunan kabupaten/kota.

❖ **Memperkuat dukungan pembiayaan melalui Jaminan Kesehatan Nasional untuk penemuan kasus tuberkulosis**

Justifikasi: Bukti-bukti epidemiologi dan studi riset operasional menunjukkan perlunya penggunaan ronsen paru sebagai skrining sebelum dilakukan diagnosis tuberkulosis. Namun alur tersebut belum disesuaikan dalam hal dukungan pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional. Selain itu, bukti menunjukkan bahwa orang dengan gejala tuberkulosis mencari pengobatan ke apotek. Sementara, rujukan dari layanan apotek belum ada dalam sistem rujukan yang dibiayai oleh Jaminan Kesehatan Nasional. Kegiatan skrining bi-directional tuberkulosis dengan penyakit komorbid seperti diabetes, perokok dan lansia belum jelas aspek pembiayaannya, demikian juga untuk pembiayaan bagi terapi pencegahan tuberkulosis.

Deskripsi intervensi: Perlu dilakukan pertemuan-pertemuan koordinasi dengan BPJS agar penyesuaian alur diagnosis Tuberkulosis dengan penambahan prosedur skrining dengan ronsen dada, skrining bi-directional bagi penyakit komorbid dan pemberian terapi pencegahan tuberkulosis dapat dibiayai melalui skema JKN. Selain itu, layanan apotek perlu dimasukkan dalam layanan Program Rujuk Balik sehingga layanan Apotek dapat melakukan MTM (*Medication Therapy Management*).

❖ **Memperkuat dukungan pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional untuk layanan tuberkulosis resistan obat**

Justifikasi: Penderita tuberkulosis resistan obat mengalami beban finansial akibat sakit maupun konsekuensi sosial ekonomi akibat hilangnya produktivitas selama mengalami sakit dan menjalani pengobatan (Fuady et al., 2018; van den Hof et al., 2016). Sampai saat ini sebagian besar komponen biaya yang sebenarnya bisa dicakup oleh pembiayaan JKN seperti biaya pemeriksaan laboratorium dan biaya perawatan masih dibiayai oleh program nasional yang menggunakan dana bantuan luar negeri.

Deskripsi intervensi: Perlu adanya perbaikan regulasi pembiayaan tuberkulosis resistan obat dari Jaminan Kesehatan Nasional, terutama pembiayaan untuk pemeriksaan diagnostik dan penunjang, tatalaksana komorbid dan efek samping obat.

❖ **Memperkuat dukungan pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional untuk meningkatkan cakupan ARV pada orang dengan TB-HIV**

Justifikasi: Regulasi BPJS yang tersedia saat ini belum mendukung program TB-HIV secara optimal. Pembiayaan skema JKN yang ada hanya menanggung obat ARV sementara biaya layanan tidak ditanggung. Sistem rujukan berjenjang yang ada saat ini belum membuat pasien TB-HIV mudah mengakses layanan ARV.

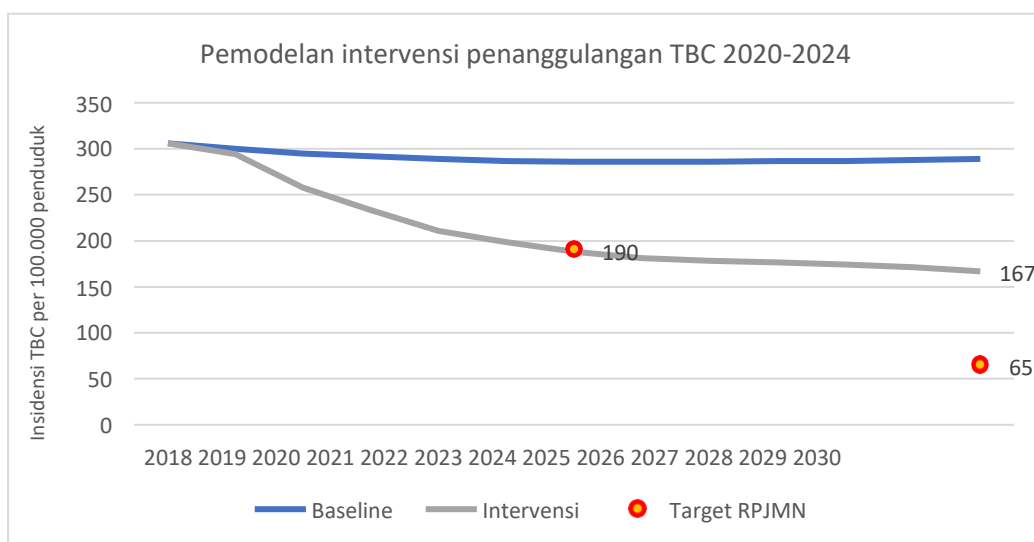
Deskripsi intervensi: Perlu dilakukan pertemuan-pertemuan koordinasi untuk dapat mencapai luaran berupa: draf regulasi BPJS yang mengakomodasi kebutuhan program TB HIV khususnya cakupan ARV, tersedianya biaya jasa layanan BPJS untuk pasien program TB-HIV, dan revisi kebijakan BPJS mengenai rujukan horizontal. Alur layanan ARV bagi pasien TB-HIV perlu dikaji dan diperbaiki untuk memudahkan akses.

4.6. Optimasi intervensi

Modeling Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024 merupakan bagian dari **akselerasi menuju terwujudnya eliminasi tuberkulosis di Indonesia pada tahun 2030** yaitu menurunkan insidensi Tuberkulosis hingga 80% dibandingkan tahun 2015. Target tersebut dioptimasi dengan pemodelan epidemiologi

TBC dengan menggunakan perangkat *Tuberculosis Impact Model and Estimate (TIME)* yang dikombinasikan dengan pemodelan biaya untuk mendapatkan rasio pembiayaan per skenario intervensi (*the Incremental Cost-Effectiveness Ratios of Interventions/ICER*) yang akan diterapkan selama periode 2020-2024.

Gambar 33. Pemodelan intervensi penanggulangan TBC tahun 2020-2024



Pemodelan pada

dias atas menampilkan proyeksi insidensi tuberkulosis dalam situasi kondisi program saat ini (diistilahkan sebagai 'Baseline') serta asumsi penerapan intervensi yang akan dilakukan dalam periode 2020-2024. Pemodelan intervensi disimulasikan dengan asumsi bahwa setiap intervensi akan ditingkatkan, baik cakupan maupun targetnya, secara bertahap mulai tahun 2020-2024. Intervensi yang digunakan dalam strategi penanggulangan TBC 2020-2024 dengan rencana: 1) ekspansi pemeriksaan terduga tuberkulosis dengan menambah alat TCM dan memperkuat jejaring diagnostik, hingga cakupan TCM mencapai 75% pada tahun 2024, 2) cakupan penemuan dan pengobatan mencapai 90%, 3) keberhasilan pengobatan tuberkulosis mencapai 90%, 4) cakupan pengobatan pencegahan tuberkulosis yang berfokus pada kontak serumah mencapai 68% pada tahun 2024, serta 5) cakupan skrining tuberkulosis pada DM mencapai 40% pada tahun 2024.

Dengan pemodelan intervensi diperkirakan akan terjadi penurunan insidensi dari 319 per 100.000 penduduk di tahun 2018 menjadi 188 per 100.000 di tahun 2024, dimana

mencapai target insidensi yang ditetapkan dalam RPJMN sebesar 190 per 100.000 penduduk.

Namun demikian, jika intervensi tahun 2020-2024 yang dilakukan tidak berubah, maka diperkirakan insidensi tuberkulosis akan mencapai sebesar 167 per 100.000 penduduk pada tahun 2030. Angka ini masih sangat jauh dari target sebesar 65 per 100.000 penduduk. Oleh karena itu, diperlukan strategi yang inovatif termasuk pemanfaatan teknologi terbaru (misalnya vaksin baru, pengobatan jangka pendek untuk tuberkulosis sensitif obat, dan lainnya) pada periode tahun 2025-2030 untuk mencapai target eliminasi tuberkulosis pada tahun 2030.

4.7. Intervensi Kunci dan Kegiatan Utama

Strategi 1. Penguatan komitmen dan kepemimpinan pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota untuk mendukung percepatan eliminasi tuberkulosis 2030

Indikator	Baseline (2018)	Target (2024)
Persentase Provinsi dan Kabupaten/Kota yang menjadikan Tuberkulosis masuk dalam indikator RPJMD dan Renstra dalam Penanggulangan Tuberkulosis	10%	90%
Persentase Kabupaten/Kota yang memiliki pembiayaan yang cukup untuk pemenuhan pelaksanaan SPM tuberkulosis.	NA	70%

Intervensi kunci dan kegiatan utama yang terkait strategi ini meliputi:

- Mengembangkan kebijakan dan regulasi untuk penanggulangan tuberkulosis yang komprehensif dan inklusif yang melibatkan pemangku kepentingan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota serta dituangkan dalam SPM. Kegiatan utama yang mendukung intervensi kunci ini antara lain:
 - Advokasi kepada Kementerian Dalam Negeri untuk monitoring dan evaluasi pencapaian salah satu target SPM bidang kesehatan yaitu program tuberkulosis;
 - Advokasi dan koordinasi secara reguler dengan pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota;
 - Program Tuberkulosis dimasukkan ke dalam RPJMD di provinsi dan kabupaten/kota;

- Diseminasi rencana aksi penanggulangan tuberkulosis kepada berbagai pemangku kepentingan, termasuk laporan pencapaian kegiatan di wilayah masing-masing. 1
- Penguatan kapasitas pemerintah provinsi dan kabupaten/kota dalam penerapan rencana aksi penanggulangan tuberkulosis yang berkesinambungan. Kegiatan utama yang mendukung intervensi kunci ini antara lain:
 - Advokasi kebijakan/regulasi yang mengatur tentang kebutuhan sumber daya manusia yang memastikan pencatatan dan pelaporan, implementasi teknis program tuberkulosis, dan administrasi di dinas kabupaten/kota dan di fasyankes;
 - Advokasi pemerintah provinsi dan kabupaten/kota untuk mengembangkan peraturan tentang jaminan pembiayaan kesehatan untuk mengatasi faktor psikososial pada orang dengan tuberkulosis;
 - Mendorong pemerintah provinsi dan kabupaten/kota untuk mengalokasikan budget program penanggulangan tuberkulosis.
- Advokasi pemerintah provinsi dan kabupaten/kota untuk mengatasi faktor sosial yang terkait dengan tuberkulosis. Kegiatan utama yang mendukung intervensi kunci ini antara lain:
 - Advokasi pemerintah provinsi dan kabupaten/kota untuk mengembangkan peraturan tentang asuransi kesehatan khususnya untuk orang dengan tuberkulosis;
 - Advokasi dan koordinasi dengan unit/program di lingkup Kementerian Kesehatan untuk harmonisasi regulasi masalah kesehatan, yang salah satunya program tuberkulosis;
 - Advokasi kebijakan dan regulasi sumber daya manusia untuk menjamin kesinambungan program penanggulangan tuberkulosis di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, terutama kebijakan yang terkait dengan rotasi/mutasi staf, pelatihan staf, dan remunerasi;
 - Advokasi kebijakan dan regulasi tentang ketenagakerjaan terutama untuk melakukan skrining tuberkulosis pada pekerja dan memastikan supaya pekerja penderita tuberkulosis dapat tetap bekerja.
 - Advokasi dan koordinasi kebijakan pembiayaan kesehatan dengan BPJS-Kesehatan untuk mendukung layanan diagnosis, pengobatan, dan rujukan pasien tuberkulosis sensitif dan resisten obat serta penyediaan layanan berkualitas, terutama dalam hal: i) pembiayaan untuk skrining dengan ronsen paru sebagai bagian dari algoritma diagnosis TBC supaya bisa dilakukan di puskesmas, ii) mekanisme pembayaran untuk tuberkulosis sensitif dan resisten obat setelah implementasi health system purchasing, iii) pembiayaan

untuk penyakit komorbiditas TBC dan efek samping obat yang timbul dari konsumsi OAT.

Strategi 2. Peningkatan akses layanan tuberkulosis bermutu dan berpihak pada pasien

Indikator	Baseline (2018)	Target (2024)
1. Cakupan penemuan dan pengobatan kasus TBC	67%	90%
2. Proporsi kasus TBC yang terdiagnosis dengan TCM	20%	75%
3. Cakupan penemuan kasus TBC pada anak	53%	90%
4. Pasien tuberkulosis mengetahui status HIV	37%	80%
5. Persentase ODHA yang diskriminasi TBC	40%	100%
6. Persentase pasien DM yang diskriminasi TBC	NA	50%
7. Persentase WBP ternotifikasi TBC di lapas/rutan	40%	90%
8. Persentase kasus indeks TBC yg ditemukan melalui IK	21%	90%
9. Cakupan pengobatan kasus TBC RO	18%	80%
10. Persentase pasien TBC RO yang ternotifikasi diantara perkiraan insidensi TBC RO	38%	85%
11. Jumlah kabupaten/kota dengan faskes rujukan TBC RO	209	514
12. Jumlah laboratorium rujukan kultur/DST	12	24
13. Faskes yang memiliki alat diagnostik molekuler	946*	2107
14. Proporsi notifikasi kasus TBC dari rumah sakit pemerintah dan klinik pemerintah	16%	23%
15. Proporsi notifikasi kasus TBC dari rumah sakit swasta	17%	36%
16. Angka keberhasilan pengobatan TBC di faskes swasta	39%	90%

• Update tahun 2019

Intervensi kunci dan kegiatan utama yang terkait strategi ini meliputi:

- Optimalisasi upaya deteksi dini dan manajemen kasus tuberkulosis sensitif obat secara komprehensif serta terintegrasi dengan layanan kesehatan selain tuberkulosis serta di tempat dengan populasi risiko tinggi tuberkulosis (congregate setting). Kegiatan utama yang terkait meliputi:
 - Intensifikasi penemuan kasus tuberkulosis sensitif dan resisten obat melalui integrasi layanan dengan layanan kesehatan selain TBC yaitu HIV, KIA, Lansia, Penyakit Tidak Menular (DM), Gizi, serta layanan haji dan umroh serta sektor lainnya di tingkat provinsi dan kabupaten/kota;
 - Penemuan kasus tuberkulosis secara aktif (active case finding) di populasi dengan estimasi prevalensi tuberkulosis $\geq 1\%$ seperti: warga binaan di

lapas/rutan, tambang tertutup, barak pengungsi, asrama atau pondok pesantren, penduduk yang tinggal di daerah kumuh atau miskin perkotaan, petugas kesehatan, dan pekerja di tempat kerja yang tertutup serta pekerjaannya berada di tempat yang sama dalam jangka waktu lama;

- Skrining pada populasi berisiko tinggi tuberkulosis dengan ronsen paru dan pemeriksaan sputum dengan GeneXpert;
- Medical check up pada calon Jemaah haji dan umroh sebelum keberangkatan untuk deteksi dini tuberkulosis;
- Intensifikasi penemuan kasus melalui investigasi kontak (IK) untuk deteksi dini kasus tuberkulosis di masyarakat serta penyediaan pengobatan pencegahan tuberkulosis pada kontak dari kasus indeks TBC terkonfirmasi bakteriologis yang eligible.
- Dukungan kepatuhan minum obat serta manajemen efek samping obat baik untuk meningkatkan keberhasilan pengobatan pasien tuberkulosis sensitif obat maupun resistan obat, antara lain: pemanfaatan teknologi baru (misal: video observed treatment (VOT)), dukungan petugas kesehatan, serta dukungan komunitas/mantan pasien;
- Penguatan algoritma diagnosis tuberkulosis sensitif dan resistan obat dengan memasukkan metode skrining dengan ronsen paru dan diagnosis dengan penggunaan TCM (GeneXpert), serta penguatan sistem transportasi spesimen dan jejaring pemeriksaan laboratorium;
- Peningkatan kapasitas untuk deteksi dini dan diagnosis yang berkualitas untuk semua tipe tuberkulosis yang meliputi i) revisi dan pembaruan paduan/SOP pemeriksaan laboratorium, ii) penambahan dan renovasi laboratorium untuk kultur/DST, iii) menambah jumlah mesin TCM di puskesmas termasuk pemeliharannya, iv) penguatan kapasitas petugas laboratorium melalui pelatihan/pelatihan penyegaran maupun mentoring, v) revisi dan implementasi sistem penjaminan mutu (quality assurance) untuk seluruh tes diagnostik, dan vi) pertemuan monitoring dan evaluasi laboratorium;
- Menyediakan layanan tuberkulosis terintegrasi dan komprehensif dengan program HIV di puskesmas dan RS di kabupaten/kota, terutama di wilayah dengan beban kasus HIV tinggi;
- Meningkatkan kapasitas diagnosis dan pengobatan pasien tuberkulosis anak di puskesmas dan FKRTL;
- Meningkatkan kapasitas petugas kesehatan di FKTP (puskesmas) untuk dapat melakukan layanan kesehatan TBC yang terkolaborasi dengan layanan kesehatan lainnya dan meningkatkan kapasitas petugas di FKRTL untuk melakukan skrining tuberkulosis di poli selain poli TBC;

- Pengembangan materi komunikasi, informasi dan edukasi tentang semua tipe tuberkulosis yang komprehensif dan atraktif.
- Optimalisasi upaya deteksi dini, diagnosis dan pengobatan tuberkulosis resistan obat secara komprehensif. Kegiatan utama yang terkait meliputi:
 - Ekspansi RS rujukan TBC RO (minimal 1 RS rujukan TBC RO) terutama di provinsi dan kabupaten/kota yang tinggi beban kasus TBC RO serta desentralisasi layanan TBC RO di puskesmas untuk melanjutkan pengobatan pasien TBC RO hingga tuntas;
 - Meningkatkan kapasitas petugas kesehatan di puskesmas supaya dapat melakukan manajemen kasus TBC RO;
 - Meningkatkan akses universal terhadap layanan diagnostik dan pengobatan TBC RO yang berkualitas di RS swasta dan RS khusus, seperti RS POLRI dan RS TNI, klinik di Lapas/Rutan;
 - Menyediakan layanan tuberkulosis resistan obat secara komprehensif, termasuk i) penyediaan regimen oral dan regimen jangka pendek (short term regimen/STR), ii) revisi dan pembaharuan panduan pengobatan termasuk panduan manajemen ESO, iii) pelatihan konseling untuk para petugas, dan iv) penguatan farmakovigilans;
 - Menyediakan fasilitas pendukung (enabler), misalnya biaya transportasi, bagi pasien supaya pasien terdiagnosis TBC RO segera memulai pengobatannya;
 - Pemberian penghargaan kepada petugas kesehatan yang mampu meningkatkan keikutsertaan pasien terdiagnosis TBC RO dalam pengobatan TBC RO hingga menindaklanjuti pasien tersebut sampai sembuh dan lengkap pengobatannya.
 - Implementasi penjaminan mutu layanan TBC RO yang komprehensif antara lain melalui audit klinis/mini-cohort, pembentukan konsili manajemen TBC RO di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, dan mentoring klinis;
 - Dukungan kepatuhan minum obat serta manajemen efek samping obat untuk meningkatkan keberhasilan pengobatan pasien tuberkulosis resistan obat, antara lain: pemanfaatan teknologi baru (misal: video observed treatment (VOT)), dukungan petugas kesehatan, serta dukungan komunitas/mantan pasien;
- Optimalisasi prosedur penunjang diagnosis dan pengobatan untuk tuberkulosis sensitif obat dan resistan obat secara terpadu. Kegiatan utama yang terkait meliputi:

- Penguatan infrastruktur dan peralatan laboratorium termasuk keselamatan dan keamanan kerja di laboratorium yang meliputi: i) Percepatan pengembangan laboratorium biakan dan laboratorium uji kepekaan sesuai dengan kebutuhan pemeriksaan sputum yaitu menambah laboratorium biakan dari 21 menjadi 46 dan menambah laboratorium uji kepekaan dari 12 menjadi 24 di Indonesia, ii) Renovasi 12 laboratorium uji kepekaan yang sudah ada saat ini supaya mampu melakukan pemeriksaan lebih banyak hingga 2 kali lipatnya, terutama untuk pemeriksaan pasien TBC RO;
- Meningkatkan akses dan pemanfaatan TCM di puskesmas, meningkatkan akses terhadap pemeriksaan biakan dan uji kepekaan lini satu dan dua pada pasien yang berisiko TBC-MDR dan TBC-XDR, serta pemeliharaan laboratorium biakan dan uji kepekaan, yang mencakup: i) pengadaan mesin TCM di puskesmas termasuk memastikan ketersediaan kartrid TCM dan pemeliharannya, ii) pengadaan media cair MGIT di semua laboratorium uji kepekaan, pengadaan reagen, serta pemeliharannya, dan iii) meningkatkan sistem transportasi spesimen dan jejaring pemeriksaan laboratorium untuk diagnosis dan pemantauan pengobatan tuberkulosis dan TBC RO;
- Penyesuaian jejaring laboratorium tuberkulosis sesuai dengan kebijakan Kemenkes dan pengembangan salah satu laboratorium rujukan nasional (LRN) menjadi laboratorium rujukan supranasional atau center of excellence (CoE);
- Pembuatan dan pembaharuan paduan pemeriksaan tuberkulosis di laboratorium termasuk SOP, pedoman-pedoman pemeriksaan, manual penggunaan alat, termasuk rekomendasi laboratorium yang terbaru sesuai dengan situasi terkini serta mengikuti panduan global (misalnya: rekomendasi WHO);
- Peningkatan kapasitas SDM laboratorium mikroskopis, biakan, uji kepekaan, dan molekuler melalui workshop, pelatihan/pelatihan penyegaran, pelatihan di tempat (on the job training), pendampingan teknis maupun mentoring;
- Penjaminan mutu layanan penunjang diagnosis tuberkulosis yang meliputi: i) integrasi pemantapan mutu layanan penunjang diagnosis tuberkulosis pada sistem akreditasi nasional (ISO 15189), SNARS, dan KALK, ii) peningkatan fungsi/peran BBLK/BLK/Labkesda dalam pembinaan, pelatihan, supervisi, serta pemantapan mutu laboratorium, dan iii) kerjasama dengan laboratorium rujukan supranasional untuk penguatan diagnostik, jejaring, dan pemantapan mutu laboratorium;
- Implementasi dan pengembangan sistem informasi laboratorium yang terintegrasi dengan sistem informasi tuberkulosis (SITB);
- Penguatan monitoring dan evaluasi pemeriksaan laboratorium tuberkulosis dan jejaringnya melalui supervise dan pertemuan monev lab tuberkulosis;

- Memastikan pasien TB-HIV terdiagnosis dan mendapatkan pengobatan ARV dengan menyediakan layanan TB yang terintegrasi dengan HIV di puskesmas dan RS di provinsi maupun di kabupaten/kota. Kegiatan utama yang terkait meliputi:
 - Integrasi layanan TB dan HIV di puskesmas dan RS terutama di wilayah prioritas HIV;
 - Pelatihan tes HIV bagi pemegang program tuberkulosis di wilayah yang belum mempunyai program HIV. Hal ini dilakukan antara lain melalui: i) pendampingan teknis dan mentoring manajemen kasus TB-HIV dan ii) dukungan sistem rujukan bagi kasus TB-HIV yang terkonfirmasi untuk melakukan pengobatan ARV;
 - Pembuatan dan pengembangan buku saku untuk kader kesehatan di masyarakat dan pasien tentang akses layanan TB-HIV (tes, obati, dan terapi pencegahan tuberkulosis);
 - Koordinasi dengan program HIV di fasyankes dan di kabupaten/kota;
 - Advokasi dan koordinasi antar kementerian/Lembaga dan pemangku kepentingan yang terkait untuk kemudahan akses perlindungan sosial untuk pasien TBC dan HIV.

- Dukungan SDM untuk Program Tuberkulosis Nasional melalui penyediaan Technical Assistant untuk kegiatan PPM, akselerasi program TBC RO, ekspansi penanganan infeksi laten tuberkulosis, penguatan TB-HIV, termasuk penguatan kapasitas sistem informasi kesehatan di provinsi dan kabupaten/kota.

- Penguatan upaya diagnosis dan pengobatan tuberkulosis pada anak di fasyankes primer dan FKRTL. Kegiatan utama yang terkait meliputi:
 - Penyederhanaan SITB supaya dapat digunakan oleh fasyankes swasta;
 - Penguatan peran organisasi profesi untuk menemukan dan melaporkan kasus tuberkulosis pada anak ke Program Tuberkulosis Nasional;
 - Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, khususnya di puskesmas, untuk menegakkan diagnosis TBC pada anak, manajemen kasus TBC pada anak, serta manajemen efek samping obat pada anak yang mengalami TBC RO;
 - Memasukkan aspek pencatatan dan pelaporan kasus tuberkulosis pada anak sebagai salah satu aspek penilaian dalam sistem akreditasi puskesmas;
 - Meningkatkan penemuan kasus TBC pada anak melalui skrining dan kolaborasi dengan layanan lain, misalnya: MTBS, Gizi, dan lainnya, serta melalui Investigasi Kontak sekaligus pemberian pengobatan pencegahan TBC pada kontak anak yang serumah dengan kasus indeks TBC;
 - Memastikan kualitas layanan untuk tuberkulosis pada anak;

- Penyediaan obat yang ramah anak untuk pasien TBC RO anak;
- Penguatan kapasitas kader komunitas untuk mendukung dan monitoring pengobatan tuberkulosis pada anak;
- Penyediaan dukungan psikososial terutama untuk anak yang mengalami TBC RO.

Strategi 3. Optimalisasi upaya promosi dan pencegahan, pemberian pengobatan pencegahan tuberkulosis, serta pengendalian infeksi

Indicators	Baseline 2018	Target 2024
1. Cakupan pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) pada kontak serumah	NA	68%
2. Cakupan pemberian TPT pada anak usia < 5 tahun	10%	90%
3. Cakupan pemberian TPT pada ODHA	10%	55%
4. Cakupan layanan kesehatan yang sudah melaksanakan pengendalian infeksi tuberkulosis secara terpadu	NA	60%

Intervensi kunci dan kegiatan utama yang terkait strategi ini meliputi:

- Optimalisasi upaya promosi dan pencegahan serta pemberian pengobatan pencegahan tuberkulosis. Kegiatan utama yang terkait antara lain:
 - Penguatan upaya manajerial untuk pemberian pengobatan pencegahan tuberkulosis;
 - Peningkatan kapasitas petugas dalam pemberian pengobatan pencegahan tuberkulosis;
 - Memperluas cakupan layanan ILTB pada populasi selain kontak serumah, ODHA, dan pasien imunokompromais yaitu pada populasi berisiko lainnya di lapas/rutan, tempat kerja, asrama/pesantren (congregate setting) ;
 - Mengembangkan upaya strategi promosi pengobatan pencegahan tuberkulosis dan pengendalian infeksi tuberkulosis.
- Melakukan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi tuberkulosis (PPI TBC) di fasilitas kesehatan. Kegiatan utama yang terkait meliputi:
 - Penyusunan revisi pedoman PPI TBC tahun 2012 dan sosialisasi pedoman PPI yang telah direvisi tersebut,
 - Bimbingan teknis manajemen program pencegahan infeksi tuberkulosis kepada tenaga kesehatan di fasyankes,
 - Advokasi dan koordinasi lintas sektoral tentang PPI TBC,
 - Penyediaan Alat Pelindung Diri (APD),

- Memperkuat upaya administrasi pengendalian dan pencegahan infeksi tuberkulosis,
- Memperkuat upaya lingkungan yang sehat untuk Pengendalian dan Pencegahan Infeksi Tuberkulosis.

Strategi 4. Pemanfaatan hasil riset dan teknologi skrining, diagnosis, dan tatalaksana tuberkulosis

Indicators	Baseline 2018	Target 2024
1. Jumlah penelitian yang dijadikan <i>policy brief</i>	8	20
2. Jumlah inovasi baru yang diimplementasikan (obat baru, upaya diagnosis baru, skrining, alur diagnosis tuberkulosis yang baru, dll)	1	1
3. Jumlah provinsi yang melakukan riset tuberkulosis	5	25

Intervensi kunci dan kegiatan utama yang terkait strategi ini meliputi:

- Mengadopsi teknologi digital untuk mendukung implementasi Program Penanggulangan Tuberkulosis Nasional. Kegiatan utama yang mendukung intervensi kunci ini adalah:
 - Simplifikasi dan digitalisasi sistem pencatatan dan pelaporan TBC.
 - Menyederhanakan dan menyeragamkan sistem pencatatan dan pelaporan TBC untuk faskes primer swasta serta peningkatan kualitas sistem informasi TBC
 - Melaksanakan pencatatan dan pelaporan TBC terintegrasi dengan program terkait populasi risiko tinggi
 - Melakukan evaluasi pemberian TPT kepada orang dengan ILTB
- Melakukan koordinasi berbagai institusi penelitian untuk mengimplementasikan agenda riset Tuberkulosis
 - Membentuk kelompok kerja peneliti di perguruan tinggi dan lembaga penelitian yang seminat untuk melakukan riset Tuberkulosis.
 - Melaksanakan pertemuan jejaring peneliti Tuberkulosis minimal satu kali dalam satu tahun.
 - Membentuk jejaring komunikasi antar peneliti tuberkulosis,
 - Menyusun agenda riset Tuberkulosis dengan anggota jejaring dan pengambil kebijakan,
 - Mempromosikan keterbukaan penggunaan data program dan riset sesuai regulasi yang berlaku,

- Melakukan pemetaan penelitian tuberkulosis unggulan dari pusat-pusat studi yang ada di Indonesia.
- Advokasi atau mobilisasi pendanaan untuk riset dan inovasi di bidang tuberkulosis dari berbagai institusi di dalam dan luar negeri. Intervensi ini dilaksanakan dalam kegiatan utama sebagai berikut:
 - Mengidentifikasi dan mengusulkan dana untuk penelitian, baik dari pemerintah maupun donor.
 - Sosialisasi agenda riset tuberkulosis kepada jejaring peneliti dan donor/penyandang dana
- Mendukung penelitian dan pengembangan inovasi untuk mendukung program penanggulangan tuberkulosis. Kegiatan utama yang terkait dengan intervensi kunci ini adalah.
 - Mereview riset tuberkulosis yang layak digunakan sebagai bahan advokasi untuk perbaikan program eliminasi tuberkulosis,
 - Memberikan dukungan kepada peneliti tuberkulosis yang sudah direview untuk mendapatkan dana riset dan atau publikasi
 - Memfasilitasi peneliti dan pemegang kebijakan dalam perumusan kebijakan program tuberkulosis berdasarkan hasil riset.
 - Mendorong pemanfaatan hasil riset dalam evaluasi dan perbaikan kinerja program tuberkulosis.
 - Mendorong penyelenggaraan seminar nasional tuberkulosis setiap tahun sebagai wadah para peneliti tuberkulosis untuk mempresentasikan hasil penelitiannya
 - Mendorong peneliti mempresentasikan hasil riset tuberkulosis di pertemuan ilmiah nasional atau internasional
 - Mendorong kegiatan publikasi hasil riset tuberkulosis pada kegiatan ilmiah, jurnal bereputasi nasional dan internasional
 - Mengembangkan mekanisme adaptasi alat diagnosis, vaksin dan obat/regimen baru.
 - Melakukan penelitian tentang pengurangan stigma dan diskriminasi pada populasi risiko tinggi tuberkulosis dan populasi rentan

Strategi 5. Peningkatan peran serta komunitas, mitra dan multisektor lainnya dalam eliminasi tuberkulosis

Indikator	Baseline 2018	Target 2024
1. Jumlah kabupaten/kota yang memiliki kemitraan dengan LSM/CSO peduli tuberkulosis	235	514
2. Jumlah provinsi yang memiliki jejaring mantan pasien tuberkulosis/ <i>peer support</i>	12	34
3. Persentase kontribusi rujukan komunitas pada penemuan pasien tuberkulosis	12%	38%

Intervensi kunci dan kegiatan utama yang terkait strategi ini meliputi:

- Meningkatkan upaya pemberdayaan masyarakat melalui intensifikasi komunikasi, informasi, dan edukasi kepada masyarakat terutama untuk pencegahan Tuberkulosis. Kegiatan utama dalam intervensi kunci adalah:
 - Meningkatkan upaya komunikasi, informasi dan edukasi TBC;
 - Melibatkan dan memberdayakan masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian TBC.
- Melakukan koordinasi dengan kementerian terkait dan Pemerintah Daerah (provinsi, Kabupaten/Kota), melalui kegiatan utama sebagai berikut:
 - Melakukan koordinasi ditingkat Kementerian (Kemensos, Kemenag, Kemendes, Kemenhumham, Kemendikbud, Kemenaker, BPJS);
 - Melakukan kerjasama dengan BAZNAS, lembaga filantropi, dan CSR Perusahaan;
 - Memperkuat komitmen lintas program dan lintas kementerian/lembaga dalam upaya pencegahan dan pengendalian Tuberkulosis.
- Memperbaiki mekanisme pemberian umpan balik masyarakat terhadap kualitas layanan tuberkulosis di fasyankes. Intervensi kunci ini dilaksanakan melalui kegiatan utama sebagai berikut:
 - Mendukung upaya program tuberkulosis nasional dalam mengidentifikasi dan mengatasi tantangan mutu pelayanan dengan memberikan umpan balik masyarakat terhadap kualitas layanan tuberkulosis di fasyankes
 - Menyediakan data tentang hambatan akses layanan tuberkulosis yang akan digunakan oleh pemangku kepentingan di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota sebagai bukti untuk mengidentifikasi solusi alternatif.
- Pengurangan stigma dan diskriminasi pada populasi risiko tinggi tuberkulosis dan populasi rentan. Kegiatan utama dalam intervensi kunci ini berupa:

- Kampanye/pendidikan kepada masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan tentang tuberkulosis, terutama di sekolah dan tempat kerja untuk menghapus stereotype

Strategi 6. Penguatan manajemen program melalui penguatan sistem kesehatan

Indikator	Baseline 2018	Target 2024
1. Persentase faskes yang melaporkan kasus TBC tepat waktu dan lengkap	60%	90%
2. Persentase kabupaten/kota tidak mengalami <i>stock out</i> OAT	82%	97%

Intervensi kunci dan kegiatan utama yang terkait strategi ini meliputi:

- Koordinasi penanggulangan tuberkulosis dengan lintas program/unit di Kementerian Kesehatan (unit promkes, kesehatan keluarga, gizi, penyakit tidak menular, yankes, dan lainnya) maupun lintas kementerian/Lembaga, LSM (LKNU, Aisyiah, dan lainnya), dan organisasi perempuan;
- Penguatan kapasitas pengelolaan program tuberkulosis di provinsi dan kabupaten/kota dengan menambah jumlah tenaga pengelola program tuberkulosis yang terdiri dari: i) manajer program yang mendukung kinerja Wasor, ii) staf teknis (technical officer) yang mengoordinasikan kegiatan PPM, PMDT, TB-HIV, dan penanganan ILTB (termasuk pengobatan pencegahan TBC), iii) data officer yang bertanggungjawab untuk pengumpulan data dan menjamin kualitas data, dan iv) staf administrasi yang mengelola keuangan dan administrasi program.
- Peningkatan keterampilan tenaga kesehatan untuk pengelolaan program Tuberkulosis sekaligus tatalaksana kasus tuberkulosis di tingkat provinsi dan kabupaten/kota:
 - Melakukan pelatihan tatalaksana kasus Tuberkulosis di fasilitas pelayanan kesehatan, yaitu: laboratorium, FKTP/FKTRL, tenaga kesehatan yang melaksanakan KTIP, dan tenaga kesehatan konseling tuberkulosis resistan obat, serta melakukan pelatihan manajemen program penanggulangan TBC bagi pengelola tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota, dan kader di komunitas,
 - Melakukan pelatihan online P2TB melalui pelatihan jarak jauh (LJ) untuk dokter praktik mandiri,
 - Memanfaatkan teknologi informasi, misalnya: webinar, untuk meningkatkan kapasitas sumber daya tenaga kesehatan,

- Mendorong pemantauan kinerja tenaga kesehatan melalui online assessment, Advokasi kebijakan dari kementerian/Lembaga terkait untuk mengatasi permasalahan rotasi petugas yang dapat berdampak terhadap keberlanjutan program tuberkulosis di wilayahnya,
 - Mendorong adanya pembiayaan lokal untuk pelatihan bagi pemegang program tuberkulosis.
- Pencatatan dan pelaporan kasus yang terintegrasi dan berkelanjutan secara digital
 - Mengembangkan Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB) untuk notifikasi dan pengobatan kasus Tuberkulosis yang dapat berhubungan dengan sistem informasi yang ada di program kesehatan lain (SIM-RS, SIKDA/SIP, WIFI TB, PCare, SIHA, e-MESO, SDP).
- Penguatan sistem pembiayaan untuk tuberkulosis, yang meliputi:
 - Melakukan pemetaan dan kalkulasi potensi pembiayaan di pusat, provinsi dan kabupaten/kota;
 - Advokasi anggaran mulai dari pemerintah pusat hingga pemerintah daerah;
 - Penguatan sistem pembiayaan tuberkulosis melalui JKN.
- Penguatan sistem manajemen logistik untuk tuberkulosis.
 - Melakukan perencanaan logistik TB secara terpadu antara program TB dan pengelola farmasi di semua tingkatan secara berjenjang;
 - Pemetaan ketersediaan logistik program tuberkulosis di semua tingkatan layanan kesehatan;
 - Melakukan pengelolaan logistik satu pintu di unit farmasi;
 - Melakukan distribusi logistik secara FEFO/FIFO dengan memperhatikan aspek ketersediaan berkelanjutan, bermutu, serta terjaga manfaatnya;
 - Melakukan koordinasi dengan unit farmasi di masing-masing tingkat untuk memastikan ketersediaan logistik TBC untuk fasyankes baik pemerintah maupun swasta;
 - Menjaga kompetensi petugas di semua tingkatan dalam manajemen logistik tuberkulosis;
 - Implementasi pencatatan dan pelaporan data logistik yang menggunakan sistem informasi logistik yang tersedia di SITB secara online
 - Melakukan monitoring dan pelaporan yang diikuti tindak lanjut mencakup pelaporan, umpan balik dan corrective action sesuai peraturan yang berlaku

Bab 5. Rencana Operasional

5.1. Operasionalisasi per strategi Program TBC Nasional

Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024 akan dilaksanakan selaras dengan payung kebijakan yang ada di tingkat nasional seperti Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2020-2024, Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan sesuai Permenkes No.4 tahun 2019 atau Permendagri No.100 tahun 2018, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI tahun 2020-2024 serta Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur tentang penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia.

- 5.1.1. Operasionalisasi Strategi 1. Penguatan komitmen dan kepemimpinan pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota untuk mendukung percepatan eliminasi tuberkulosis 2030

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
Intervensi 1.1. Mengembangkan kebijakan terkait rencana aksi penanggulangan Tuberkulosis yang komprehensif di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota				
1.1.1	Memperkuat kerjasama lintas organisasi perangkat daerah (OPD) untuk penanggulangan tuberkulosis.	1.1.1.1. Melakukan koordinasi dan konsolidasi lintas sektor dan lintas program secara teratur	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
		1.1.1.2. Menyebarkan informasi mengenai kebijakan untuk merespons dan mengantisipasi	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
1.1.2	Memperkuat tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah dalam penanggulangan tuberkulosis.	1.1.2.1. Mengadvokasi pemerintah desa untuk mengalokasikan anggaran desa (Kementerian/Lembaga terkait)	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
		1.1.2.2. Mengadvokasi kementerian/lembaga/OPD di Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota untuk mengatasi faktor psikososial terkait Tuberkulosis	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
		1.1.2.3. Mengadvokasi BKN/BKD terkait penempatan SDM untuk	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		Program TBC minimal 5 tahun		
		1.1.2.4. Menyusun regulasi pelibatan lintas sektor dalam penanggulangan tuberkulosis	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
		1.1.2.5. Menyusun regulasi pelaporan TBC (notifikasi wajib) disesuaikan dengan kondisi lokal maupun disertai dengan <i>reward/punishment</i> , misalnya pelaporan TBC sebagai prasyarat pengajuan DAK/Klaim BPJS/Kapitasi/SKP IDI).	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
1.1.3	Memperkuat kapasitas pemerintah di tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota dalam penerapan rencana aksi penanggulangan tuberkulosis yang berkesinambungan.	1.1.3.1. Menyusun pedoman strategis peningkatan kapasitas pemerintah dalam penanggulangan tuberkulosis secara nasional (Kementerian/ Lembaga terkait)	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2021-2023
		1.1.3.2. Menambahkan materi manajemen program TBC saat lokakarya kepala puskesmas yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota)	Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
Intervensi 1.2. Memastikan pemerintah kabupaten/kota memiliki regulasi dan sumber daya yang optimal untuk pengendalian tuberkulosis				
1.2.1	Mengkaji regulasi yang ada di kementerian/lembaga terkait pengendalian tuberkulosis	1.2.1.1. Identifikasi dan analisis berbagai aturan dan kebijakan terkait pengendalian TBC seperti regulasi ketenagakerjaan formal dan non-formal terkait tuberkulosis, regulasi tentang terapi pencegahan TBC pada siswa/mahasiswa	Pusat	2020

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		Indonesia yang akan ke luar negeri		
1.2.2	Menyediakan regulasi tuberkulosis di masing-masing kementerian/lembaga sesuai kelompok sasaran	1.2.2.1. Menyediakan regulasi tuberkulosis di masing-masing kementerian/lembaga sesuai kelompok sasaran	Pusat	2021-2022
1.2.3	Mengembangkan kebijakan/regulasi yang mengatur tentang kebutuhan SDM yang memastikan pencatatan dan pelaporan, terutama di fasyankes swasta	1.2.3.1. Menyusun kriteria SDM unggul layanan tuberkulosis dan mengimplementasikan pada seluruh fasyankes	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
		1.2.3.2. Melakukan penguatan SDM layanan tuberkulosis dengan melakukan rekrutmen Juru Pemantau Batuk, dan Staff Pelaksana untuk kegiatan PPM dan PMDT	Kabupaten/Kota	2020-2024
1.2.4	Melakukan Monitoring dan Evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan SPM tuberkulosis	1.2.4.1. Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan SPM tuberkulosis	Pusat, Provinsi	2020-2024
Intervensi 1.3. Mengadvokasi pemerintah kabupaten/kota untuk mengatasi faktor psikososial terkait tuberkulosis				
1.3.1	Mengadvokasi Pemerintah Daerah untuk mengembangkan peraturan tentang jaminan kesehatan bagi orang dengan tuberkulosis	1.3.1.1. Menyusun peraturan/regulasi mengenai pembiayaan kebutuhan obat komorbid TBC agar disediakan oleh BPJS Kesehatan	Pusat	2020
		1.3.1.2. Menyusun peraturan/regulasi tentang dana bagi pendampingan pasien TBC RO secara komperhensif mulai dari diagnosa awal hingga akhir pengobatan	Pusat	2020

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
1.3.2	Meningkatkan kapasitas kepala pemerintah daerah (provinsi, kabupaten/kota) tentang tuberkulosis	1.3.2.1. Meningkatkan kapasitas kepala pemerintah daerah tentang tuberkulosis	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2021-2023
Intervensi 1.4. Melakukan standarisasi layanan untuk membentuk jejaring layanan yang akan memfasilitasi sistem rujukan dan penjaminan kualitas				
1.4.1	Melakukan advokasi kepada BPJS agar penyakit TBC dapat dimasukkan ke dalam layanan PRB (Program Rujuk Balik)	1.4.1.1. Menyiapkan dan menyepakati skema PRB terkait TBC bersama BPJS Kesehatan	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
		1.4.1.2. Memastikan TBC masuk dalam skema PRB untuk ditindaklanjuti oleh apotek	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
1.4.2	Perbaikan regulasi rujukan dan pembiayaan TBC RO dari JKN/BPJS (terkait pemeriksaan penunjang, tatalaksana komorbid dan ESO).	1.4.2.1. Berkoordinasi dengan BPJS Kesehatan terkait perbaikan aturan rujukan dan pembiayaan TBC RO	Pusat	2020-2024

5.1.2. Operasionalisasi Strategi 2. Peningkatan akses layanan Tuberkulosis bermutu dan berpihak pada pasien

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
Intervensi 2.1. Mengoptimalkan upaya deteksi dini dan pengobatan tuberkulosis sensitif obat				
2.1.1	Melakukan penemuan kasus secara intensif dengan layanan Kesehatan Ibu dan Anak	2.1.1.1. Pertemuan koordinasi dalam mengintegrasikan skrining tuberkulosis dengan Direktorat Kesga melalui ANC terpadu, pelayanan kesehatan neonatal esensial, MTBS, MTPKR	Pusat	2 kali setahun 2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		2.1.1.2. Pertemuan sosialisasi implementasi integrasi skrining tuberkulosis pada layanan KIA secara berjenjang	Provinsi, Kabupaten/kota	1 kali setahun 2020-2024
		2.1.1.3. Implementasi integrasi skrining tuberkulosis pada layanan KIA	Fasyankes, Lembaga Pembinaan Khusus Anak, Lapas Perempuan, Pesantren, Posyandu Balita dan Remaja, UKS/M, Panti	2020-2024
		2.1.1.4. Monitoring dan Evaluasi implementasi integrasi skrining tuberkulosis pada layanan KIA	Provinsi, Kabupaten/Kota	Per triwulan 2020-2024
2.1.2.	Melakukan penemuan kasus secara intensif dengan layanan DM dan Lansia	2.1.2.1. Pertemuan koordinasi dalam mengintegrasikan skrining tuberkulosis pada layanan DM dan Lansia melalui di fasyankes dan komunitas	Pusat	2 kali/tahun
		2.1.2.2. Pertemuan sosialisasi implementasi integrasi skrining tuberkulosis pada layanan DM dan Lansia secara berjenjang	Provinsi, Kabupaten/kota	1 kali/tahun
		2.1.2.3. Implementasi integrasi skrining tuberkulosis pada layanan DM dan Lansia	Fasyankes, Pos Lansia, Panti	2020-2024
		2.1.2.4. Monitoring dan evaluasi implementasi integrasi skrining	Provinsi. Kabupaten/kota	Per triwulan 2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		tuberkulosis pada layanan DM dan Lansia		
2.1.3.	Melakukan penemuan kasus secara intensif dengan layanan HIV	2.1.3.1. Meningkatkan skrining tuberkulosis pada pasien HIV di seluruh fasyankes	Fasyankes DOTS yang memiliki PDP atau test HIV	2020-2024
		2.1.3.2. Melatih dan memberikan <i>reward</i> kepada kader untuk setiap pasien TB HIV mempunyai hasil di 324 kabupaten/kota	Kader fasilitas kesehatan kabupaten (20 orang)	2020-2024
		2.1.3.3. Integrasi PPM dengan KOPI TB untuk melibatkan LSM dan pelayanan kesehatan swasta, Lembaga Pemasyarakatan, dll dalam implementasi skrining TBC pada pasien HIV	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
2.1.4.	Melakukan investigasi kontak dari indeks kasus tuberkulosis, baik TBC SO maupun TBC RO	2.1.4.1. Pengembangan modul SITB yang terintegrasi dengan aplikasi untuk komunitas.	Pusat	2020
		2.1.4.2. Diseminasi dan sosialisasi penggunaan Juknis IK dan modul SITB yang terintegrasi dengan aplikasi untuk komunitas di seluruh provinsi secara berjenjang	Provinsi, Kabupaten/kota	1 kali/tahun, 2020-2024
		2.1.4.3. Implementasi IK di seluruh provinsi	Fasyankes	2020-2024
		2.1.4.3. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan IK	Provinsi, Kabupaten/kota	1 kali/tahun 2020-2024
2.1.5.	Melakukan penemuan kasus secara aktif pada tenaga kesehatan	2.1.5.1. Melaporkan nakes terduga tuberkulosis yang	Fasyankes	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		ditemukan pada sistem informasi tuberkulosis		
		2.1.5.2. Monitoring dan Evaluasi penemuan kasus pada nakes	Provinsi, Kabupaten/kota	1 kali/tahun 2020-2024
2.1.6.	Melakukan penemuan kasus secara aktif di tempat kerja tertentu	2.1.6.1. Koordinasi dengan Kemenaker, Pemda dan dinas terkait, mengenai regulasi untuk melakukan skrining TBC di tempat kerja	Pusat	1 kali/tahun 2020-2024
		2.1.6.2. Merujuk pekerja terduga tuberkulosis untuk mendapat pemeriksaan diagnostik & melaporkan pekerja terduga tuberkulosis yang ditemukan pada sistem informasi tuberkulosis	Fasyankes di tempat kerja; Fasyankes rujukan tempat kerja	2020-2024
		2.1.6.3. Monitoring dan Evaluasi penemuan kasus pada pekerja	Provinsi, Kabupaten/kota	1 kali/tahun 2020-2024
2.1.7.	Melakukan penemuan kasus secara aktif di perkampungan kumuh perkotaan dan daerah lain yang tidak terjangkau	2.1.7.1. Penyusunan Rencana Kegiatan Skrining Tuberkulosis pada perkampungan kumuh perkotaan dan daerah lain yang tidak terjangkau dengan melibatkan PKK, KPLDH/PIS-PK, Puskesmas setempat	Pusat (Subdit TB, Kemensos) Dinkes (Provinsi, Kabupaten/kota), Pemprov/ Pemkab/Pemkot, Dinsos (Provinsi, Kabupaten/kota)	2 kali pada tahun 2020
		2.1.7.2. Sosialisasi Rencana Kegiatan Skrining tuberkulosis pada perkampungan kumuh perkotaan dan daerah lain yang tidak terjangkau secara berjenjang	Pusat (Subdit TB, Kemensos) Dinkes (Provinsi, Kabupaten/kota), Pemprov/ Pemkab/Pemkot, Dinsos (Provinsi, Kabupaten/kota)	1 kali/tahun 2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		2.1.7.3. Implementasi Kegiatan Skrining Tuberkulosis pada perkampungan kumuh perkotaan dan daerah lain yang tidak terjangkau	Puskesmas, PKK, Komunitas	2020-2024
		2.1.7.4. Monitoring dan Evaluasi pelaksanaan Kegiatan Skrining Tuberkulosis pada perkampungan kumuh perkotaan dan daerah lain yang tidak terjangkau	Provinsi, Kabupaten/kota	1 kali/tahun 2020-2024
2.1.8.	Melakukan penemuan kasus secara aktif pada <i>congregate setting</i> seperti lapas/rutan, tambang tertutup, barak pengungsi, asrama dan pondok pesantren.	2.1.8.1. Melakukan skrining tuberkulosis (sesuai Juknis) di lapas, rutan, LPKA.	Lapas/rutan, LPKA	Skrining: di awal WBP masuk, saat pembinaan dan sebelum bebas
		2.1.8.2. Melakukan skrining bagi pengungsi (migran) - Rudenim (Rumah Detensi Imigrasi) koordinasi dengan Direktorat Imigrasi sesuai dengan Juknis	Fasyankes	1 kali selama di RuDenIm
		2.1.8.3. Menyusun Juknis Tatalaksana Tuberkulosis untuk Asrama/Panti dan Pondok Pesantren	Kemenkes, Kemenag, Kemensos	2 kali per tahun
		2.1.8.4. Sosialisasi Juknis Tatalaksana Tuberkulosis untuk Asrama/Panti dengan Pondok Pesantren	Kemenkes, Kemensos, Kemenag, Pemda Provinsi, Pemda Kabupaten/kota	1 kali/tahun 2020-2024
		2.1.8.5. Implementasi Tatalaksana Tuberkulosis untuk Asrama/Panti dengan Pondok Pesantren	Asrama/Panti dan Pondok Pesantren	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		2.1.8.6. Monitoring dan Evaluasi penemuan kasus secara aktif pada <i>congregate setting</i> seperti lapas/rutan, tambang tertutup, barak pengungsi, asrama dan pondok pesantren.	Kemenkes, Kemensos, Kemenag, Pemda, Kemenkumham (Ditjenpas, Ditjen imigrasi), Kemenaker	1 kali/tahun 2020-2024
		2.1.8.7 Mendorong adanya kebijakan penanggulangan TBC di perusahaan-perusahaan tambang	Kemenkes, Kemenperin, BUMN	1 kali/tahun 2020-2024
2.1.9.	Melakukan penemuan kasus secara aktif melalui kegiatan <i>medical check up</i> pada jamaah haji sebelum keberangkatan.	2.1.9.1. Koordinasi dengan Ditjen Haji dan Umroh, Kemenag	Pusat (Kemenkes dan Kemenag)	1 kali/tahun 2020-2024
		2.1.9.2. Penyusunan regulasi dan SPO tatalaksana untuk kasus BTA positif dan hasil ronsen mendukung tuberkulosis dari MCU Haji	Pusat (kemenkes dan Kemenag)	2 kali di tahun 2020
		2.1.9.3. Implementasi regulasi dan SPO tatalaksana untuk kasus BTA positif dan hasil ronsen mendukung tuberkulosis dari MCU Haji	Fasyankes MCU jemaah haji, Asosiasi Biro Penyelenggara UMROH dan Haji (AMPUH)	2020-2024
		2.1.9.4. Monitoring dan evaluasi implementasi regulasi dan SPO tatalaksana untuk kasus BTA positif dan hasil ronsen mendukung tuberkulosis dari MCU Haji	Pusat (Kemenkes dan Kemenag)	1 kali/tahun 2020-2024
2.1.10	Melakukan skrining TBC melalui kegiatan <i>medical check up</i> pada petugas	2.1.10.1. Melakukan skrining TBC melalui kegiatan <i>medical check</i>	Fasyankes	1 kali/tahun 2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
	kesehatan yang kontak dengan pasien TB	up pada petugas kesehatan yang kontak dengan pasien TBC.		
2.1.11	Memanfaatkan teknologi baru dalam pemantauan pengobatan Tuberkulosis	2.1.11.1. Menyusun SPO menggunakan VOT	Pusat (Subdit TB)	1 kali di tahun 2020
		2.1.11.2. Mensosialisasikan VOT (<i>video observed treatment</i>) seperti menggunakan <i>video call</i> , rekaman video	Pusat, Dinkes Provinsi, Dinkes Kabupaten/kota secara berjenjang	1 kali/tahun 2020-2024
		2.1.11.3. Implementasi VOT	Fasyankes	2020-2024
		2.1.11.4. Monitoring dan evaluasi implementasi VOT	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	1 kali/tahun 2020-2024
2.1.12	Melakukan koordinasi dan validasi data di tingkat layanan untuk memastikan semua pasien yang terdiagnosis tuberkulosis mendapatkan pengobatan dan bisa dievaluasi hasil pengobatannya.	2.1.12.1. Supervisi ke layanan untuk memastikan pencatatan dan pelaporan (validasi data)	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2 kali/tahun 2020-2024
		2.1.12.2. Integrasi SIM-RS, Pusdatin di masing masing kementerian dengan Sistem Informasi TB	Pusat	2020-2024
		2.1.12.3. Pertemuan monitoring dan evaluasi	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	1 kali/tahun 2021-2024
		2.1.12.4. Pertemuan validasi data	Kabupaten/kota	2021-2024
		2.1.12.5. Pengembangan dan implementasi MICA untuk pencatatan tuberkulosis	Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
2.1.13		2.1.13.1. Mendorong adanya kebijakan	Kemenkes, Kemenaker	2020

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
	Skrining tuberkulosis pada Pekerja Migran Indonesia (PMI)	penanggulangan TBC pada pekerja migran		
		2.1.13.2. Merujuk PMI terduga tuberkulosis untuk mendapat pemeriksaan diagnostik & melaporkan PMI terduga tuberkulosis yang ditemukan pada sistem informasi tuberkulosis	Fasyankes di tempat kerja; Fasyankes rujukan tempat kerja	2020-2024
		2.1.13.3. Merujuk PMI yang terdiagnosis untuk mendapatkan pengobatan tuberkulosis & melaporkan PMI pasien tuberkulosis pada sistem informasi tuberkulosis	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		2.1.13.4. Monitoring dan Evaluasi penemuan kasus pada PMI	BNP2TKI/ HIPTEK, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/kota, Fasyankes	1 kali/tahun 2020-2024
2.1.14	Pengobatan sesuai standar	2.1.14.1. Pengadaan Obat Lini Pertama	Pusat	2020-2024
		2.1.14.2. Pengadaan obat TBC anak	Pusat	2020-2024
2.1.15	Meningkatkan akses penemuan kasus TBC melalui diagnosis cepat	2.1.15. Pembiayaan untuk pemeriksaan TBC di laboratorium (TCM)	Pusat, Provinsi	2020-2024
Intervensi 2.2. Mengoptimalkan upaya deteksi dini dan pengobatan Tuberkulosis Resistan Obat				
2.2.1.	Melakukan upaya deteksi dini TBC RO yang terintegrasi dengan upaya penemuan kasus secara intensif pada layanan KIA	2.2.1.1. Pertemuan koordinasi dalam mengintegrasikan skrining TBC RO dengan Direktorat Kesga melalui ANC terpadu, pelayanan kesehatan neonatal esensial, MTBS, MTPKR	Pusat	2 kali setahun

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		2.2.1.2. Monitoring dan Evaluasi implementasi integrasi skrining TBC RO pada layanan KIA	Provinsi, Kabupaten/Kota	Per Triwulan 2020-2024
2.2.2.	Mempercepat ekspansi layanan pengobatan TBC RO yang sesuai standar pada semua kabupaten/kota	2.2.2.1. Asesmen beban TBC RO dan kesiapan layanan TBC RO di puskesmas maupun layanan swasta	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		2.2.2.2. Pelatihan TBC RO bagi layanan TBC RO berbasis puskesmas secara bertahap	Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2023
		2.2.2.3. Pelatihan identifikasi dan manajemen ESO di level komunitas (bidan/perawat komunitas)	Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2023
		2.2.2.4. Supervisi dari tim TBC RO di provinsi dan kabupaten/kota secara rutin	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2021-2023
		2.2.2.5. Penyediaan biaya operasional bagi perawat/bidan sebagai PMO TBC RO	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2021-2023
		2.2.2.6. Pengembangan layanan TBC RO di 514 kabupaten/kota	Provinsi, 514 Kabupaten/kota	2020-2024
		2.2.2.7. Penguatan layanan TBC RO di tingkat puskesmas	Pusat, 7.946 puskesmas yang tersebar di 514 kabupaten/kota	2020-2024
2.2.3.	Meningkatkan akses terhadap pemeriksaan biakan dan uji kepekaan lini satu dan dua pada	2.2.3.1. Melakukan pertemuan monitoring dan evaluasi lab biakan dan uji kepekaan untuk menganalisis pelaksanaan	Pusat (Subdit TB dan LRN)	2 kali/tahun 2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
	pasien yang berisiko TB-MDR dan TB-XDR	pemeriksaan biakan dan uji kepekaan tuberkulosis		
		2.2.3.2. Melakukan renovasi laboratorium biakan dan uji kepekaan sesuai standar	Pusat (Subdit TB) Untuk Lab Biakan: disesuaikan dengan target akhir tahun 2024 yaitu ada 46 lab kultur dan 24 lab uji kepekaan obat.	1 kali/tahun 2020-2024
		2.2.3.3. Melakukan pengadaan alat MGIT dan penunjang laboratorium biakan dan uji kepekaan tuberkulosis	Pusat (Subdit TB)	1 kali/tahun 2020-2024
		2.2.3.4. Melakukan pertemuan monitoring dan evaluasi pelaksanaan sistem transportasi spesimen tuberkulosis	Pusat (Subdit TB), Dinkes Provinsi	1 kali/tahun 2020-2024
		2.2.3.5. Pembiayaan untuk pemeriksaan TBC di laboratorium (mikroskopis, TCM, biakan, uji kepekaan, LPA)	Pusat, Provinsi	2020-2024
2.2.4.	Mengembangkan laboratorium di fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu melaksanakan tes cepat untuk OAT lini kedua dan mendorong peningkatan utilitasnya	2.2.4.1. Menghitung kebutuhan dan beban pemeriksaan uji kepekaan tuberkulosis	Pusat (Subdit TB dan LRN)	2 kali/tahun 2020-2024
		2.2.4.2. Melakukan penilaian calon lab biakan dan lab uji kepekaan	Pusat (Subdit TB dan LRN)	2 kali/tahun 2020-2024
		2.2.4.3. Mendatangkan konsultan SRL untuk meningkatkan kapasitas LRN dan calon lab uji kepekaan tuberkulosis	Pusat (Subdit TB dan LRN)	2 kali/tahun 2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
2.2.5.	Implementasi penggunaan obat baru dan paduan baru untuk meningkatkan kualitas pengobatan pasien TBC RO di Indonesia.	2.2.5.1. Update pedoman tata laksana TBC RO	Pusat	3 kali/tahun 2020-2024
		2.2.5.2. Sosialisasi penggunaan obat baru dan paduan baru untuk meningkatkan kualitas pengobatan pasien TBC RO di Indonesia.	Pusat, Provinsi	1 kali/tahun 2020-2024
		2.2.5.3. Pelaksanaan kegiatan peningkatan kualitas layanan TBC RO (<i>benchmarking</i> , kohort, audit klinis, MICA)	Fasyankes TBC RO dan Dinkes Provinsi, Dinkes Kabupaten/kota	2020-2024
		2.2.5.4. Supervisi, monitoring dan evaluasi implementasi pengobatan pasien TB CRO di Indonesia.	Fasyankes TBC RO dan Dinkes Provinsi, Dinkes Kabupaten/kota	2 kali/tahun 2020-2024
		2.2.5.5. Penyediaan OAT TBC RO	Pusat, Dinkes Provinsi, Dinkes Kabupaten/kota	2020-2024
		2.2.5.6. Dukungan tata laksana pengobatan TBC RO (dari terduga TBC RO, pengobatan, dan selesai pengobatan TBC RO)	Fasyankes TBC RO, Fasyankes Satelit TBC RO	2020-2024
2.2.6.	Penyediaan layanan berpusat pada pasien untuk semua pasien TBC RO termasuk dukungan kepatuhan minum obat	2.2.6.1. Penyediaan <i>one stop service</i> (layanan TBC RO satu pintu) di RS TBC RO dan fasyankes satelit TBC RO	Fasyankes TBC RO, Puskesmas	2020-2024
		2.2.6.2. Introduksi pengawasan menelan obat (PMO) berbasis komunitas, keluarga dan <i>Video-assisted Direct Observation</i> .	Komunitas	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		2.2.6.3. Penyediaan dukungan <i>enabler</i> dan nutrisi bagi seluruh pasien TBC RO - Advokasi Pemda dan Lintas Sektor	Dinas Kesehatan, Fasyankes TBC RO	2020-2024
		2.2.6.4. Implementasi Perpres Pengendalian Tuberkulosis untuk jaminan sosial ekonomi pasien TBC RO	Fasyankes TBC RO	2020-2024
		2.2.6.5. Pengembangan mekanisme pemantauan pengobatan TBC RO berbasis komunitas (dari pembentukan, pelatihan, piloting dan evaluasi dan ekspansi)	Komunitas, Dinkes Provinsi, Dinkes Kabupaten/kota	2020-2024
2.2.7.	Meningkatkan akses universal terhadap layanan diagnostik dan pengobatan TBC RO yang berkualitas tinggi di Lapas, RS POLRI, RS TNI.	2.2.7.1 Refreshing pelatihan TBC RO bagi petugas di lapas pengampu TBC RO	Lapas pengampu	1 kali/tahun 2020-2024
		2.2.7.2. Penambahan lapas pengampu layanan TBC RO (asesmen, pelatihan)	Lapas pengampu	33 lapas pengampu hingga tahun 2024
2.2.8.	Menjamin penyediaan layanan TBC RO yang berkualitas dan terstandar untuk meningkatkan angka keberhasilan pengobatan.	2.2.8.1. Penerbitan regulasi untuk peningkatan tatalaksana pengobatan TBC RO oleh Kepala Daerah setempat	Provinsi	Berkala
		2.2.8.2. Peningkatan kapasitas petugas terkait layanan TBC RO dengan metode pelatihan luring (<i>offline</i>) dan daring (<i>online</i>).	Pusat	2020-2021
		2.2.8.3. Meningkatkan kapasitas petugas kesehatan dalam	Pusat	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		melakukan audit klinis dan mini kohort TBC RO		
		2.2.8.4. Mentoring klinis TBC RO ke fasyankes	Pusat	2020-2024
		2.2.8.5. Pelaksanaan kegiatan peningkatan kualitas layanan TBC RO (benchmarking, kohort, audit klinis, MICA) secara rutin	Provinsi	2020-2024 Per kuartal
		2.2.8.6. Membentuk konsil provinsi/regional untuk TBC RO	Pusat	2020-2024
		2.2.8.7. Peningkatan keberhasilan pengobatan melalui dukungan kepada petugas TBC RO	Fasyankes TBC RO (RS rujukan dan puskesmas)	2020-2024
2.2.9.	Memperkuat komite nasional farmakovigilans	2.2.9.1. Sesuai rencana kerja Komnas Farmakovigilans	Pusat	2020-2024
		2.2.9.2. Melakukan pertemuan koordinasi tahunan komite nasional farmakovigilans	Pusat	2020-2024
2.2.10	Melaksanakan audit kematian pasien TBC RO yang diikuti monitoring evaluasi Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) serius.	2.2.10.1. Melaksanakan audit klinis secara berkala dari laporan yang dikirimkan melalui form KTD atau e-MESO	Pusat (Subdit TB, BPOM)	2020-2024
		2.2.10.2. Melakukan pembinaan pelaksanaan manajemen efek samping obat (MESO) melalui supervisi ke fasyankes TBC RO	Kabupaten/Kota	2020-2024
		2.2.10.3. Paket pengobatan ESO (ranap, obat dsb)	Kabupaten/Kota, Fasyankes	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		2.2.10.4. Meningkatkan kapasitas petugas dan pelaksanaan audit kematian	Pusat (Subdit TB, BPOM)	2020-2024
2.2.11	Pengembangan materi KIE yang edukatif untuk pasien TBC RO yang berhubungan dengan efek samping obat (untuk tenaga kesehatan dan komunitas)	2.2.11.1. Update materi KIE yang edukatif untuk pasien TBC RO yang berhubungan dengan ESO	Pusat	1 kali/tahun 2020-2024
		2.2.11.2. Cetak materi KIE dan distribusi ke fasyankes melalui Dinkes secara berjenjang	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	1 kali/tahun 2020-2024
		2.2.11.3. Pelatihan petugas kesehatan untuk konseling TBC RO (mulai terduga TB RO, saat terdiagnosis, saat akan mulai pengobatan, dan selama pengobatan, termasuk dukungan yang diterima pasien)	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
2.2.12	Memperkuat edukasi dan pendampingan di Fasyankes sejak terkonfirmasi resisten obat sampai selesai pengobatan melalui konseling untuk meningkatkan akses berobat dan kepatuhan minum obat	2.2.12.1. Memperkuat edukasi dan pendampingan di Fasyankes sejak terkonfirmasi resisten obat sampai selesai pengobatan melalui konseling untuk meningkatkan akses berobat dan kepatuhan minum obat.	Kabupaten/kota	2020-2024
2.2.13	Memperkuat peran komunitas dan mantan pasien tuberkulosis untuk meningkatkan hasil pengobatan TBC RO	2.2.13.1. Perluasan jejaring anggota organisasi pasien atau mantan pasien TBC RO	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		2.2.13.2. Pelatihan Komunitas untuk meningkatkan peran	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		dalam tata laksana pasien TBC RO		
		2.2.13.3. Penguatan pendampingan pasien TBC RO dimulai dari terduga sampai pasien selesai pengobatan TBC RO oleh komunitas	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota, Fasyankes	2020-2024
2.2.14	Memanfaatkan teknologi baru dalam pemantauan pengobatan Tuberkulosis.	2.2.14.1. Menyusun SPO menggunakan VOT	Pusat	1 kali di tahun 2020
		2.2.14.2. Mensosialisasikan VOT (<i>video observed treatment</i>) seperti menggunakan video call, rekaman video	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	1 kali/tahun 2020-2024
		2.2.14.3. Implementasi VOT	Fasyankes	2020-2024
		2.2.14.4. Monitoring dan Evaluasi implementasi VOT	Dinkes Provinsi, Dinkes Kabupaten/kota	1 kali/tahun 2020-2024
2.2.15	Meningkatkan dukungan psikososioekonomi pada pasien TBC RO.	2.2.15.1. Pengembangan materi KIE/buku panduan untuk pelayanan paliatif bagi pasien TBC RO	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		2.2.15.2. Cetak materi KIE/buku panduan dan distribusi ke fasyankes melalui Dinkes secara berjenjang	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		2.2.15.3. Pelatihan petugas kesehatan untuk konseling pelayanan paliatif	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		2.2.15.4 Penyediaan pengelolaan dan pemantauan penggunaan	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		shelter untuk pasien TBC RO		
		2.2.15.5. Berbagi pengalaman keberhasilan pengobatan melalui pertemuan rutin pasien TBC RO di fasyankes	Fasyankes	2020-2024
		2.2.15.6. Melakukan monitoring dan perbaikan mekanisme pemberian dukungan psikososial pasien TBC RO	Kabupaten/Kota	2020-2024
Intervensi 2.3. Mengoptimalkan prosedur penegakan diagnosis dan pengobatan tuberkulosis sensitif dan resisten obat secara terpadu				
2.3.1.	Penyesuaian alortima penegakan diagnostik untuk meningkatkan penemuan kasus tuberkulosis sensitif dan resisten obat	2.3.1.1. Melakukan pertemuan review alur algoritma penegakan diagnosis tuberkulosis dan TBC RO	Pusat (Subdit TB)	3 kali di tahun 2020; 1 kali/tahun pada 2021-2024
		2.3.1.2. Diseminasi hasil review alur alortima penegakan diagnosis tuberkulosis dan TBC RO	Pusat (Subdit TB), Provinsi, Kabupaten/kota	1 kali/tahun di 2020-2024
2.3.2.	Meningkatkan akses dan pemanfaatan TCM di semua kabupaten/kota di Indonesia dan memastikan ketersediaan logistik kartrid	2.3.2.1. Melakukan pengadaan alat TCM untuk meningkatkan akses pemanfaatan TCM di PKM PRM	Pusat (Subdit TB), Provinsi, Kabupaten/kota	Sesuai kebutuhan, 2020-2024
		2.3.2.2. Melakukan pengadaan kartrid TCM sesuai dengan kebutuhan untuk mencapai target penemuan kasus	Pusat (Subdit TB), Provinsi, Kabupaten/kota	Sesuai kebutuhan, 2020-2024
		2.3.2.3. Melakukan workshop dan pelatihan pemanfaatan alat TCM untuk diagnosis tuberkulosis dan TB RO	Pusat (Subdit TB), Provinsi, Kabupaten/kota	Sesuai kebutuhan, 2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		2.3.2.4. Supervisi integrasi (Lab, M&E, PMDT, Logistik) ke provinsi terpilih (sesuai analisis utilisasi TCM)	Pusat (Subdit TB), Provinsi, Kabupaten/kota	2 kali/tahun di 2020-2024
2.3.3.	Meningkatkan sistem transportasi spesimen dan jejaring pemeriksaan laboratorium untuk diagnosis dan pemantauan pengobatan tuberkulosis sensitif dan resistan obat.	2.3.3.1. Melakukan pertemuan pembahasan MoU antara dinas kesehatan dan penyedia layanan kurir	Dinas Kesehatan (Provinsi)	1 kali/tahun 2020 – 2024
		2.3.3.2. Melakukan pertemuan monitoring dan evaluasi pelaksanaan sistem transportasi spesimen tuberkulosis	Pusat (Subdit TB)	1 kali/tahun 2020 – 2024
			Provinsi	2 kali/tahun 2020-2024
			Kabupaten/kota	3 kali/tahun 2020-2024
		2.3.3.3. Melakukan pembaharuan buku petunjuk teknis transportasi spesimen	Pusat (Subdit TB)	1 kali per 2 tahun, di 2020-2024;
		2.3.3.4. Melakukan pertemuan pembentukan dan diseminasi mengenai jejaring laboratorium dan transportasi spesimen	Pusat (Subdit TB), Provinsi, Kabupaten/kota	1 kali/tahun 2020 – 2024
		2.3.3.5 Melakukan pengembangan sistem transportasi spesimen termasuk dukungan ketersediaan logistik dan jasa pengiriman	Provinsi, Kabupaten/kota	2020 – 2024 2 kali/tahun untuk pengadaan logistik di tingkat provinsi 4 kali/tahun untuk pembiayaan transportasi spesimen (pengemasan dan pengiriman)

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
2.3.4.	Integrasi pemantapan mutu layanan penunjang diagnosis tuberkulosis pada sistem akreditasi nasional (ISO 15189), SNARS, dan KALK.	2.3.4.1. Melakukan pertemuan koordinasi untuk membahas integrasi pemantapan mutu diagnosis tuberkulosis dengan sistem akreditasi nasional (SNARS, KALK, KAN) dan pemangku kebijakan lainnya.	Pusat (Subdit TB)	2020-2024, 3 kali pertemuan/tahun
		2.3.4.2. Melakukan pertemuan integrasi pemantapan mutu layanan diagnosis tuberkulosis dengan sistem akreditasi nasional (SNARS, KALK, KAN dan pemangku kebijakan lainnya)	Pusat (Subdit TB)	2020-2024, 3 kali pertemuan/tahun
		2.3.4.3. Melakukan diseminasi integrasi penilaian pemantapan mutu lab tuberkulosis dengan sistem akreditasi nasional (SNARS, KALK, KAN dan pemangku kebijakan lainnya)	Pusat (Subdit TB)	2020-2024, 3 kali pertemuan/tahun
		2.3.4.4. Melakukan monitoring dan evaluasi hasil integrasi pemantapan mutu lab tuberkulosis dengan sistem akreditasi nasional (SNARS, KALK, KAN, pemangku kebijakan lainnya)	Pusat (Subdit TB)	2020-2024, 3 kali pertemuan/tahun
2.3.5.	Koordinasi dengan lintas program untuk penguatan dan pemantapan laboratorium pemeriksaan tuberkulosis	2.3.5.1. Melakukan pertemuan koordinasi untuk membahas integrasi pemantapan mutu dengan Yankes dan Kesmas	Pusat (Subdit TB)	2020-2024 2 kali/tahun

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
	termasuk pemantapan mutu.			
2.3.6.	Pengembangan diagnosis, jejaring, dan pemantapan mutu laboratorium sesuai dengan panduan global yang sudah diadaptasi dengan kondisi Indonesia serta mencakup pemeriksaan tuberkulosis dengan teknologi baru.	2.3.6.1. Melakukan revisi buku petunjuk teknis pemeriksaan laboratorium tuberkulosis	Pusat (Subdit TB), LRN	2021 – 2024 2 kali/tahun untuk setiap jenis buku
		2.3.6.2. Melakukan pertemuan penyusunan pedoman pemantapan mutu laboratorium pemeriksaan tuberkulosis	Pusat (Subdit TB), LRN	2 kali pertemuan di tahun 2021 dan 2024
		2.3.6.3. Melakukan <i>update</i> dan revisi pedoman laboratorium tuberkulosis (standar lab, jejaring, pemantapan mutu)	Pusat (Subdit TB), LRN	2 kali/tahun di tahun 2021, 1 kali/tahun di tahun 2022 dan 2024
		2.3.6.4. Melakukan pertemuan dan pengembangan PME laboratorium TCM dan LPA	Pusat (Subdit TB), LRN TB	1 kali/tahun 2020-2021
		2.3.6.5. Pelatihan LRN untuk menyiapkan PME laboratorium TCM dan LPA	LRN (TCM dan LPA)	1 kali untuk pelatihan PME, 2020-2021
		2.3.6.6. Melakukan pelaksanaan PME untuk pemeriksaan mikroskopis, biakan dan uji kepekaan	LRN TB, LRS, Laboratorium TB	2 kali/tahun 2020-2024
			LRN TB, LRS, Laboratorium TB	2 kali/tahun 2020-2024
			LRN TB	4 kali/tahun 2020-2024
			LRN TB	1 kali/tahun 2020-2024
			LRN TB, LRS, Laboratorium TB	2 kali/tahun 2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
			LRN TB, LRS, Laboratorium TB	1 kali/tahun (biakan dan uji kepekaan); LRS ke LRN, LRN ke laboratorium uji kepekaan, 2020-2024
		2.3.6.7. Melakukan pencetakan dan distribusi buku pedoman laboratorium tuberkulosis (standar lab, petunjuk teknis pemeriksaan, jejaring, pemantapan mutu)	Pusat (Subdit TB), LRN	1 kali/tahun 2020 – 2024
2.3.7.	Pemanfaatan berbagai alat atau metode diagnostik yang sudah direkomendasikan oleh WHO untuk mendukung diagnosis dan penatalaksanaan tuberkulosis sensitif dan resistan obat	2.3.7.1. Melakukan pertemuan penyusunan SOP untuk memperkenalkan alat baru	Pusat (Subdit TB)	2 kali di tahun 2021, 1 kali/tahun di 2022-2024
		2.3.7.2. Melakukan pemanfaatan kartrid TCM seperti kartrid ultra dan XDR, <i>upgrade software</i> TCM sesuai pembaharuan rekomendasi WHO untuk diagnosis dan tatalaksana tuberkulosis sensitif dan resistan obat	Pusat (Subdit TB)	2020-2024
2.3.8.	Meningkatkan fungsi/peran BBLK/BLK/Labkesda dalam pembinaan, pelatihan teknis, supervisi serta pemantapan mutu laboratorium tuberkulosis.	2.3.8.1. Melakukan pertemuan monitoring dan evaluasi pelaksanaan uji silang mikroskopis tuberkulosis	Pusat (Subdit TB),	1 kali/tahun 2020-2024
			Dinkes Provinsi	2 kali/tahun 2020-2024
			Dinkes Kabupaten/kota	2 kali/tahun 2020-2024
		2.3.8.2. Melakukan supervisi dan pembinaan ke faskes wilayah binaannya	Lab Regional	2 kali/tahun 2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		2.3.8.3. Melakukan pelatihan teknis laboratorium (LPA/biakan dan uji kepekaan)	Lab Regional	1 kali/tahun untuk pengembangan laboratorium baru (LPA/biakan dan uji kepekaan, 2020-2024)
		2.3.8.4. Melakukan ToT pemeriksaan biakan dan uji kepekaan tuberkulosis	LRN	1 kali/tahun 2021-2024
2.3.9.	Penguatan infrastruktur dan peralatan laboratorium termasuk keselamatan dan keamanan kerja di laboratorium melalui dukungan renovasi laboratorium dan pemenuhan kebutuhan peralatan utama yang meliputi laboratorium pemeriksaan mikroskopis, biakan, uji kepekaan dan molekuler.	2.3.9.1. Melakukan renovasi laboratorium biakan dan uji kepekaan sesuai standar	Pusat (Subdit TB, Dit Fasyankes)	1 kali/tahun 2021-2023
		2.3.9.2. Melakukan sertifikasi dan resertifikasi rutin setiap tahun untuk lab BSL2+ yang masuk dalam jejaring pemeriksaan Program Tuberkulosis	Pusat (Subdit TB, Dit Fasyankes)	1 kali/tahun/ lab, 2020-2024
		2.3.9.3. Melakukan pemeliharaan dan perbaikan peralatan utama serta pendukung laboratorium yang mengalami kerusakan selama belum dilakukan proses hibah	Pusat	1 kali/tahun (10% dari jumlah alat/lab) 2020 – 2024
			Pusat (Subdit TB, Dit Fasyankes)	1 kali/tahun 2020-2024
		2.3.9.4. Melakukan pemenuhan peralatan laboratorium tuberkulosis (utama dan pendukung)	Pusat	1 kali/tahun 2020 – 2024
		2.3.9.5. Melakukan penyusunan pedoman pemeliharaan laboratorium BSL2+	Pusat (Subdit TB, Dit Fasyankes)	2 kali di 2021, 1 kali/tahun di 2022 dan 2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		2.3.9.6. Melakukan pelatihan pemeliharaan laboratorium BSL2+	Pusat (Subdit TB, Dit Fasyankes)	1 kali/tahun 2020-2024
		2.3.9.7. Melakukan revisi buku pedoman standar pelayanan laboratorium tuberkulosis (mikroskopis, TCM, LPA, biakan, uji kepekaan).	Pusat (Subdit TB)	2 kali di tahun 2021 1 kali/tahun di tahun 2022 - 2024
		2.3.9.8. Melakukan pengadaan dan distribusi bahan habis pakai untuk pemeriksaan mikroskopis, biakan, uji kepekaan, dan molekuler	Pusat (Subdit TB) Dinkes Provinsi, Dinkes Kabupaten/kota	2020 – 2024 1 kali/ tahun
2.3.10	Peningkatan kapasitas SDM laboratorium biakan, uji kepekaan, dan molekuler melalui ToT, pelatihan penyegaran, dan pelatihan di tempat (<i>on the job training</i>), dan workshop.	2.3.10.1. Melakukan pelatihan teknis laboratorium biakan dan uji kepekaan TB	Pusat (Subdit TB dan LRN)	2 kali/tahun 2020-2024
		2.3.10.2. Melakukan pelatihan teknis <i>Safe Working Practice (SWP)</i> lab biakan dan uji kepekaan	Pusat (Subdit TB dan LRN)	1 kali/tahun 2020-2024
		2.3.10.3. Melakukan pelatihan teknis pembentukan Lab Rujukan Intermediate (LRI Mikroskopis)	Pusat (Subdit TB dan LRN)	2 kali/tahun 2020-2024
		2.3.10.4. Melakukan pelatihan penyegaran pemeriksaan LPA lini satu dan dua	Pusat (Subdit TB dan LRN)	1 kali/tahun 2020-2024
		2.3.10.5. Melakukan pelatihan penyegaran pemeriksaan TCM jika ada update dan informasi terbaru	Pusat (Subdit TB dan LRN)	1 kali/tahun 2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
2.3.11	Peningkatan kapasitas SDM laboratorium mikroskopis melalui pelatihan berjenjang yang meliputi ToT, pelatihan dan pelatihan penyegaran (provinsi, kabupaten/kota dan faskes), dan workshop.	2.3.11.1. Melakukan ToT (<i>trainer of training</i>) pemeriksaan mikroskopis dan eTB12 tingkat nasional	Pusat (Subdit TB dan LRN)	1 kali per 2 tahun untuk 34 provinsi, 2020-2024
		2.3.11.2. Melakukan pelatihan pemeriksaan mikroskopis dan eTB-12 tingkat provinsi	Provinsi, Lab Rujukan Provinsi (LRP)	1 kali/tahun 2020-2024
		2.3.11.3. Melakukan pelatihan pemeriksaan mikroskopis, eTB-12, dan termasuk refreshing training di tingkat fasyankes	Kabupaten/kota dan LRI	1 kali/tahun 2020-2024
2.3.12	Meningkatkan kerjasama dengan laboratorium rujukan supranasional untuk penguatan diagnostik, jejaring dan pemantapan mutu laboratorium tuberkulosis.	2.3.12.1. Melakukan kerjasama dan kedatangan kunjungan konsultan SRL (<i>supranasional reference lab</i>) untuk penguatan diagnostik, jejaring, pemantauan dan pengembangan lab tuberkulosis di Indonesia	Pusat (Subdit TB), LRN	2020-2024 2 kali/tahun
		2.3.12.2. Melakukan pertemuan koordinasi dengan stakeholder laboratorium tuberkulosis	Pusat (Subdit TB)	2020-2024 2 kali/tahun
		2.3.12.3. Melakukan kunjungan supervisi ke laboratorium saat kunjungan konsultan SRL	Pusat (Subdit TB)	2020-2024 2 kali/tahun
2.3.13	Penyesuaian jejaring laboratorium tuberkulosis sesuai dengan kebijakan Kemenkes dan pengembangan salah satu	2.3.13.1. Melakukan pertemuan pembahasan pengembangan LRN sebagai CoE (<i>center of excellent</i>)	Pusat (Subdit TB), LRN	2 kali/tahun di tahun 2020-2021

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
	laboratorium rujukan nasional menjadi laboratorium rujukan supranasional atau <i>center of excellent</i> (CoE).	2.3.13.2. Melakukan kedatangan kunjungan konsultan SRL (supranasional reference lab) untuk pembentukan CoE	Pusat (Subdit TB), LRN	2 kali/tahun di tahun 2020-2021
		2.3.13.3. Melakukan kunjungan penilaian terhadap calon CoE laboratorium tuberkulosis	Pusat (Subdit TB), LRN	2 kali/tahun di tahun 2020-2021
2.3.14	Pengembangan kapasitas laboratorium rujukan nasional dan regional.	2.3.14.1. Melakukan pelatihan/workshop internasional untuk staf LRN/LRR	Pusat (Subdit TB) dan LRN/LRR	1 kali/tahun 2020-2024
2.3.15	Percepatan pengembangan laboratorium biakan dan uji kepekaan tuberkulosis untuk memastikan minimal terdapat satu laboratorium biakan di setiap provinsi dan 24 lab uji kepekaan di seluruh Indonesia.	2.3.15.1. Melakukan kunjungan penilaian kandidat laboratorium biakan dan uji kepekaan	Pusat (Subdit TB), LRN	4 kali/tahun 2020 – 2024
		2.3.15.2. Melakukan pertemuan tindak lanjut hasil penilaian kandidat laboratorium biakan dan uji kepekaan	Pusat (Subdit TB), LRN	1 kali/tahun 2020 – 2024
2.3.16	Implementasi dan pengembangan sistem informasi laboratorium tuberkulosis yang terintegrasi dengan sistem informasi pelaporan program tuberkulosis.	2.3.16.1. Melakukan implementasi software konektivitas TCM yang terintegrasi dengan sistem informasi pencatatan dan pelaporan Program Tuberkulosis	Pusat (Subdit TB), Pusdatin	1 kali/tahun 2020 – 2024
		2.3.16.2. Melakukan implementasi sistem manajemen informasi laboratorium tuberkulosis yang terintegrasi dengan sistem informasi pencatatan dan pelaporan Program TB	Pusat (SubditTB)	2020 – 2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
2.3.17	Penguatan monitoring dan evaluasi pemeriksaan laboratorium tuberkulosis dan jejaringnya melalui supervisi dan pertemuan monev lab tuberkulosis	2.3.17.1. Melakukan pertemuan dan evaluasi pemanfaatan alat TCM	Pusat (Subdit TB), LRN, Provinsi (dengan peserta: Dinkes Kab/kota, Laboratorium TCM)	1 kali/tahun 2020 - 2024
		2.3.17.2. Melakukan pertemuan dan evaluasi laboratorium LPA lini dua, biakan, dan uji kepekaan tuberkulosis	Pusat (Subdit TB), LRN	1 kali/tahun 2020 - 2024
		2.3.17.3. Melakukan supervisi laboratorium tuberkulosis (mikroskopis, TCM, LPA, biakan, dan uji kepekaan)	LRN Mikroskopis, LRN Molekuler (TCM dan LPA), Laboratorium Biakan dan Uji Kepekaan	2 kali/ triwulan/LRN (mikroskopis/TC M/LPA/ Biakan dan uji kepekaan) 2020-2024
Intervensi 2.4. Menjamin pasien koinfeksi TB-HIV terdiagnosis dan diobati dengan antiretroviral				
2.4.1.	Meningkatkan cakupan layanan tes HIV di seluruh fasilitas layanan Tuberkulosis dengan layanan TB-HIV terintegrasi.	2.4.1.1. Pelatihan KTHIV dan RDT HIV untuk layanan tuberkulosis (sasaran 3 orang per faskes: Dokter, Perawat /Bidan, Staf Laboratorium).	Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
		2.4.1.2. Mentoring dan bimtek program dan klinis TB-HIV di layanan TB-HIV	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
		2.4.1.3. Penyediaan kebutuhan logistik tes HIV untuk pasien tuberkulosis	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
		2.4.1.4. Penguatan jejaring rujukan lab pemeriksaan HIV pada pasien tuberkulosis	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
		2.4.1.5. Penguatan jejaring pengobatan TB-HIV	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
2.4.2.	Mengembangkan dan mendiseminasikan panduan layanan TB-HIV terintegrasi yang ramah pada pasien TB-HIV	2.4.2.1. Pemutahiran pedoman/juknis TB-HIV	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	Kuartal I tahun 2020
		2.4.2.2. Revitalisasi kelompok kerja TB/ HIV nasional	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	Kuartal II tahun 2020
		2.4.2.3. Pengembangan buku saku pasien TB-HIV	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	Kuartal III tahun 2020
2.4.3.	Meningkatkan keterampilan tenaga kesehatan untuk melaksanakan tes HIV pada pasien TBC.	2.4.3.1. Pelatihan petugas untuk melakukan tes HIV pada pasien TBC	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
2.4.4.	Meningkatkan kemampuan petugas kesehatan untuk melakukan KIE dan konseling untuk minum ARV-OAT dan kepatuhan minum obat	2.4.4.1. Pemuktahiran pedoman strategi komunikasi konseling, informasi dan edukasi.	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		2.4.4.2. Pelatihan petugas untuk menggunakan strategi komunikasi, informasi, dan edukasi	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
2.4.5.	Meningkatkan kemampuan petugas kesehatan untuk melakukan <i>contact tracing</i> pasien TB-HIV di fasyankes dan wilayah kerjanya.	2.4.5.1. Pemuktahiran pedoman <i>contact tracing</i>	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		2.4.5.2. Pelatihan petugas untuk <i>contact tracing</i>	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
2.4.6.	Meningkatkan dukungan psikososioekonomi pada pasien TB-HIV.	2.4.6.1. Berkoordinasi dengan Kemensos, Depnaker, Pemda Pusat/Prov/Kabupaten/kota untuk memberikan <i>sosial security</i> bagi orang terdiagnosa TB-HIV secara otomatis	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	Kuartal I – IV 2020-2024
2.4.7.	Memperkuat akses ARV pada pasien TB-HIV dengan antiretroviral di semua kabupaten dengan	2.4.7.1. Identifikasi layanan PDP yang sudah berjalan	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota Fasyankes terkait	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
	advokasi ke Pemerintah Daerah agar menyediakan sarana prasarana bagi RS agar mampu menjadi pusat layanan ARV.	2.4.7.2. Penyediaan ARV untuk pasien TB-HIV sesuai dengan kebutuhan	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota, Fasyankes terkait	2020-2024
		2.4.7.3. Penguatan jejaring rujukan untuk pengobatan pasien TB-HIV	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota, Fasyankes terkait	2020-2024
		2.4.7.4. Penguatan mekanisme pemantauan pengobatan TB-HIV	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota, Fasyankes terkait	2020-2024
		2.4.7.5. Penguatan kolaborasi komunitas dalam pendampingan pasien TBC/TB RO- HIV	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota, Fasyankes terkait	2020-2024
2.4.8.	Membentuk Pokja TB-HIV di masing-masing daerah.	2.4.8.1. Melakukan koordinasi berkala antara program tuberkulosis dan program HIV untuk mengkaji hasil kegiatan	Pusat, Provinsi	2020-2024
2.4.9.	Penguatan program desentralisasi ARV: menciptakan faskes satelit layanan ARV dan pertemuan koordinasi berkala antara faskes pengampu dan satelit.	2.4.9.1. Melakukan Kerjasama/Kolaborasi dengan Subdit HIV	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota, Fasyankes Primer	2020-2024
2.4.10	Joint planning TB-HIV	2.4.10.1. Pertemuan dan Joint Planning	Pusat, Provinsi	2020-2024
2.4.11	Forum Koordinasi TB-HIV	2.4.11.1. Pertemuan Forum Koordinasi TB-HIV	Pusat, Provinsi	2020-2024
Intervensi 2.5. Menjamin pasien ko-infeksi DM-TB terdiagnosis dan diobati dengan OAT				
2.5.1.	Meningkatkan cakupan layanan tes TBC di seluruh fasilitas layanan DM secara bertahap dengan layanan DM-TB terintegrasi	2.5.1.1. Peningkatan kapasitas petugas DM terkait tuberkulosis	Fasyankes	2021-2022

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
2.5.2.	Mengembangkan dan mendiseminasikan panduan layanan DM-TB terintegrasi yang ramah pada pasien DM-TB	2.5.2.1. Penyusunan panduan layanan DM-TB terintegrasi	Pusat	2021
		2.5.2.2. Penggandaan dan distribusi panduan layanan DM-TB terintegrasi	Pusat	2021
2.5.3.	Meningkatkan keterampilan tenaga kesehatan untuk melaksanakan pemeriksaan TBC pada pasien DM.	2.5.3.1. Meningkatkan keterampilan tenaga kesehatan untuk melaksanakan pemeriksaan TB pada pasien DM.	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2022
2.5.4.	Mengembangkan strategi komunikasi konseling, informasi, dan edukasi mengenai DM-TB pada pasien dan keluarga pasien DM.	2.5.4.1. Pemuktahiran pedoman strategi komunikasi konseling, informasi dan edukasi mengenai DM-TB	Pusat	2021
2.5.5.	Meningkatkan kemampuan petugas kesehatan untuk melakukan KIE dan konseling untuk minum obat DM-OAT dan kepatuhan minum obat	2.5.5.1. Pelatihan petugas untuk melakukan KIE dan konseling untuk minum obat DM-OAT dan kepatuhan minum obat	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2022
2.5.6.	Meningkatkan kemampuan petugas kesehatan untuk melakukan contact tracing pasien DM-TB di fasyankes dan wilayah kerjanya.	2.5.6.1. Pemutakhiran pedoman contact tracing pasien DM-TB	Pusat	2021
		2.5.6.2. Pelatihan petugas untuk <i>contact tracing</i>	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
2.5.7.	Memperkuat akses Obat DM pada pasien DM-TB di semua kabupaten dengan advokasi ke Pemerintah Daerah agar menyediakan sarana prasarana bagi Fasyankes	2.5.7.1. Memperkuat akses Obat DM pada pasien DM-TB di semua kabupaten dengan advokasi ke Pemerintah Daerah agar	Pusat, Provinsi	2020-2021

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		menyediakan sarana prasarana bagi Fasyankes		
2.5.8.	Membentuk Pokja TB terintegrasi ko-infeksi dan komorbid di masing-masing daerah.	2.5.8.1. Melakukan koordinasi berkala antara program tuberkulosis dan program terintegrasi ko-infeksi dan komorbid untuk mengkaji hasil kegiatan	Pusat, Provinsi	2020-2024
2.5.9.	Memperkuat monitoring layanan DM-TB terintegrasi	2.5.9.1. Monitoring layanan DM-TB terintegrasi	Pusat, Provinsi	2021 dan 2023
Intervensi 2.6. Memperkuat kegiatan DPPM melalui ekspansi layanan DOTS dalam lingkup kegiatan pemerintah-swasta untuk meningkatkan akses layanan Tuberkulosis yang berkualitas				
2.6.1.	Meningkatkan keterlibatan dan menguatkan mekanisme jejaring antara seluruh fasilitas pelayanan kesehatan.	2.6.1.1. Melakukan koordinasi pengembangan tools/sistem rujukan dan notifikasi terduga TBC (sistem farmasi berbasis digital)	Pusat	2020-2021
		2.6.1.2. Melakukan workshop sosialisasi uji coba dan implementasi tools/sistem informasi rujukan dan notifikasi terduga TBC (sistem farmasi berbasis digital)	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2021
		2.6.1.3. Melakukan uji coba dan implementasi tools/sistem informasi rujukan dan notifikasi terduga TBC	Kabupaten/kota	2021
		2.6.1.4. Melakukan evaluasi uji coba dan implementasi tools/sistem informasi rujukan dan notifikasi terduga TB	Pusat, Provinsi	2022

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		2.6.1.5. Melakukan diseminasi dan ekspansi tools/sistem informasi rujukan dan notifikasi terduga TB	Kabupaten/kota	2023-2024
		2.6.1.6. Membuat SOP jejaring internal, baik jejaring layanan TB SO dan RO, dengan integrasi strategi DOTS dan melakukan koordinasi rutin di fasyankes	Provinsi, Kabupaten/kota	2021-2024
		2.6.1.7. Mengkaji regulasi dan membuat pemodelan akses diagnostik tuberkulosis pada fasyankes/ laboratorium swasta	Pusat	2020-2021
		2.6.1.8. TOT Lokakarya Implementasi PPM pada FKTP non PKM dan FKRTL	Pusat	2020-2024
		2.6.1.9. Lokakarya Implementasi PPM pada FKTP non PKM	Kabupaten/kota	2021-2024
		2.6.1.10. Lokakarya Implementasi PPM pada FKRTL	Kabupaten/kota	2021-2024
		2.6.1.11. Melakukan pertemuan koordinasi, perencanaan dan monitoring evaluasi penerapan PPM tingkat pusat	Pusat	2020-2024
		2.6.1.12. Melakukan supervisi monitoring dan evaluasi penerapan PPM, termasuk jejaring internal dan eksternal	Pusat, Provinsi	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		2.6.1.13. Melakukan pertemuan koordinasi, perencanaan dan monitoring evaluasi penerapan PPM, termasuk jejaring internal dan eksternal	Kabupaten/kota	2020-2024
		2.6.1.14. Merekrut Koordinator kegiatan PPM di tingkat kabupaten/kota dalam melakukan monitoring pelaksanaan PPM	Kabupaten/kota	2021-2024
		2.6.1.15. Melakukan review dan perbaikan panduan penerapan PPM berdasarkan <i>best practice</i> pada jejaring layanan TBC (TBC SO dan RO)	Pusat	2020-2021
		2.6.1.16. Melakukan pengadaan buku panduan penerapan PPM	Pusat	2020-2021
2.6.2.	Meningkatkan kualitas layanan TBC	2.6.2.1. Mensosialisasikan ISTC, PNPK TBC dan isu terkait TBC lainnya kepada seluruh organisasi profesi.	Pusat	2020-2024
		2.6.2.2. Mensosialisasikan layanan tuberkulosis menjadi salah satu elemen penilaian akreditasi FKTP dan FKRTL serta prasyarat penerbitan surat izin operasional klinik dan dokter praktik mandiri.	Pusat	2020-2022
		2.6.2.3. Melakukan pembinaan kepada Apotek/Farmasi/Toko	Kabupaten/Kota	2021-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		Obat/Pengobatan Tradisional		
2.6.3.	Menguatkan peran lintas program, lintas sektor dan komunitas dalam penerapan PPM	2.6.3.1. Melakukan koordinasi dengan organisasi profesi dan asosiasi institusi pelayanan kesehatan dalam hal layanan dan jejaring layanan TBC (sesuai wilayah prioritas)	Provinsi, Kabupaten/kota	2021-2024
		2.6.3.2. Melibatkan BPJS dalam melakukan monitoring dan evaluasi terhadap fasilitas pelayanan kesehatan	Pusat, Provinsi	2020-2021
		2.6.3.3. Mengadvokasi organisasi profesi supaya 1) seluruh anggota OP melaksanakan Tatalaksana TBC sesuai standar; 2) TBC menjadi topik seminar/kegiatan rutin OP; 3) TBC menjadi komponen utama dalam sertifikasi.	Pusat	2020-2022
		2.6.3.4. Mengadvokasi organisasi profesi untuk mendorong seluruh anggotanya melaksanakan Tatalaksana TBC sesuai standar dan membentuk KOPI TB di wilayahnya	Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2022
		2.6.3.5. Menyusun bahan/materi modul standar untuk sosialisasi, advokasi, dan peningkatan kapasitas implementasi PPM.	Pusat	2020-2021
		2.6.3.6. Mensosialisasikan pengetahuan	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		informasi dasar TBC melalui organisasi profesi		
		2.6.3.7. Lokakarya pembentukan Champion KOPI TB	Pusat	2021 dan 2023
2.6.4.	Melibatkan dan menguatkan peran asosiasi/perkumpulan RS (ARSSI/ARSADA/PERSI/AR SABAPI) dalam penanggulangan tuberkulosis	2.6.4.1. Melakukan workshop tentang Peran Rumah Sakit dalam penanggulangan TBC tingkat nasional	Pusat	2020-2021
		2.6.4.2. Melakukan workshop tentang Peran Rumah Sakit dalam penanggulangan TBC tingkat provinsi	Provinsi	2020-2021
2.6.5.	Menguatkan implementasi wajib notifikasi TBC	2.6.5.1. Menyusun regulasi pelaporan TBC (notifikasi wajib) yang disesuaikan dengan kondisi lokal maupun disertai dengan <i>reward/punishment</i> , misalnya pelaporan TBC sebagai prasyarat pengajuan DAK/Klaim BPJS/Kapitasi/SKP IDI).	Pusat	2020-2024
		2.6.5.2. Mendiseminasi-kan wajib notifikasi TBC kepada seluruh anggota OP, melalui <i>online course</i> (webinar), surat edaran, dsb	Pusat, Provinsi	2020-2024
		2.6.5.3. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan notifikasi	Kabupaten/kota, Fasyankes	2020-2024
		2.6.5.4. Melakukan koordinasi untuk integrasi sistem informasi tuberkulosis dengan P-care dan P-claim serta hubungan tatalaksana TBC dengan sistem	Pusat (1)	2021-2022

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		credentialing BPJS dan konsep <i>performance based</i> .		
		2.6.5.5. Lokakarya masif integrasi SIMRS – SITB	Pusat dan Provinsi	2021-2024
		2.6.5.6. Pembuatan video tutorial integrasi SIMRS-SITB	Pusat	2021
		2.6.5.7. Mengevaluasi penggunaan WIFI TB dan SIM RS di fasyankes termasuk swasta	Pusat, Provinsi Kabupaten/Kota	2021-2022
		2.6.5.8. Mengembangkan sistem pencatatan dan pelaporan untuk faskes primer swasta	Pusat	2020-2021
		2.6.5.9. Mendiseminasi-kan sistem pencatatan dan pelaporan untuk faskes primer swasta	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2021-2024
		2.6.5.10. Merekrut IT khusus pengembangan dan pemantauan sistem pencatatan dan pelaporan faskes primer swasta	Pusat	2021-2024
2.6.6.	Menguatkan kolaborasi DPPM melalui skema pembiayaan kesehatan	2.6.6.1. Menyusun MoU dengan BPJS Kesehatan dan PPJK terkait pelayanan dan sistem rujukan TBC	Pusat	2020-2021
		2.6.6.2. Melakukan sosialisasi uji coba skema belanja strategis pelayanan tuberculosis	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2021
		2.6.6.3. Melakukan uji coba skema belanja strategis pelayanan tuberculosis (kegiatan pemantauan dan evaluasi)	Kabupaten/kota	2020-2021
		2.6.6.4. Pertemuan koordinasi dan evaluasi	Pusat	2020-2021

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		skema belanja strategis pelayanan tuberkulosis tingkat pusat		
Intervensi 2.7. Optimalisasi deteksi dini, tatalaksana, dan pengobatan TBC anak di fasyankes				
2.7.1.	Mengatasi masalah <i>under-reporting</i> kasus tuberkulosis pada anak di bawah 5 tahun dari sektor swasta dengan memperkuat peran dari organisasi profesi dalam menemukan dan melaporkan kasus TBC pada anak ke Program Tuberkulosis Nasional	2.7.1.1. Workshop tatalaksana dan manajemen TBC pada anak untuk anggota KOPI TB	Pusat, Provinsi	2020-2024
		2.7.1.2. Pertemuan koordinasi <i>childhood TB champion</i>	Pusat	2021, 2023
2.7.2.	Mengatasi masalah under-diagnosis TBC anak di fasilitas layanan kesehatan primer, khususnya puskesmas, dengan meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan di puskesmas untuk mampu menegakkan diagnosis TBC anak	2.7.2.1. Pertemuan revisi juknis TBC anak	Pusat	2020
		2.7.2.2. Penggandaan dan distribusi juknis TBC anak	Pusat	2020-2021
		2.7.2.3. Penyusunan modul/bahan workshop tatalaksana dan manajemen TBC anak di FKTP	Pusat	2020, 2022
		2.7.2.4. Workshop tatalaksana dan manajemen TBC anak untuk FKTP (Termasuk keterampilan untuk melakukan induksi sputum)	Pusat, Kabupaten/kota	2021-2024
2.7.3.	Mengatasi masalah under-diagnosis TBC anak di FKTP, khususnya puskesmas dengan memanfaatkan sistem akreditasi puskesmas dengan memasukkan aspek pencatatan dan pelaporan TBC anak sebagai salah satu	2.7.3.1. Pertemuan penyusunan tools penilaian TBC anak untuk akreditasi puskesmas	Pusat	2020

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
	kegiatan yang akan dievaluasi.			
2.7.4.	Mengatasi masalah under-diagnosis TBC anak di fasilitas layanan kesehatan primer, khususnya puskesmas dengan meningkatkan penemuan kasus TBC anak melalui skrining dan kolaborasi dengan layanan lainnya (misalnya MTBS, stunting, dsb.)	2.7.4.1. Pertemuan koordinasi TB Anak dengan direktorat Kesga, Gizi, dan lainnya.	Pusat	2020-2024.
		2.7.4.2. Skrining TBC anak terintegrasi dengan pelayanan MTBS, SDIDTK, Posyandu, dan UKS	Kabupaten/kota	2020-2024
2.7.5.	Mengatasi masalah under-diagnosis TBC anak di fasilitas layanan kesehatan primer, khususnya puskesmas dengan memastikan kualitas tatalaksanak TBC anak	2.7.5.1. Supervisi TBC anak	Provinsi	2020-2024
		2.7.5.2. Penyediaan logistic OAT TBC anak.	Pusat	2020-2024
		2.7.5.3. Pembentukan logistic diagnostic penunjang TBC anak	Pusat	2020-2024
2.7.6.	Meningkatkan pelibatan komunitas dan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang tuberkulosis pada anak dengan memperkuat dan memanfaatkan pendekatan kontak investigasi untuk menemukan lebih banyak kasus TBC anak dan memasukkan penatalaksanaan TPT sebagai satu paket	2.7.6.1. Memberikan gimmick bagi terduga TBC anak yang datang ke puskesmas untuk berkunjung.	Kabupaten/kota	2020-2024
2.7.7.	Meningkatkan pelibatan komunitas dan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang tuberkulosis pada anak	2.7.7.1. Pertemuan koodinasi dengan unit Kesga dan Kementerian Pendidikan untuk memasukkan informasi terkait TBC Anak dalam modul Dokter Kecil (Dokcil)	Pusat	2020-2021

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		2.7.7.2. Pembentukan TB Champion untuk Dokcil.	Kabupaten/kota	2022-2024
2.7.8.	Meningkatkan layanan TBC RO pada anak dengan menyediakan obat TB RO dengan sediaan yang ramah untuk anak	2.7.8.1. Pengadaan obat TB RO anak	Pusat	2021-2024
2.7.9.	Meningkatkan layanan tuberkulosis resisten obat pada anak dengan meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan untuk mampu menegakkan diagnosis dan tatalaksana TBC RO.	2.7.9.1. Finalisasi Panduan Tatalaksana TBC RO anak	Pusat	2020
		2.7.9.2. Workshop TB RO Anak	Pusat	2020
2.7. 10	Meningkatkan layanan TBC RO pada anak dengan memastikan tersedianya dukungan psikososial untuk TB RO pada anak.	2.7.10.1. Pertemuan koordinasi dengan Kemendiknas, Kemensos, dan pemangku kepentingan lainnya untuk dukungan psikosoial.	Pusat, Provinsi	2020-2021
		2.7.10.2. Menyusun modul/materi komunikasi efektif dan dukungan psikososial untuk TB RO anak	Pusat	2021
		2.7.10.3. Melatih konselor untuk peningkatan kapasitas dalam pengambing TB RO (anak dan dewasa)	Pusat, Provinsi	2021-2022

5.1.3. Operasionalisasi Strategi 3. Optimalisasi upaya promosi dan pencegahan, pemberian pengobatan pencegahan tuberkulosis dan pengendalian infeksi

No.	Kegiatan	Sub-kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu
3.1. Mengoptimalkan pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT)				
3.1.1.	Penguatan upaya manajerial untuk pemberian TPT	3.1.1.1. Advokasi kepada tenaga medis untuk memberikan TPT	Pusat, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/kota, KOPI TB	2020-2021
		3.1.1.2. Penyusunan Juknis Penanganan Infeksi Laten Tuberkulosis (ILTb)	Pusat	2020
		3.1.1.3. Penggandaan dan distribusi Juknis Penanganan ILTB	Pusat	2020-2021
		3.1.1.4. Diseminasi Juknis Penanganan ILTB	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		3.1.1.5. Penyusunan SOP penanganan ILTB di fasyankes	Fasyankes FKTP dan FKRTL	2020-2021
3.1.2.	Peningkatan daya dukung Terapi Pencegahan Tuberkulosis	3.1.2.1. Melakukan pemetaan kesiapan sumber daya manusia, sarana dan prasarana di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah maupun swasta yang dapat menangani ILTB	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2021
		3.1.2.2. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam penanganan ILTB, pemberian informasi (KIE), termasuk perencanaan dan pengelolaan logistik ILTB	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		3.1.2.3. Penyediaan alat dan metode skrining ILTB pada seluruh populasi sasaran penanganan ILTB (kontak serumah, ODHA, imunokompromais dan populasi di tempat	Pusat (Kemenkes), Kemensos, Kemenag, Pemda, Kemenkumham (Ditjenpas, Ditjen Imigrasi), Kemenaker.	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu
		berisiko seperti lapas/rutan, pesantren, pertambangan, pabrik)		
		3.1.2.4. Pengadaan logistik obat TPT termasuk paduan jangka pendek (3HR, 3HP atau 1HP, 4R)	Pusat	2020-2024
		3.1.2.5. Pengadaan logistik diagnostik penunjang TPT	Pusat	2020-2024
3.1.3.	Memperluas cakupan layanan ILTB pada populasi selain kontak serumah dan ODHA dan pasien imunokompromais, yaitu pada populasi berisiko lainnya di lapas/rutan, tempat kerja, pondok pesantren	3.1.3.1. Pelaksanaan Investigasi Kontak (IK) terintegrasi dengan penanganan ILTB menyesuaikan dengan perluasan sasaran populasi.	Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, FKTP, FKRTL	2020-2024
		3.1.3.2. Skrining terintegrasi (tidak terpisah dengan alur penemuan kasus) dan pengobatan ILTB pada tahanan dan narapidana di UPT Perumahan Masyarakat (lapas/rutan), populasi pekerja (workplace), dan populasi pondok pesantren, asrama, TNI/Polri	Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota	2020-2024
		3.1.3.3. Pengobatan ILTB pada pasien imunokompromais (gizi buruk, TNF-alpha, KS jangka panjang, kemoterapi)	Fasyankes FKTP dan FKRTL	2020-2024
3.1.4.	Meningkatkan strategi promosi pencegahan yang efektif untuk ILTB	3.1.4.1. Penguatan strategi KIE terkait penanganan ILTB di setiap lapisan masyarakat dengan menggunakan cara-cara termutakhir: Menyediakan media KIE petugas	Pusat, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu
		kesehatan dan masyarakat Publikasi KIE melalui media cetak, media elektronik, dan media sosial		
		3.1.4.2. Sosialisasi ILTB dan TPT kepada masyarakat, antara lain melalui kampanye massal	Pusat, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, FKTP, FKRTL, Mitra	2020-2024
Intervensi 3.2. Melakukan upaya Pencegahan dan Pengendalian infeksi Tuberkulosis (PPI TBC)				
3.2.1.	Penguatan upaya manajerial untuk pencegahan infeksi tuberkulosis	3.2.1.1. Penyusunan Revisi Pedoman PPI TBC tahun 2012	Pusat	2020-2021
		3.2.1.2. Pertemuan Sosialisasi Revisi Pedoman PPI TBC	Pusat, Dinkes Prov, Dinkes Kab/Kota	2021-2024
		3.2.1.3. Pertemuan koordinasi dengan Yankes untuk melaksanakan monitoring pelaksanaan PPI TBC	Pusat, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, Fasyankes (Puskesmas, KOPI TB)	2021-2022
		3.2.1.4. Advokasi lintas sektoral terkait PPI tuberkulosis	Pusat, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/kota	2020-2022
3.2.2.	Penguatan kapasitas petugas kesehatan tentang PPI TBC di fasyankes	3.2.2.1. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan tentang PPI TBC di fasyankes	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2022
3.2.3.	Skrining TBC secara berkala pada populasi berisiko	3.2.3.1. Skrining TBC dan TBC RO secara berkala pada petugas kesehatan	Fasyankes FKTP pemerintah dan swasta; FKRTL pemerintah dan swasta	2020-2024
		3.2.3.2. Skrining tuberkulosis, termasuk TBC RO secara berkala pada pekerja pabrik. <i>Catatan: Dalam pelaksanaannya, perlu</i>	Pusat, Kemenaker; Pemilik Pabrik bekerja sama dengan fasyankes (Puskesmas),	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu
		<i>membuat definisi operasional pabrik, prioritas perlindungan untuk pekerja, pembiayaan, dan logistik.</i>		
		3.2.3.3. Skrining TBC & TBC RO secara berkala pada petugas UPT PAS narapidana, tahanan, dan anak	Pusat, Dirjen Lapas – Kemenkumham	2020-2024
		3.2.3.4. Skrining TBC & TBC RO secara berkala pada penghuni asrama, terutama Pesantren.	Pusat, Kemenag, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, Mitra	2020-2024
3.2.4.	Melakukan upaya promosi dan pencegahan melalui edukasi tentang TBC kepada masyarakat	3.2.4.1. Penguatan strategi KIE terkait pencegahan TBC di setiap lapisan masyarakat dengan menggunakan cara-cara termutakhir sesuai perkembangan zaman.	Pusat; Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, Lintas sektor	Saat pelaksanaan riset khusus, contoh: Riskesdas
3.2.5.	Memperkuat upaya perlindungan diri dalam kerangka PPI TBC	3.2.5.1. Memastikan ketersediaan APD untuk PPI TBC di setiap fasyankes	Pusat	2020-2024
3.2.6.	Memperkuat upaya administrasi PPI TBC	3.2.6.1. Memastikan SOP dan alur pencegahan TBC di fasyankes dilakukan dengan tepat.	FKTP, FKRTL	2020-2024
		3.2.6.2. Melaksanakan program TemPO berjalan baik di seluruh fasyankes	FKTP	2020-2024
3.2.7.	Memperkuat upaya lingkungan yang sehat untuk PPI TBC	3.2.7.1. Memastikan perbaikan lingkungan yang mendukung PPI (tempat hunian, lapas, rutan, asrama, tempat kerja)	Pusat berkolaborasi lintas sektoral dengan Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan, Kementerian PUPR, Kemenkumham, Kemenag.	2021-2024

5.1.4. Operasionalisasi Strategi 4. Pemanfaatan hasil riset dan teknologi skrining, diagnosis, dan tatalaksana Tuberkulosis

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
Intervensi 4.1. Memanfaatkan teknologi digital untuk mendukung implementasi Program Penanggulangan Tuberkulosis Nasional				
4.1.1.	Simplifikasi dan digitalisasi sistem pencatatan dan pelaporan TBC.	4.1.1.1. Pengembangan SITB versi mobile	Pusat	2021-2022
4.1.2.	Pelaksanaan Evaluasi Pengetahuan Sikap Perilaku mengenai pencarian pengobatan TBC dan hambatanannya	4.1.2.1. Pelaksanaan Evaluasi Pengetahuan Sikap Perilaku mengenai pencarian pengobatan TBC dan hambatanannya	Pusat	2021-2022
Intervensi 4.2. Mengembangkan mekanisme untuk mengarahkan agar penelitian Tuberkulosis sejalan dengan agenda penelitian Tuberkulosis dan bermanfaat bagi Program Tuberkulosis Nasional				
4.2.1.	Membentuk kelompok kerja peneliti TBC yang berasal dari perguruan tinggi dan lembaga penelitian yang seminat untuk melakukan riset TBC dengan berkoordinasi dengan Badan Litbang Kemenkes	4.2.1.1. Melakukan pertemuan advokasi dengan Ka Lemlit dan P2P untuk pengesahan SK kelompok kerja penelitian TBC yang terdiri dari perguruan tinggi, lembaga penelitian dan <i>Civil Society Organization</i> (CSO)	Pusat, Provinsi	2020
		4.2.1.2 Inventarisasi penelitian di bidang TBC yang mendukung program	Pusat, Provinsi	2021
4.2.2.	Melaksanakan pertemuan jejaring peneliti TBC minimal satu kali dalam satu tahun	4.2.2.1. Menyelenggarakan seminar nasional dan internasional minimal 1 kali/tahun	Pusat, Provinsi	Setiap tahun
4.2.3.	Membentuk jejaring komunikasi antar peneliti TBC	4.2.3.1. Pertemuan pembentukan sekretariat jejaring penelitian TB (JETSET)	Pusat, Provinsi	2020 (3 kali pertemuan dalam setahun)
		4.2.3.2. Membuat website jejaring penelitian TBC	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020
4.2.4.	Menyusun agenda riset TBC dengan anggota jejaring dan pengambil	4.2.4.1. Mengadakan pertemuan penyusunan agenda riset TBC per	Pusat, Provinsi	2020 (3x pertemuan dalam

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
	kebijakan	tahun, per 5 tahun, per 10 tahun		setahun)
		4.2.4.2. Pelaksanaan Survei Prevalensi TBC Nasional (Insiden/Kasus Baru)	Pusat, Provinsi	2022-2023
		4.2.4.3. Pelaksanaan Survei Resistansi Obat	Pusat, Provinsi	2022-2023
4.2.5.	Mempromosikan keterbukaan penggunaan data program dan riset sesuai regulasi yang berlaku	4.2.5.1. Melakukan koordinasi dengan institusi yang melakukan riset-riset skala nasional	Pusat	Setiap survei skala nasional
Intervensi 4.3. Melakukan advokasi atau mobilisasi pendanaan untuk riset dan inovasi di bidang tuberkulosis dari berbagai institusi di dalam dan luar negeri				
4.3.1.	Sosialisasi agenda riset TB kepada jejaring peneliti dan donor/ penyandang dana	4.3.1.1. Melakukan pertemuan sosialisasi agenda riset TBC kepada jejaring peneliti dan donor/penyandang dana	Pusat, Provinsi	Satu kali setahun
Intervensi 4.4. Mendukung penelitian dan pengembangan inovasi untuk tatalaksana dan penanggulangan Tuberkulosis				
4.4.1.	Mereview riset TB yang layak digunakan sebagai bahan advokasi untuk perbaikan program eliminasi TBC	4.4.1.1. Melakukan pertemuan review proposal penelitian yang layak untuk advokasi perbaikan program	Pusat, Provinsi	2 kali/tahun
4.4.2.	Memfasilitasi peneliti dan pemegang kebijakan dalam perumusan kebijakan program berdasarkan hasil riset	4.4.2.1. Melakukan pertemuan penyusunan kebijakan terkait hasil penelitian (<i>policy brief</i>)	Pusat, Provinsi	2 kali/tahun
4.4.3.	Mendorong pemanfaatan hasil riset dalam evaluasi dan perbaikan kinerja program	4.4.3.1. Melakukan pertemuan sosialisasi hasil penelitian TBC dari masing-masing institusi pelaksana penelitian kepada program	Nasional	Setiap tahun
4.4.4.	Mendorong penyelenggaraan seminar nasional TBC setiap tahun sebagai wadah para peneliti TBC untuk mempresentasikan hasil penelitiannya	4.4.4.1. Menyelenggarakan seminar nasional TB 1 kali/tahun dan internasional 1 kali/tahun	Pusat	Setiap tahun

No.	Kegiatan	Sub-Kegiatan	Tingkat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
4.4.5.	Mendorong peneliti mempresentasikan hasil riset TBC di pertemuan ilmiah nasional atau internasional	4.4.5.1. Memfasilitasi peneliti TBC untuk mempresentasikan hasil risetnya di pertemuan ilmiah nasional dan internasional	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	Setiap tahun
4.4.6	Mendorong kegiatan publikasi hasil riset TBC pada kegiatan ilmiah, jurnal bereputasi nasional dan internasional	4.4.6.1. Memfasilitasi proses penyusunan publikasi internasional, seperti <i>capacity building</i> dan pendanaan	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	Setiap tahun
4.4.7.	Mengembangkan mekanisme adaptasi alat diagnosis, vaksin dan obat/regimen baru	4.4.7.1. Melakukan penelitian uji coba terkait penggunaan alat diagnosis baru, vaksin baru dan obat/regimen baru yang akan digunakan oleh program	Pusat	2020-2024
		4.4.7.2. Melaksanakan OR terkait topik finding missing cases, TB Preventive treatment, TB pada Anak dan remaja, DR TB (<i>low enrolment</i>), TB DM, dan lain-lain.	Pusat	2020-2024

5.1.5. Operasionalisasi Strategi 5. Peningkatan peran serta komunitas, mitra dan multisektor lainnya dalam eliminasi Tuberkulosis

No	Kegiatan	Sub Kegiatan	Tempat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
Intervensi 5.1 Meningkatkan upaya pemberdayaan masyarakat melalui intensifikasi komunikasi, informasi, dan edukasi kepada masyarakat terutama untuk pencegahan Tuberkulosis				
5.1.1	Meningkatkan upaya komunikasi, informasi dan edukasi	5.1.1.1. Mengembangkan strategi promosi TBC termasuk TB-RO, TB-HIV, TB Anak, TPT TB untuk pasien dan keluarganya	Pusat	2020
		5.1.1.2. Memproduksi dan mendistribusikan KIE TB termasuk TB-RO, TB-HIV, TB Anak, TPT TB (Leaflet, lembar balik, poster,	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024

No	Kegiatan	Sub Kegiatan	Tempat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		banner, buku saku pasien, buku saku kader dll)		
		5.1.1.3. Melakukan kampanye melalui kegiatan kemasyarakatan, melalui berbagai saluran media (televisi, radio, medsos) dan aplikasi kesehatan	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
		5.1.1.4. Meningkatkan kapasitas kader, LSM, toma, toga, komunitas, pekerja sosial, mantan pasien untuk melakukan komunikasi dan edukasi TBC	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
		5.1.1.5. Integrasi media KIE TBC ke dalam media KIE lintas program di Kemenkes	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
		5.1.1.6. Meningkatkan pengetahuan masyarakat dan pemangku kepentingan/kebijakan terkait pencegahan dan pengendalian penyakit TBC melalui mobilisasi masyarakat pada peringatan Hari TB Sedunia dan Hari Kesehatan Nasional (HKN)	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		5.1.1.7. Peringatan Hari Tuberkulosis Sedunia dan Hari Kesehatan Nasional	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
5.1.2	Melibatkan dan memberdayakan masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian TBC	5.1.2.1. Membentuk satgas TBC yang dikoordinatori Walkot/Bupati, melibatkan Tomas, Toga, Kades, Peksos, Kader, karang taruna dll	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
		5.1.2.2. Meningkatkan kapasitas mantan pasien	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024

No	Kegiatan	Sub Kegiatan	Tempat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		sebagai pendidik sebaya untuk pendampingan pasien TBC RO		
		5.1.2.3. Membentuk KMP (Kelompok masyarakat peduli TBC dan HIV)	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
		5.1.2.4. Melibatkan kader, kelompok mantan pasien TBC, pekerja sosial dalam investigasi kontak dan pendampingan minum obat	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	2020-2024
		5.1.2.5. Melakukan koordinasi antara fasyankes, perangkat kecamatan dan Dinkes Kab/kota dengan komunitas (melibatkan kader) untuk sosialisasi strategi penemuan kasus baru.	Kabupaten/kota	2020-2024
		5.1.2.6. Monitoring dan evaluasi kader, puskesmas, dan dinas kesehatan	Kabupaten/kota	2020-2024
		5.1.2.7. Meningkatkan kapasitas keluarga terdekat sebagai PMO	Kabupaten/kota	2020-2024
		5.1.2.8. Meningkatkan kapasitas dan mentoring organisasi peduli TB/Kelompok Masyarakat Peduli TB (KMP TB)	Kabupaten/kota	2020-2024
Intervensi 5.2 Melakukan koordinasi dengan Kementerian/Lembaga dan Mitra terkait termasuk Pemerintah Daerah (Provinsi, Kabupaten/Kota)				
5.2.1.	Melakukan koordinasi di tingkat kementerian (Kemensos, Kemenag, Kemendes, Kemenhumham,	5.2.1.1. Melakukan koordinasi dengan kementerian terkait untuk penanggulangan TBC di tempat khusus (asrama,	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024

No	Kegiatan	Sub Kegiatan	Tempat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
	Kemendikbud, Kemenaker, BPJS)	pesantren, panti sosial, penampungan imigran dll)		
		5.2.1.2. Kolaborasi dan koordinasi dengan Kemensos dan jajarannya untuk <i>enabler</i> masyarakat/pasien TBC untuk akses layanan TBC (transportasi, rumah singgah, nutrisi dll) melalui PKH	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		5.2.1.3. Melakukan koordinasi dengan Kemenkumham dan jajarannya untuk layanan TBC bagi narapidana, tahanan dan anak (masuk dalam agenda tkt nasional)	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		5.2.1.4. Kerjasama dengan Kemenkumham untuk penetapan regulasi wajib pengobatan bagi orang yang sudah terdiagnosa TB-RO	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		5.2.1.5. Kolaborasi dan Koordinasi Kemenag dan Kemenkes jangka waktu Pemeriksaan TBC pada Jamaah Haji dilakukan 3 bulan sebelum keberangkatan	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		5.2.1.6. Memperkuat kualitas SDM melalui pelatihan terakreditasi PPSDM Kemenkes dan jajarannya	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		5.2.1.7. Kolaborasi dan koordinasi dengan Kemenaker untuk pencegahan dan pengendalian TBC di antara TKI dan TKA	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024

No	Kegiatan	Sub Kegiatan	Tempat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		5.2.1.8. Melakukan koordinasi dengan Kementerian/Lembaga terkait untuk paket penanggulangan TBC di tempat kerja	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		5.2.1.9. Peningkatan kapasitas organisasi termasuk kepemimpinan, manajemen keuangan, perencanaan, manajemen program, dan monitoring dan evaluasi	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
5.2.2.	Melakukan kerjasama dengan BAZNAS, lembaga filantropi, dan CSR Perusahaan	5.2.2.1. Penyusunan kesepakatan dengan lembaga filantropi, BAZNAS, dan CSR perusahaan untuk pencegahan dan pengendalian tuberkulosis.	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
5.2.3.	Memperkuat komitmen lintas program dan lintas kementerian/lembaga dalam upaya pencegahan dan pengendalian Tuberkulosis	5.2.3.1 Menyusun rencana kerja pelibatan lintas sektor dan lintas kementerian/lembaga dalam upaya pencegahan dan pengendalian Tuberkulosis di semua tingkat.	Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		5.2.3.2. Sosialisasi mengenai pelibatan lintas sektor dan lintas kementerian/lembaga dalam upaya pencegahan dan pengendalian Tuberkulosis di semua tingkat.	Provinsi, Kabupaten/kota	2020
		5.2.3.3. Melibatkan lintas sektor dan lintas kementerian/lembaga untuk monitoring dan evaluasi upaya pencegahan dan	Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024

No	Kegiatan	Sub Kegiatan	Tempat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		pengendalian Tuberkulosis di semua tingkat.		
		5.2.3.4. Melakukan pertemuan Pleno Komli TB	Pusat	2 kali/tahun
		5.2.3.5. Melakukan pertemuan Bidang-bidang Komli TB (Bidang 1-6)	Pusat	3 kali/tahun
Intervensi 5.3. Memperbaiki mekanisme pemberian umpan balik masyarakat terhadap kualitas layanan tuberkulosis di fasyankes				
5.3.1.	Mendukung upaya program tuberkulosis nasional dalam mengidentifikasi dan mengatasi tantangan mutu pelayanan dengan memberikan umpan balik masyarakat terhadap kualitas layanan tuberkulosis di fasyankes	5.3.1.1. Pelatihan kelompok masyarakat tentang penilaian mutu layanan	27 Kab/kota (Komunitas)	2020-2024
		5.3.1.2. Pertemuan untuk mengkaji instrumen mutu CBMF	Pusat	2 kali/tahun 2020-2024
		5.3.1.3. Membuat pedoman CBMF	Pusat	3 kali/tahun 2020-2024
		5.3.1.4. Mengenalkan mekanisme CBMF di semua jenjang	Pusat, Provinsi, Kab/Kota	1 kali/tahun 2020-2024
		5.3.1.5. Evaluasi implementasi CBMF oleh organisasi berbasis masyarakat menggunakan perangkat standar	Pusat, 16 provinsi	1 kali/tahun 2020-2024
		5.3.1.6. Pertemuan koordinasi CBMF di tingkat kabupaten/kota (kelompok kerja, komunitas, pemberi layanan kesehatan)	Pusat, 23 kab/kota	Per 3 bulan selama periode 2020-2024
		5.3.1.7. Evaluasi CBMF	Pusat, 23 kab/kota	2020-2024
5.3.2.	Menyediakan data tentang hambatan akses layanan	5.3.2.1. Ekspansi perangkat OneImpact	Pusat, 23 kab/kota	2020-2024

No	Kegiatan	Sub Kegiatan	Tempat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
	tuberkulosis yang akan digunakan oleh pemangku kepentingan di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota sebagai bukti untuk mengidentifikasi solusi alternatif.	5.3.2.2. Membuat dan menjalankan sistem M&E CBMF termasuk pelaporannya	Pusat, 23 kab/kota	2020-2024
		5.3.2.3. Pertemuan kajian pemanfaatan dan efektivitas CBMF setiap tiga bulan	Pusat, 23 kab/kota	Per 3 bulan 2020-2024
Intervensi 5.4. Menjamin mekanisme umpan balik kepada masyarakat untuk merespon umpan balik dari masyarakat terdampak tuberkulosis				
5.4.1.	Memperkuat respon terhadap pelayanan kesehatan dan masyarakat untuk menghilangkan stigma dan diskriminasi di semua tingkat	5.4.1.1. Menyelenggarakan pertemuan dengan Puskesmas, rumah sakit, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, organisasi sosial kemasyarakatan dan masyarakat setempat untuk membuat standar atau memilih layanan tuberkulosis tertentu	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		5.4.1.2. Penilaian mutu layanan tuberkulosis secara berkala dengan Diskusi Kelompok Terarah dan penilaian mutu	Pusat, 23 kab/kota	Per 3 bulan 2020-2024
5.4.2.	Menciptakan lingkungan yang bersahabat bagi pasien untuk mencapai keberhasilan pengobatan	5.4.2.1. Mengembangkan persyaratan minimum untuk lingkungan yang ramah pengguna	Pusat	2020-2024
		5.4.2.2. Penyusunan Bahan KIE tentang Hak dan Kewajiban Pasien (PHKP/ <i>Patients' Rights and Responsibilities</i>)	Kabupaten/kota	2020-2024
		5.4.2.3. Memberdayakan pasien untuk mengetahui hak dan kewajibannya melalui lokakarya di tingkat komunitas	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		5.4.2.4. Mengkaji efektivitas pelayanan CBMF	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024

No	Kegiatan	Sub Kegiatan	Tempat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
Intervensi 5.5 Pengurangan stigma dan diskriminasi pada populasi risiko tinggi tuberkulosis dan populasi rentan				
5.5.1.	Kampaye/pendidikan kepada masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan tentang tuberkulosis, terutama di sekolah dan tempat kerja untuk menghapus stereotype	5.5.1.1. Pelatihan pada staf kesehatan tentang jender, hak asasi dan etika medis	Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		5.5.1.2. Literasi hukum ('tahu akan hakmu') tentang layanan hukum terkait tuberkulosis	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		5.5.1.3. Sensitisasi para pembuat kebijakan dan agen pemberdayaan masyarakat	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
5.5.2.	Memperkuat komunitas dan satgas TBC untuk menciptakan lingkungan tanpa stigma dan diskriminasi pada pasien TBC dan keluarga	5.5.2.1. Membentuk forum koordinasi untuk pengurangan stigma dan diskriminasi pada pasien TBC.	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		5.5.2.2. Satgas TBC memastikan penyelesaian terkait stigma dan disriminasi pada pasien TBC	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		5.5.2.3. Riset hambatan gender dan pemenuhan hak asasi untuk mendapatkan layanan tuberkulosis	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		5.5.2.4. Mapping dan review kebijakan tingkat nasional, provinsi dan kabupaten	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		5.5.2.5. Mengembangkan analisis situasi/penelitian terkait populasi khusus (rentan)	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		5.5.2.6. Peningkatan kapasitas terkait kampanye, advokasi, lobi, fundraising, dan manajemen program.	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024

No	Kegiatan	Sub Kegiatan	Tempat Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan
		5.5.2.7. Riset mengenai hambatan pelayanan TBC yang berkaitan dengan BPJS dan <i>workplace</i>	Kabupaten/kota	2020-2024
		5.5.2.8. Pengembangan materi modul (HAM, Gender, <i>Paralegal basic</i> dan <i>advanced</i>)	Komunitas/Mitra, 20 Kab/kota	2021
		5.5.2.9. Sensitisasi isu HAM dan Gender dalam konteks penanggulangan TBC bagi komunitas dan/atau CSO	Komunitas/Mitra, 20 Kab/kota	2021
		5.5.2.10. Pelatihan <i>basic</i> untuk paralegal komunitas dan/atau CSO	Komunitas/Mitra, 20 Kab/kota	2021, 2022
		5.5.2.11. Pelatihan <i>advance</i> untuk paralegal komunitas dan/atau CSO	Komunitas/Mitra, 20 Kab/kota	2022, 2023
		5.5.2.12. Penempatan pekerja bantuan hukum/paralegal di Lembaga Bantuan Hukum	Komunitas/Mitra, 20 Kab/kota	2023
		5.5.2.13. Pengembangan materi modul TB dan kebijakan kesehatan untuk LBH dan Satgas	Komunitas/Mitra Pusat	2021
		5.5.2.14. Lokakarya TB dan Kebijakan Kesehatan untuk LBH dan Satgas	Komunitas/Mitra, 20 Kab/kota	2021, 2022
		5.5.2.15. Pertemuan Nasional untuk Isu HAM dan Gender dalam Penanggulangan Tuberkulosis	Komunitas/Mitra Pusat	2021, 2023

5.1.6. Operasionalisasi Strategi 6. Penguatan manajemen program melalui penguatan sistem kesehatan

No.	Kegiatan	Sub-kegiatan	Tempat pelaksanaan	Waktu pelaksanaan
Intervensi 6.1. Meningkatkan keterampilan tenaga kesehatan dan pengelolaan sumber daya manusia (SDM) untuk melaksanakan tatalaksana kasus serta pengelolaan program Tuberkulosis				
6.1.1.	Melakukan Pelatihan Manajemen Program Penanggulangan TBC bagi pengelola tingkat pusat provinsi kabupaten/kota	6.1.1.1. Revisi Modul Pelatihan	Pusat	2020-2024
		6.1.1.2. Pembuatan Dokumen pelatihan	Pusat	2020-2024
		6.1.1.3. Pengajuan pengampunan pelatihan ke BBPK/Bapelkes	Pusat, Provinsi	2020-2024
		6.1.1.4. Pengajuan Akreditasi pelatihan ke PPSDMK	Pusat	2020-2024
		6.1.1.5. Membuat dokumen pelatihan	Pusat	2020-2021
		6.1.1.6. Melaksanakan pelatihan	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2021-2024
6.1.2.	Melakukan Pelatihan Tatalaksana kasus TB di Fasyankes terdiri: a. Laboratorium b. FKTP dan FKRTL c. Tenaga kesehatan yang melaksanakan KTIP d. Tenaga kesehatan Konseling TB RO	6.1.2.1. Melakukan Revisi Modul Pelatihan	Pusat	2020-2024
		6.1.2.2. Pembuatan dokumen pelatihan pengampunan ke BBPK/Bapelkes	Pusat dan Provinsi	2020-2024
		6.1.2.3. Pembuatan dokumen akreditasi ke PPSDM	Pusat	2020-2024
		6.1.2.4. Membuat dokumen pelatihan	Pusat	2020-2024
		6.1.2.5. Melaksanaakan pelatihan	Pusat, Provinsi	2020-2024
6.1.3.	Melakukan evaluasi pasca pelatihan	6.1.3.1. Supervisi pasca pelatihan (6 bulan)	Pusat, Provinsi	2020-2024
		6.1.3.2. Workshop pasca pelatihan	Pusat	2020-2024
6.1.4.	Pembekalan P2TB dengan:	6.1.4.1. Pelatihan untuk tenaga kesehatan Nusantara Sehat	Pusat	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-kegiatan	Tempat pelaksanaan	Waktu pelaksanaan
	a. kerja sama lintas program (Promkes, Kesga, Gizi, PTM, Yankes, dan lainnya)	6.1.4.2. Pelatihan PIS-PK	Pusat	2020-2024
		6.1.4.3. Pengembangan modul TB untuk Pendidikan FK, FKFKM, Poltekkes (ATLM, Perawat, Bidan)	Pusat	2020-2024
	b. lintas sektor dengan Ditjen Belmawa-Kemenristekdikti, NGO (LKNU, Aisyah, dan lainnya), dan Organisasi wanita.	6.1.4.4. Pelatihan kader kesehatan	Provinsi	2020-2024
		6.1.4.5. Pertemuan Terpadu Organisasi wanita (contoh: PKK, Persit, Bhayangkari, PIA Ardhy Garini, IWAPI) dalam P2TB	Pusat	2020-2024
6.1.5.	Melakukan Pelatihan Online P2TB melalaui latihan jarak jauh (LJJ) untuk dokter praktek mandiri	6.1.5.1. Melakukan revisi materi Online LJJ	Pusat	2020-2024
		6.1.5.2. Pengajuan Pengampunan Pelatihan ke Bapelkes/BBPK	Pusat	2020-2024
		6.1.5.3. Pengajuan akreditasi Pelatihan LJJ	Pusat	2020-2024
		6.1.5.4. Melaksanakan Pelatihan LJJ	Pusat	2020-2024
		6.1.5.5. Evaluasi Pasca pelatihan LJJ (6 bln)	Pusat	2020-2024
6.1.6.	Melakukan peningkatan kapasitas sumber daya tenaga kesehatan dengan pemanfaatan teknologi informasi (contohnya: webinar)	6.1.6.1. Menentukan materi dan narasumber	Pusat	2020-2024
		6.1.6.2. Melaksanakan webinar	Pusat	2020-2024
		6.1.6.3. Evaluasi pasca webinar	Pusat	2020-2024
6.1.7.	Pelatihan bagi Pelatih P2TB di FKTP, FKRTL, Laboratorium, KTIP serta Pelatihan Manajemen P2TB bagi pengelola di pusat, provinsi,	6.1.7.1. Revisi Modul Pelatihan	Pusat	2020-2024
		6.1.7.2. Pembuatan Dokumen pelatihan	Pusat	2020-2024
		6.1.7.3. Pengajuan Pengampunan pelatihan ke BBPK/Bapelkes	Pusat	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-kegiatan	Tempat pelaksanaan	Waktu pelaksanaan
	kabupaten/kota, serta Kader TB	6.1.7.4. Pengajuan Akreditasi pelatihan ke PPSDMK	Pusat	2020-2024
		6.1.7.5. Membuat dokumen pelatihan	Pusat	2020-2024
		6.1.7.6. Melaksanakan pelatihan	Pusat	2020-2024
6.1.8.	Mendorong pemantauan kinerja tenaga kesehatan melalui online assessment	6.1.8.1. Pertemuan pembuatan sistem <i>online assessment</i>	Pusat	2020
		6.1.8.2. Pelaksanaan <i>online assessment</i>	Pusat	2021-2024
		6.1.8.3. Evaluasi <i>online assessment</i>	Pusat	2021-2024
6.1.9.	Menyiasati persoalan turn around staf yang tinggi dengan peraturan resmi dari kementerian/lembaga terkait	6.1.9.1. Rapat koordinasi dengan Kemendagri, Kemenpan RB, dan BPPSDM, BKN	Pusat	2020
6.1.10.	Mendorong pelatihan petugas TB dengan menggunakan dana APBD	6.1.10.1. Membuat surat edaran dari Dirjen P2P tentang RAD	Pusat	2020-2024
6.1.11.	Pengelolaan Sumber Daya Manusia untuk tuberkulosis	6.1.11.1. Honor/insentif SDM Kesehatan pada Program TBC di Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/kota	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	12 bulan
Intervensi 6.2. Penguatan surveilans TBC melalui pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi				
6.2.1.	Mengembangkan Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB) untuk notifikasi dan pengobatan kasus TB yang dapat berhubungan dengan sistem informasi lainnya di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta ataupun	6.2.1.1. Mengembangkan dan memelihara aplikasi seluler Wajib Notifikasi Tuberkulosis (WIFI TB) untuk dokter praktik swasta dan klinik yang terhubung dengan SITB	Pusat	2020- 2024
		6.2.1.2. Mengembangkan dan memelihara sistem informasi penunjang program TB yaitu: eTB-12,	Pusat	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-kegiatan	Tempat pelaksanaan	Waktu pelaksanaan
	sistem informasi yang ada di program kesehatan lain, antara lain: SIM-RS, SIKDA/SIP, PCare, SIHA, SDP, WIFI TB)	TB-14, dan logistik yang terhubung dengan SITB		
		6.2.1.3. MoU dengan Kemendagri untuk mengakses data NIK sebagai pemanfaatan NIK sebagai kode unik/pemindai <i>barcode</i> sebagai satu <i>single entry</i> di fasilitas pelayanan kesehatan	Pusat	2021
		6.2.1.4. Melakukan kerjasama dengan Jaringan RS swasta (<i>big chain hospital</i>) untuk menghubungkan data notifikasi dan pengobatan TB di SIM-RS ke dalam SITB	Pusat	2020-2021
		6.2.1.5 Melakukan kerja sama dengan Badan POM untuk integrasi data ESO tuberkulosis pada SITB dan aplikasi e-meso.pom.go.id.	Pusat	2020-2024
		6.2.1.6. Ekspansi integrasi SITB dengan aplikasi lainnya	Pusat, Kabupaten/kota	2021
		6.2.1.7. Pemutakhiran Juknis Surveilans	Pusat	2020-2021
		6.2.1.8. Pemutakhiran Juknis Surveilans	Provinsi, Kabupaten/kota	2021-2022
6.2.2	Investasi penyediaan sarana, prasarana, dan sumber daya manusia	6.2.2.1. Membuat MoU dengan Pusdatin dan Kemkominfo untuk pengadaan infrastruktur dan tenaga IT	Pusat	2020-2021
		6.2.2.2. Melatih tenaga kesehatan yang mengoperasikan SITB dan sistem informasi yang mendukung penunjang program TBC melalui workshop atau on the job training.	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		6.2.2.3. Membuat divisi teknologi informasi di Subdit	Pusat	2020

No.	Kegiatan	Sub-kegiatan	Tempat pelaksanaan	Waktu pelaksanaan
		TB untuk pemeliharaan SITB termasuk sebagai operator/pusat panggilan		
		6.2.2.4. Pengadaan server fisik untuk Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB)	Pusat	2021-2022
		6.2.2.5. Pengadaan mesin scan KTP elektronik	Pusat	2021-2022
6.2.3.	Penilaian kualitas data TBC	6.2.3.1. Supervisi kualitas data yang dilakukan secara berjenjang	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	1 kali/tahun 2020-2024
		6.2.3.2. Validasi internal melalui pengecekan kelengkapan dan keakuratan data yang ada di SITB	Pusat	3 kali/tahun 2020-2024
		6.2.3.3. Memonitor notifikasi dan pengobatan kasus TBC melalui SITB	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		6.2.3.4. Pelatihan data analisis, mentoring, dan supervise kepada pengelola program TB, DO, dan TO di semua tingkatan (Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota)	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2021-2024
		6.2.3.5. Pelaksanaan program review	Pusat	2023
		6.2.3.6. Pelaksanaan Review Epidemiologi TBC di Indonesia	Pusat	2022
		6.2.3.7. Fasilitasi kegiatan kemitraan di daerah	Pusat	2020-2024
6.2.4.	Diseminasi capaian program penanggulangan Tuberkulosis dengan data yang dapat diakses dan dipublikasikan kepada khalayak umum	6.2.4.1. Pengembangan aplikasi dashboard untuk visualisasi data TBC	Pusat	2021
		6.2.4.2. Membuat kesepakatan dengan Pusdatin tentang data/informasi yang dibutuhkan untuk Aplikasi Data Kesehatan (ASDK/DHIS2)	Pusat	2 kali di tahun 2020

No.	Kegiatan	Sub-kegiatan	Tempat pelaksanaan	Waktu pelaksanaan
		6.2.4.3. Pembuatan Profil Program Tuberkulosis Nasional tahunan	Pusat	1 kali/tahun 2020-2024
		6.2.4.4. Mengembangkan SOP publikasi Laporan Periodik TBC pada semua tingkat melalui media cetak/website	Pusat	2021
		6.2.4.5. Penyusunan estimasi beban kasus TBC menggunakan pendekatan modeling pasca tahun 2023	Pusat	2023
		6.2.4.6. Melakukan kajian pembiayaan dan pengeluaran (<i>expenditure</i>) program TBC tahunan	Pusat	2021-2023
Intervensi 6.3. Memperkuat sistem pembiayaan untuk Tuberkulosis				
6.3.1.	Melakukan pemetaan dan kalkulasi potensi pembiayaan di pusat dan di daerah.	6.3.1.1. Kajian potensi pembiayaan di pusat dan di daerah	Pusat	1 kali/tahun 2020-2024
		6.3.1.2. Pertemuan koordinasi pembiayaan tuberkulosis di tingkat pusat dan daerah	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		6.3.1.3. <i>Pertemuan cost-efficiency analysis</i>	Pusat	2021-2024
6.3.2.	Advokasi anggaran Tuberkulosis di tingkat pusat dan daerah	6.3.2.1. Pertemuan advokasi pembiayaan di tingkat pusat	Pusat	2020-2024
		6.3.2.2. Pertemuan advokasi pembiayaan di tingkat Provinsi	Provinsi	2020-2024
		6.3.2.3. Pertemuan advokasi pembiayaan di tingkat Kabupaten/Kota	Kab/Kota	2020-2024
6.3.3.	Penguatan sistem pembiayaan tuberkulosis melalui JKN	6.3.3.1. Pertemuan koordinasi dengan BPJS Kesehatan tentang pembiayaan tuberkulosis sensitif obat dengan algoritma baru	Pusat	4 kali di tahun 2020; 1 kali/tahun pada 2021-2024

No.	Kegiatan	Sub-kegiatan	Tempat pelaksanaan	Waktu pelaksanaan
		6.3.3.2. Pertemuan koordinasi dengan BPJS Kesehatan tentang pembiayaan TB MDR	Pusat	4 kali di tahun 2020; 1 kali/tahun pada 2021-2024
Intervensi 6.4. Memperkuat sistem manajemen logistik untuk Tuberkulosis				
6.4.1.	Melakukan perencanaan kebutuhan logistik TBC secara terpadu di semua tingkatan secara berjenjang (<i>bottom up</i>)	6.4.1.1. Pembentukan tim perencanaan kebutuhan logistik Dinkes	Pusat	Setiap bulan Desember 2020-2024
		6.4.1.2. Pertemuan lintas program dan bagian farmasi Dinkes untuk perencanaan kebutuhan logistik	Provinsi, Kabupaten/kota	Desember-Februari, 2020-2024
		6.4.1.3. Perencanaan kebutuhan logistik di tingkat pusat dengan mengundang semua Dinas Kesehatan Provinsi	Pusat	2020-2024
		6.4.1.4. Perencanaan kebutuhan logistik di tingkat provinsi dengan melibatkan semua Dinas Kesehatan Kabupaten/kota yang ada di wilayahnya	Provinsi	2020-2024
6.4.2.	Melakukan pemetaan pengadaan logistik TBC untuk memastikan logistik yang diadakan di masing-masing tingkat agar tidak terjadi duplikasi atau kekurangan	6.4.2.1. Melakukan pemetaan informasi perihal jenis, jumlah, pendanaan dan waktu pelaksanaan pengadaan dari seluruh pemangku kepentingan mulai dari tingkat Kabupaten/Kota sampai Pusat	Provinsi, Kabupaten/Kota	Setiap Januari 2020-2024
6.4.3.	Melakukan pengelolaan logistik melalui 'satu pintu' di unit farmasi	6.4.3.1. Pembuatan SOP pengelolaan instalasi farmasi dan perbekkes di dinkes.	Provinsi, Kabupaten/Kota	Setiap Januari 2020-2024
		6.4.3.2. Melakukan stok opname Bersama	Instalasi farmasi	Per triwulan 2020-2024
		6.4.3.3. Melakukan supervise terpadu secara berjenjang untuk	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-kegiatan	Tempat pelaksanaan	Waktu pelaksanaan
		memastikan pengelolaan 'satu pintu' sudah dilaksanakan dengan baik.		
		6.4.3.4. Melakukan penyewaan gudang untuk menyimpan obat TBC RO, kartrid TCM yang bersumber dana dari Global Fund	Pusat	2020-2024
6.4.4.	Melakukan distribusi logistik secara FEFO/FIFO dengan memperhatikan aspek ketersediaan berkelanjutan, dan mutu, serta manfaat yang terjaga.	6.4.4.1. Melakukan pendistribusian logistik TBC	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	Setiap bulan 2020-2024
		6.4.4.2. Melakukan analisis ketersediaan logistik dan melakukan re-distribusi untuk mencegah stok out dan over stok di wilayah kerjanya masing-masing	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		6.4.4.3. Melakukan distribusi dan penyimpanan OAT pada kondisi yang sesuai dengan ketentuan yang tercantum pada label (klaim penyimpanan obat) dan melakukan monitoring selama penyimpanan.	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
6.4.5.	Melakukan koordinasi dengan unit farmasi masing masing tingkat untuk memastikan ketersediaan logistik TB untuk fasyankes baik pemerintah maupun swasta.	6.4.5.1. Melakukan rapat koordinasi rutin di semua tingkat untuk membahas ketersediaan logistik TBC yang dibutuhkan	Pusat, Provinsi, Kabupaten/kota	Per triwulan 2020-2024
		6.4.5.2. Melakukan pertemuan rutin setiap triwulan antara farmasi RS TBC RO dan TO PMDT	Regional	Pertemuan dilakukan secara regional barat, timur, dan tengah.
6.4.6.	Menjaga kompetensi petugas di semua tingkatan dalam manajemen logistik tuberculosis.	6.4.6.1. Melakukan pelatihan pengelolaan logistik yang terintegrasi antara pengelola program dan unit farmasi di semua tingkat	Provinsi, Kabupaten/kota	1 kali/tahun 2020-2024
		6.4.6.2. Melakukan pelatihan pengelolaan logistik yang terintegrasi	Provinsi, Kabupaten/kota	Per 6 bulan 2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-kegiatan	Tempat pelaksanaan	Waktu pelaksanaan
		antara pengelola program dan unit farmasi di semua tingkat (on the job training di tingkat fasyankes)		
		6.4.6.3. Melakukan pengkinian buku panduan pengelolaan logistik TBC dan standar prosedur operasi untuk setiap aktivitas pengelolaan logistik TBC	Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		6.4.6.4. Pencetakan buku panduan pengelolaan logistik TBC	Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		6.4.6.5. Melaksanakan pelatihan pengadaan barang dan jasa pemerintah bagi staf logistik pusat, sesuai dengan Perpres pengadaan barang dan jasa	Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
6.4.7.	Implementasi pencatatan dan pelaporan data logistik menggunakan sistem informasi logistik yang tersedia di SITB secara online	6.4.7.1. Melakukan pelatihan bagi pengelola program TBC dan Farmasi di semua tingkat dalam hal pencatatan dan pelaporan data logistik menggunakan perangkat lunak SITB	Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		6.4.7.2. Melakukan analisis kepatuhan pencatatan dan pelaporan penggunaan logistik TBC di perangkat lunak SITB	Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		6.4.7.3. Melakukan <i>on the job training</i> secara berjenjang perihal penggunaan perangkat lunak SITB modul logistik	Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		6.4.7.4. Melakukan pencatatan dan pelaporan sisa stok yang ada di fasyankes	Fasyankes	Per triwulan 2020-2024
6.4.8.	Melakukan monitoring dan evaluasi yang diikuti tindak lanjut mencakup pelaporan,	6.4.8.1. Melakukan monitoring dan evaluasi berbasis perangkat lunak SITB di semua tingkat, mulai	Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024

No.	Kegiatan	Sub-kegiatan	Tempat pelaksanaan	Waktu pelaksanaan
	umpan balik dan upaya perbaikan sesuai peraturan yang berlaku.	dari umpan balik pencatatan pelaporan, distribusi dan ketersediaan logistik		
		6.4.8.2 Berperan aktif menginformasikan kepada Balai Besar/Balai/Loka POM setempat jika OAT yang diduga tidak memenuhi syarat.	Provinsi, Kabupaten/kota	2020-2024
		6.4.8.3. Melakukan monitoring dan evaluasi yang segera ditindaklanjuti mencakup pelaporan, umpan balik, dan upaya perbaikan sesuai peraturan yang berlaku	Provinsi	1 kali per 6 bulan 2020-2024
		6.4.8.4. Penguatan QC obat TBC: Ikut serta dalam proses sampling obat TBC SO dan TBC RO bekerja sama dengan BPOM	Provinsi, Kabupaten/kota	Per 3 bulan 2020-2024
		6.4.8.5. Penghapusan dan pemusnahan obat dan bahan logistik yang sudah kadaluarsa	Provinsi, Kabupaten/kota	Per 3 bulan 2020-2024

5.2. Operasionalisasi intervensi tematik Program TBC Nasional

5.2.1. Manajemen Terpadu Pengendalian TBC RO

Intervensi untuk mengatasi beban TBC RO tahun 2020 – 2024 disusun berdasarkan Rencana Aksi Nasional Manajemen Terpadu Pengendalian TBC Resistan Obat (MTPTRO) 2016-2020 dan Rencana Akselerasi MTPTRO 2020 yang dikombinasikan dalam rencana yang solid, terikat waktu, dapat diimplementasikan dan berorientasi pada hasil. Intervensi ini berfokus pada peningkatan program/manajemen untuk menyediakan layanan TBC RO yang terintegrasi dan berkualitas dan akselerasi menuju cakupan akses universal layanan TBC RO. Layanan TBC RO di Indonesia harus dapat diakses oleh semua pasien TBC RO tanpa memandang status ekonomi, karakteristik demografis, kondisi geografis dan klinis.

Tujuan Umum: Tujuan umum dari intervensi TBC RO di Indonesia adalah untuk meningkatkan cakupan pengobatan TB RO dari 19% pada tahun 2018 menjadi 80% pada tahun 2024. Juga pada tahun 2024, 95% pasien yang telah didiagnosis Resistan Rifampisin memulai pengobatan dan angka keberhasilan pengobatan mencapai 80%. Untuk mencapai target tersebut, P2TB perlu mengurangi kesenjangan (*gap*) antara estimasi dengan penemuan/notifikasi kasus TBC RO dari 40% pada tahun 2020 menjadi 15% pada tahun 2024.

Strategi: Strategi utama dalam usaha akselerasi adalah:

1. Mempercepat usaha penyediaan akses universal untuk layanan diagnosis dan pengobatan TBC RO yang berkualitas
2. Meningkatkan manajemen program TBC RO, monitoring dan evaluasi
3. Memastikan semua kasus TBC RO terkonfirmasi memulai pengobatan segera setelah terdiagnosis
4. Pemberian layanan berpusat pasien (*patient-centered services*) untuk semua pasien, termasuk pengobatan ramah pasien dan dukungan psikososial yang dibutuhkan untuk menjamin kepatuhan dan keberlangsungan pengobatan
5. Memperkuat keterlibatan komunitas pada saat diagnosis dan sebelum pengobatan
6. Meningkatkan kualitas manajemen klinis dan program TBC RO di tingkat fasyankes dan kabupaten/kota, didukung dengan *mentoring* dan asistensi dari tingkat provinsi dan nasional
7. Introduksi paduan pengobatan TBC RO tanpa injeksi (*all oral regimen*)
8. Memperkuat kepemilikan dan kepemimpinan program TBC RO di setiap tingkat

Wilayah prioritas: Mengingat pentingnya ekspansi dilakukan secara cepat, kegiatan intervensi akan dilakukan dengan memusatkan upaya pada kabupaten/kota dan provinsi tertentu, dengan penentuan prioritas berdasarkan beban dan kinerja masing-masing wilayah. Provinsi dan kabupaten/kota dipilih berdasarkan:

- 1) Provinsi yang memiliki perkiraan jumlah kasus DR-TB tertinggi (> 150 kasus per tahun)
- 2) Provinsi dengan kesenjangan pasien Rifampisin Resistan yang memulai pengobatan yang signifikan (> 100 kasus yang tidak memulai pengobatan)
- 3) Provinsi dengan jumlah pasien LTFU, tidak dievaluasi, gagal dan kematian yang tinggi di antara pasien TBC RO yang memulai pengobatan (> 25% hasil pengobatan yang tidak diharapkan).

Sebanyak 16 provinsi dipilih dalam kategori prioritas tertinggi. Analisis data TBC RO yang tersedia, pada tahun 2018, 90% kasus yang tidak memulai pengobatan di Indonesia berasal dari 16 provinsi tersebut, dimana juga berkorelasi dengan 89% pasien LTFU, 95% pasien gagal pengobatan, 89% kasus kematian, dan 47% pasien TBC RO yang belum ditemukan (*missing cases*) di Indonesia berasal dari 16 provinsi tersebut. Sekitar 63% dari perkiraan kasus TB RO di Indonesia berada di 16 provinsi terpilih ini. Secara total, terdapat 326 kabupaten/kota di provinsi-provinsi terpilih ini, namun hanya 244 (75%) kabupaten/kota sudah melaporkan kasus TBC RO. Analisis lebih lanjut terhadap 244 kabupaten/kota ini menunjukkan bahwa 54 kabupaten berkontribusi pada 67% dari kasus yang tidak memulai pengobatan dan 75% dari hasil akhir pengobatan TBC RO yang tidak diharapkan. Oleh karena itu, intervensi TBC RO akan fokus pada 54 kabupaten ini sebagai kelompok prioritas 1 yang bertujuan untuk mengurangi kesenjangan (*gap*) pasien yang memulai pengobatan dan meningkatkan hasil akhir pengobatan. Kemudian, 65 kabupaten/kota tambahan dipilih berdasarkan kriteria berikut: kabupaten memiliki lebih dari 50 perkiraan kasus TBC RO per tahun dan dengan 80% kasus TBC RO yang belum ditemukan (*missing cases*). Kabupaten/kota ini dianggap sebagai kelompok prioritas 2 untuk rencana percepatan, dan intervensi utama pada kabupaten/kota ini adalah untuk mengurangi kesenjangan diagnostik dan penyediaan layanan TBC RO.

Tabel 5. Karakteristik kabupaten/kota untuk prioritasasi intervensi TBC RO

Kab/Kota	Jumlah Kab/Kota	Perkiraan jumlah kasus TBC RO 2024	Missed cases 2018	Pasien terdiagnosis tidak memulai pengobatan	Pasien LTFU, tidak dievaluasi, gagal dan meninggal
Kelompok Prioritas 1	54	6,471	-759	3,167	714
Kelompok Prioritas 2	65	5,084	4,244	492	14
Kelompok Prioritas 3	395	13,218	11,335	1,045	229
Total	514	24,773	14,820	4,704	957

Kelompok prioritas 1 dan 2 (total 119 kabupaten) di 16 provinsi akan menerima sebagian besar sumber daya yang tersedia untuk upaya percepatan pada tahun 2020. Sementara 395 kabupaten di 18 provinsi dikategorikan sebagai kelompok prioritas 3 dengan intervensi utama untuk mengurangi kesenjangan diagnostik.

Target: Diharapkan bahwa 19.710 (80%) dari kasus TBC RO yang diperkirakan akan didiagnosis, dan sekitar 18.478 (95% dari yang didiagnosis) akan memulai pengobatan pada akhir tahun 2024. Tabel di bawah ini menunjukkan jumlah yang diharapkan dari kasus TBC RO yang didiagnosis dan memulai pengobatan dalam setiap kelompok prioritas 1, 2 dan 3 yang disebutkan di atas.

Kab/kota	Jumlah Kab/kota	Perkiraan jumlah kasus TBC RO (2020)	Jumlah pasien terdiagnosis TBC RO (2020)	%	Jumlah pasien yang memulai pengobatan (2020)	%	Jumlah pasien terdiagnosis TBC RO (2024)	%	Jumlah pasien yang mulai pengobatan (2024)	%
Kelompok Prioritas 1	54	6,471	6,161	95	4,929	80	6,161	95	5,544	90
Kelompok Prioritas 2	65	5,084	2,315	50	1,852	80	4,829	95	4,346	90
Kelompok Prioritas 3	395	13,218	6,050	46	3,387	56	9,658	73	8,588	89
Total	514	24,773	14,526	60	10,168	70	19,710	80	18,478	95

Intervensi:

A Untuk memastikan pada tahun 2024 95% kasus TBC RO yang didiagnosis memulai pengobatan, P2TB akan:

1. Mengurangi hambatan – hambatan yang terkait calon rumah sakit/fasyankes TBC RO (*hospital related barriers*) dan mempercepat ekspansi layanan fasyankes TBC RO
2. Memastikan penyediaan layanan TBC RO yang berpusat pada pasien dan mengatasi hambatan pasien dalam mengakses pengobatan
3. Memperkuat keterlibatan masyarakat/komunitas pada tahap persiapan pengobatan (*pre-enrollment*)
4. Meningkatkan manajemen program di semua tingkatan

P2TB bertujuan untuk menyediakan setidaknya 1 fasyankes TBC RO di setiap kabupaten/kota pada akhir tahun 2024 untuk mendekatkan layanan inisiasi pengobatan TBC RO kepada pasien, 189 fasyankes TBC RO tambahan diperlukan. Untuk mempercepat ekspansi layanan TBC RO, P2TB akan mendapatkan dukungan dari Ditjen Pelayanan Medis dan asosiasi profesional terkait untuk menghilangkan pembatasan kualifikasi dokter dalam pengobatan TB RO, sehingga terdapat peningkatan jumlah fasyankes yang dapat menginisiasi pengobatan TBC RO (**Error! Reference source not found.**).

Tabel 6. Gambaran ketersediaan dan kebutuhan untuk ekspansi layanan TBC RO di kabupaten/kota prioritas

Kab/Kota	Jumlah Kab/Kota	Perkiraan jumlah kasus TBC RO (2024)	Pasien yang memulai pengobatan (2024)	Fasilitas Pelayanan TBC RO (2020)	Fasilitas Pelayanan TBC RO (2024)	Tambahan Fasyankes TBC RO (2021-2024)	% Puskesmas sebagai satelit TBC RO
Kelompok Prioritas 1	54	6,471	5,544	89	89	0	100%
Kelompok Prioritas 2	65	5,084	4,346	45	65	20	100%
Kelompok Prioritas 3	395	13,218	8,588	226	395	169	75%
Total	514	24,773	18,478	360	549	189	70%

B. Untuk mengurangi kesenjangan antara estimasi jumlah kasus dan penemuan/notifikasi kasus TBC RO dari 40% pada tahun 2020 menjadi 15% pada tahun 2024, P2TB akan:

1. Meningkatkan kapasitas dan jejaring pemeriksaan TCM untuk mencapai akses universal uji kepekaan obat bagi kasus TBC baru dan TBC pengobatan ulang.
2. Peningkatan secara *rapid* untuk pemeriksaan diagnostik (uji kepekaan lini dua, LPA lini satu dan LPA lini dua) dan penemuan kasus dengan didukung mekanisme transportasi specimen dahak yang kuat, termasuk dari layanan kesehatan swasta.
3. Memperkuat sistem pencatatan dan pelaporan untuk meningkatkan notifikasi.

P2TB akan memperkuat deteksi TB MDR/TB RR dengan memperluas penggunaan GeneXpert – TCM sebagai tes utama untuk semua kasus terduga TB, termasuk di fasilitas kesehatan primer di mana sebagian besar pasien TB ditemukan. Cakupan pemeriksaan uji kepekaan obat universal, minimal pemeriksaan resistansi terhadap rifampisin (Resisten Rifampisin), akan ditingkatkan dari 13% pada 2018 menjadi 75% pada akhir 2024.

Upaya untuk membangun dan memperluas mekanisme transportasi sputum ke semua kabupaten/kota akan dilanjutkan dan terus diperkuat. Kendala pada transportasi specimen dahak akan diidentifikasi dan ditindaklanjuti di tingkat kabupaten/kota sebagai bagian dari jejaring PPM kabupaten/kota (*district based PPM*). Kapasitas diagnostik untuk mendukung penerapan *all oral shorter regimen* akan ditingkatkan dengan tujuan 100% pasien TBC RO yang memulai pengobatan dapat diketahui pola resistansi terhadap OAT lini dua dengan lengkap. Mesin GeneXpert di fasyankes rujukan TB RO akan dilengkapi dengan modul dan kartrid GeneXpert XDR baru untuk memberikan layanan pengobatan TB RO yang optimal berdasarkan pola resistensi. P2TB juga akan meningkatkan kapasitas laboratorium untuk mendeteksi resistansi INH di antara kasus TB sensitif Rifampisin untuk memberikan solusi pengobatan yang lebih baik, terutama untuk pasien pengobatan ulang, dan secara efektif dan bertahap menggantikan/ menghentikan pengobatan Kategori II.

Tabel 7. Ketersediaan dan kebutuhan layanan diagnostik TBC RO

Kab/Kota	Jumlah Kab/Kota	Perkiraan jumlah kasus TB RO 2024	Pasien yang memulai pengobatan 2024	Jumlah mesin TCM, 2020	Jumlah mesin TCM, 2024	Jumlah site TCM tambahan, 2021-2024
Kelompok Prioritas 1	54	6,471	5,544	244	351	107
Kelompok Prioritas 2	65	5,084	4,346	130	386	256
Kelompok Prioritas 3	395	13,218	8,588	486	1,396	910
Total	514	24,773	18,478	860	2,133	1,273

Tabel 8. Indikator cakupan uji kepekaan dan LPA lini dua

Kab/Kota	Jumlah Kab/Kota	Perkiraan jumlah kasus TB RO 2024	Pasien yang memulai pengobatan 2024	Pasien dalam pengobatan dengan hasil uji kepekaan lini dua, 2018	Pasien dalam pengobatan dengan hasil uji kepekaan lini dua, 2024	Cakupan uji kepekaan lini dua, 2024	Cakupan LPA lini dua, 2024
Kelompok Prioritas 1	54	6,471	5,544	1,029	5,544	100%	100%
Kelompok Prioritas 2	65	5,084	4,346	485	4,346	100%	100%
Kelompok Prioritas 3	395	13,218	8,588	327	8,588	100%	100%
Total	514	24,773	18,478	1,841	18,478	100%	100%

C. Untuk meningkatkan angka keberhasilan pengobatan TB RO menjadi 80% pada tahun 2024, P2TB akan:

1. Meningkatkan kapasitas untuk menyediakan uji kepekaan lini dua berdasarkan modifikasi rejimen TB RO.
2. Menerapkan penggunaan *all oral shorter regimen* sebagai tulang punggung pengobatan TB RO, mulai tahun 2020.
3. Pengenalan/pemanfaatan obat TB RO baru melalui penelitian operasional yang sistematis, penilaian teknologi kesehatan (*Health Technology Assessment*) dan registrasi obat.
4. Penyediaan layanan TB RO yang berkualitas untuk meningkatkan hasil akhir pengobatan dan mengurangi mangkir (LFU) pasien TB RO
5. Memperkuat pemberdayaan dan pelibatan masyarakat / komunitas untuk meningkatkan hasil akhir pengobatan TB RO
6. Menerapkan pendekatan yang berpusat pada pasien (*Patient Centered Approached – PCA*), termasuk Pengawasan Menelan Obat harian berbasis masyarakat dan pengenalan alat pemantauan kepatuhan pengobatan yang dibantu secara digital.
7. Meningkatkan kualitas manajemen program di semua tingkatan.

Keterlibatan masyarakat/komunitas dalam mendukung pengobatan segera setelah terdiagnosis akan diperkuat secara bersamaan dengan diperkenalkannya *all oral shorter regimen* dan kebijakan desentralisasi pasien yang kuat. Kegiatan berbasis masyarakat/komunitas untuk menindaklanjuti pasien dalam pengobatan TB RO akan ditingkatkan dengan membentuk manajer kasus berbasis masyarakat/komunitas, yang

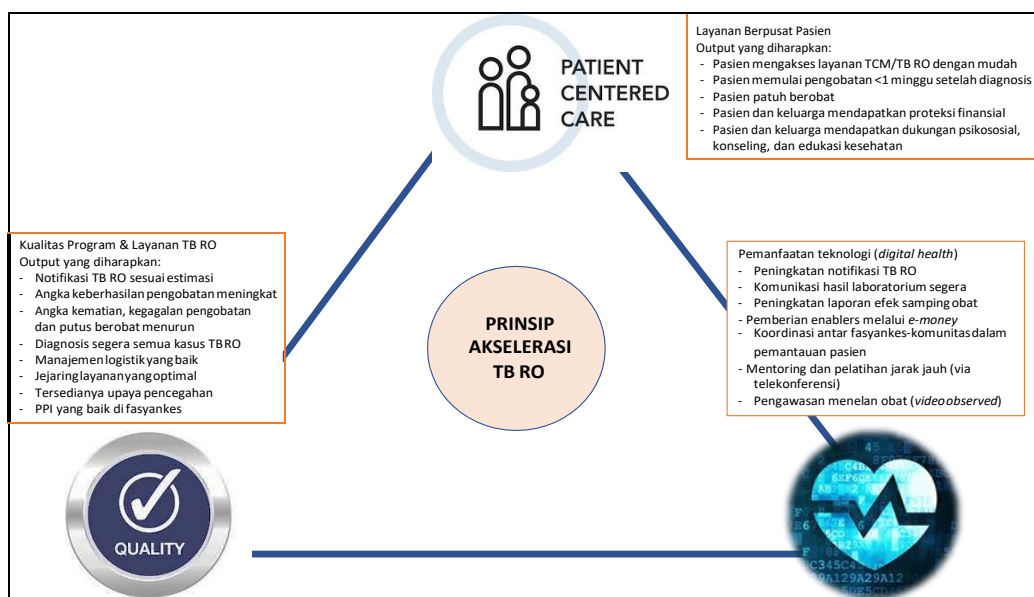
bekerja sama dengan manajer kasus berbasis fasilitas kesehatan dan klinisi penanggung jawab di fasilitas kesehatan TB RO. Peran manajer kasus adalah:

- Melakukan penilaian awal pasien, KIE, dan dukungan untuk memulai dan menyelesaikan perawatan
- Mengkoordinasikan intervensi *Patients centered Approached*
- Menghubungkan pasien dengan *Peer Supporter* dan kader
- Memastikan pemberian dukungan sampai perawatan selesai

Tabel 9. Kebutuhan manajer kasus TBC RO

Kab/Kota	Jumlah Kab/Kota	Perkiraan jumlah kasus TB RO 2024	Pasien yang memulai pengobatan 2024	Jumlah manajer kasus 2020	Jumlah <i>Peer supporter</i> 2020	Jumlah manajer kasus 2024	Jumlah <i>Peer supporter</i> 2024
Kelompok Prioritas 1	54	6,471	5,544	89	410	89	431
Kelompok Prioritas 2	65	5,084	4,346	45	154	65	339
Kelompok Prioritas 3	395	13,218	8,588	226	403	395	881
Total	514	24,773	18,478	360	967	549	1,652

Prinsip upaya akselerasi program pengendalian TBC RO

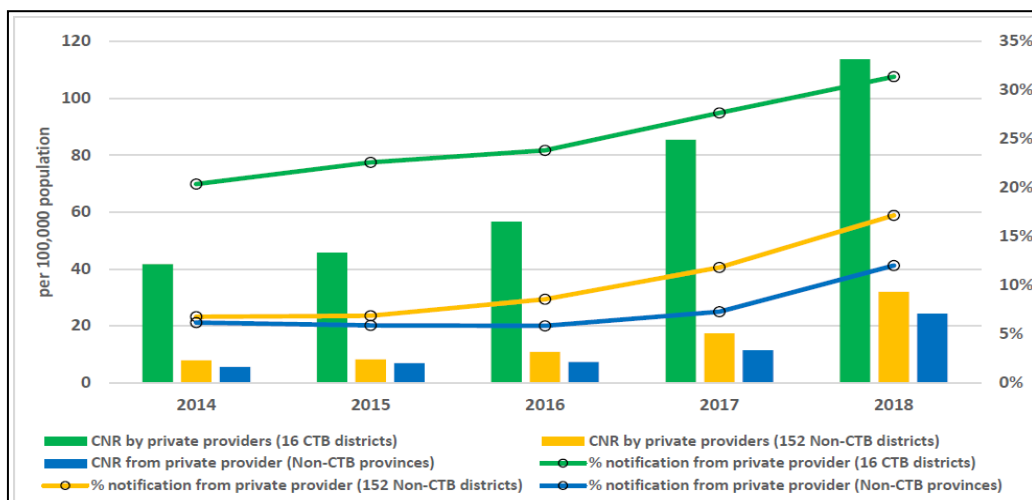


5.2.2. Public-private mix

Di Indonesia, lebih dari 70% pasien tuberkulosis mencari pengobatan di fasilitas pelayanan kesehatan swasta. Saat ini, layanan kesehatan swasta di Indonesia diperkirakan berjumlah 2.629 rumah sakit swasta, lebih dari 50.000 dokter praktik mandiri (DPM) dan 25.000 apotek/farmasi. Sebagian besar pasien mendatangi apotek/farmasi dan DPM untuk mencari pengobatan pertama tetapi proporsi pasien yang kemudian diobati di rumah sakit baik pemerintah maupun swasta meningkat. Sebagian besar rumah sakit swasta dan 24% dari DPM telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Untuk mengatasi notifikasi TBC yang rendah dan kualitas pelayanan TBC yang belum standar di fasyankes, dibutuhkan jejaring berbasis kabupaten/kota untuk mendorong seluruh fasilitas pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta terlibat dalam Program Tuberkulosis, yang kemudian jejaring ini disebut sebagai *District-based Public Private Mix* (DPPM). DPPM bertujuan agar seluruh fasilitas pelayanan kesehatan yang menangani TBC berpartisipasi dalam jejaring sehingga semua pasien TBC dapat ditemukan, diobati sesuai standar dan tercatat dalam sistem informasi Program Nasional Tuberkulosis. Konsep DPPM untuk tahun 2020-2024 dalam proses perbaikan dan penyesuaian dengan mempertimbangkan evaluasi implementasi DPPM, evaluasi implementasi WIFI TB, evaluasi pelaksanaan penyisiran kasus, kinerja *Implementing Organization* (IO) PPM, serta rekomendasi dari *Joint External Monitoring Mission* (JEMM) 2020.

Gambar 34. Evaluasi implementasi DPPM di 16 kab/kota yang didukung oleh Project CTB, 2014-2018



Source: CTB summary of Technical Reports: DPPM, 2019

Gambar 35. Peran fasyankes swasta dalam layanan TBC

Deskripsi	Total	Pelayanan TBC				Under-reporting		Notifikasi Kasus TBC dari Layanan Swasta			Jumlah Fasyankes Laporan Kasus TBC			% Notifikasi Kasus TBC 2018	Status Kontrak dengan BPJS	
		Pencarian pengobatan pertama	Diagnosis	Pengobatan	Notifikasi	% Under-reported	% Unreported	2016	2017	2018	2016	2017	2018		Jumlah	%
Rumah Sakit	2,692	2%	11%	21%	17%	62%	21%	32,971	54,692	98,358	491	642	843	32%	1,542	59%
DPM						96%	11%								5,284	
DPM/Klinik						96%	12%								6,682	
Subtotal DPM	50,000	19%	19%	12%	1%	96%	23%	4,570	3,941	3,481	91	116	109	0%	11,966	24%
Farmasi/Apotek	25,000	52%	NA	4%		NA	NA								2,456	10%
Laboratorium	NA					96%	7%									
Total Swasta		71%	19%	16%	1%	78%	51%	4,570	3,941	3,481	91	116	109			
Total Nasional (Pemerintah dan Swasta)								360,565	443,674	565,876	10,313	10,376	10,025			
% Swasta dari Total								1%	1%	1%	1%	1%	1%			

Tujuan: Tujuan umum dari DPPM adalah meningkatkan notifikasi kasus TBC dari layanan swasta (rumah sakit dan DPM/Klinik) dari 18% (101.869 kasus) pada 2018 menjadi 36% (276.488 kasus) pada 2024, dengan meningkatkan notifikasi dari 1.542 RS Swasta dan 1.200 DPM/Klinik yang telah memiliki bekerja sama dengan BPJS. Intervensi DPPM bertujuan agar untuk mewujudkan 100% keterlibatan dari 1.082 RS pemerintah, 9.993 Puskesmas dan 100 RS Paru/Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (B/BKPM) dalam Program Nasional TBC. Diharapkan juga terjadi peningkatan dalam hal hasil akhir pengobatan di layanan swasta dari 39% pada tahun 2018 menjadi 90% pada tahun 2024. Untuk mencapai target tersebut, seluruh kabupaten/kota diharapkan sudah membentuk Tim DPPM yang berfungsi dengan baik pada tahun 2024.

Wilayah prioritas: DPPM akan diimplementasikan dengan pendekatan yang berbeda, yaitu 1) berdasarkan beban penyakit per kabupaten/kota, 2) kinerja program, serta 3) kondisi pedesaan-perkotaan dan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan di masing-masing wilayah. Sebanyak 292 kabupaten/kota dengan estimasi beban kasus TBC >1000 kasus (beririsan dengan 192 kab/kota prioritas HIV dan 119 kab/kota prioritas TBC RO) yang akan diintervensi terlebih dahulu. 292 kab/kota tersebut menyumbang 87% beban kasus TBC di Indonesia. Oleh karena itu, minimal 80% notifikasi kasus TBC didapatkan dari kabupaten/kota tersebut.

Prioritas selanjutnya adalah 42 kabupaten/kota prioritas HIV dengan estimasi beban kasus TBC yang lebih rendah tetapi memiliki prevalensi HIV yang tinggi (1000 sampai dengan 5000 kasus), sebagian besar dari kabupaten/kota tersebut merupakan daerah perkotaan yang memiliki banyak layanan swasta. Pendekatan DPPM akan diterapkan di

334 kab/kota tersebut mulai tahun 2021. Sementara itu, 180 kab/kota lainnya akan menerapkan DPPM yang mendasar yang berfokus pada jejaring FKTP dan FKRTL.

Target

No	Indikator	Target					
		Baseline 2018	2020	2021	2022	2023	2024
1	Proporsi kabupaten/kota yang membentuk tim DPPM	15%	50%	70%	90%	100%	100%
		77	257	334	462	514	514
2	Proporsi Puskesmas dan B/BKPM yang melaporkan kasus TBC diantara jumlah seluruh Puskesmas dan B/BKPM	96%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Proporsi Klinik dan Rumah Sakit Pemerintah yang melaporkan kasus TBC diantara jumlah seluruh Klinik dan Rumah Sakit Pemerintah	63%	75%	82%	87%	92%	100%
4.a	Jumlah Rumah Sakit Swasta yang sudah bekerja sama dengan BPJS yang melaporkan kasus TBC	843	925	1,156	1,388	1,542	1,542
		55%	60%	75%	90%	100%	100%
4.b	Jumlah DPM/Klinik Swasta yang sudah bekerja sama dengan BPJS yang melaporkan kasus TBC <1 kasus	109	250	500	750	1,000	1,200
		0.8%	2%	4.1%	6.2%	8.3%	10%
5	Proporsi notifikasi kasus TBC dari Klinik dan Rumah Sakit Pemerintah	16%	17%	18%	20%	22%	23%
		90,540	116,664	130,805	153,776	169,042	176,646
6	Proporsi notifikasi kasus TBC dari Rumah Sakit Swasta	17%	23%	30%	31%	33%	36%
		98,358	157,840	218,009	238,353	253,563	276,489
7	Proporsi notifikasi kasus TBC dari DPM dan Klinik Swasta	0,6%	1%	1%	1%	1%	1.4%
		3,481	6,863	7,267	7,689	7,684	10,752
8	Persentase <i>treatment success rate</i> di fasilitas pelayanan kesehatan swasta	39%	75%	80%	85%	85%	90%

Operasionalisasi intervensi: DPPM merupakan bagian dari strategi kedua dalam dokumen Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis 2020-2024, yaitu peningkatan akses layanan TBC yang bermutu dan berpihak pada pasien. Penguatan kegiatan DPPM

melalui ekspansi layanan DOTS dalam lingkup kegiatan pemerintah-swasta dijabarkan dalam beberapa kegiatan berikut:

- 1) Meningkatkan keterlibatan dan menguatkan mekanisme jejaring antara seluruh fasilitas pelayanan kesehatan, antara lain dengan:
 - a. Mengembangkan *tools/system* rujukan terduga TBC bagi Apotek/Farmasi, dan lain-lain
 - b. Menguatkan jejaring internal dengan mengintegrasikan strategi DOTS melalui regulasi di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan
 - c. Mengkaji dan mengembangkan regulasi terkait akses diagnostik pada fasilitas kesehatan swasta (termasuk laboratorium swasta)
 - d. Menguatkan pelaksanaan jejaring internal dan eksternal baik pada FKTP dan FKRTL
- 2) Meningkatkan kualitas layanan TBC, antara lain dengan:
 - a. Mensosialisasikan ISTC, PNPK TBC dan isu terkait TBC lainnya kepada seluruh organisasi profesi
 - b. Mendorong layanan TBC untuk menjadi elemen penilaian utama dalam akreditasi FKTP dan FKRTL
- 3) Menguatkan peran lintas program, lintas sektor dan komunitas dalam penerapan PPM, antara lain dengan:
 - a. Meningkatkan peran dari organisasi profesi dan asosiasi institusi pelayanan kesehatan (seperti ARSADA, ARSSI, dan lain-lain) dalam hal layanan dan jejaring layanan TBC
 - b. Melibatkan BPJS dalam melakukan monitoring dan evaluasi terhadap fasilitas pelayanan kesehatan
 - c. Mendorong organisasi profesional untuk membentuk Koalisi Organisasi Profesi Indonesia untuk Penanggulangan Tuberkulosis (KOPI TB) dengan rencana kerja yang terstruktur
 - d. Mendorong TBC sebagai komponen utama dalam sertifikasi yang berkaitan dengan organisasi profesi
- 4) Menguatkan implementasi wajib notifikasi TBC, antara lain dengan:
 - a. Menyusun regulasi pelaporan TBC (notifikasi wajib) yang disesuaikan dengan kondisi lokal maupun disertai dengan system *reward/punishment*, sebagai contoh pelaporan TBC sebagai prasyarat pengajuan DAK/Klaim BPJS/Kapitasi/SKP IDI.

- b. Mendiseminasikan wajib notifikasi TBC dan isu terkait TBC lainnya kepada seluruh anggota organisasi profesi, melalui online course (webinar), surat edaran, dsb
 - c. Melakukan integrasi sistem informasi tuberkulosis dengan P-care dan P-claim
 - d. Menghubungkan talaksana TBC dengan sistem *credentialing* BPJS dan konsep *performance based*
 - e. Melakukan integrasi SIMRS dan SITB
 - f. Mengembangkan sistem informasi TBC untuk fasilitas pelayanan kesehatan primer swasta
- 5) Memperkuat kolaborasi DPPM melalui skema pembiayaan kesehatan, antara lain dengan:
 - a. Mengembangkan mekanisme *strategic health purchasing* (SHP)
 - b. Menyiapkan sumber daya yang adekuat untuk mengimplementasikan uji coba reformasi BPJS sesuai rencana pada tahun 2020, melaksanakan evaluasi dari uji coba tersebut dan melakukan ekspansi skala nasional
- 6) Melakukan penempatan staf di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk membangun, memfasilitasi, mengawasi dan mendukung layanan swasta dalam mekanisme jejaring layanan TBC, termasuk dalam hal notifikasi TBC dan kualitas pelayanan
- 7) Membentuk Tim TBC Rumah Sakit, termasuk melakukan *capacity building* dan *mentoring*
- 8) Melakukan dukungan akses pasien TBC dari layanan swasta terkait pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) dan sistem transportasi spesimen yang efisien
- 9) Membangun jejaring antara layanan kesehatan swasta dengan organisasi masyarakat untuk menerapkan dukungan pasien (*patient support*), kontak investigasi, rujukan TB-HIV, serta upaya promosi dan preventif.

Revisi Konsep dan Model DPPM: Mengorganisasikan layanan TBC untuk memastikan layanan terpadu yang berpusat pada pasien (*patient-centered care*) pada tingkat kabupaten/kota dengan koordinasi yang substansial. Program Tuberkulosis Nasional telah mengidentifikasi model yang sesuai untuk merealisasikan fungsi koordinasi TBC, termasuk mengamankan sumber daya manusia dan pendanaan yang diperlukan secara berkelanjutan seperti tercantum di bawah ini ().

[illegible]

Berdasarkan revisi konsep dan model DPPM, Program Tuberkulosis Nasional akan melakukan rekrutmen *DPPM Focal Person* dan menempatkan staf tersebut di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan beban TBC yang tinggi untuk memastikan implementasi PPM di wilayah tersebut. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tersebut akan mendukung lingkungan kerja untuk *DPPM Focal Person* dalam bentuk penyediaan

ruangan, peralatan teknologi informasi dan saluran komunikasi di seluruh jejaring PPM di kabupaten/kota. Petugas TBC Rumah Sakit menjalankan fungsi koordinasi dalam aspek klinis dan kesehatan masyarakat baik di dalam maupun di luar rumah sakit yang ditugaskan.

Fungsi utama DPPM Focal Person adalah:

- a. Mengkoordinasikan jejaring antara RS dengan Program Nasional TB dan BPJS
- b. Memfasilitasi jejaring rujukan pengobatan dari FKRTL ke FKTP
- c. Sebagai jembatan komunikasi antara RS dengan Puskesmas, Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Program Nasional TB
- d. Mengkoordinasikan kegiatan peningkatan kapasitas petugas kesehatan dengan melibatkan KOPI TB
- e. Melakukan monitoring dan evaluasi implementasi DPPM
- f. Menghubungkan akses RS dengan investigasi kontak dan upaya pencegahan lainnya yang dilakukan oleh FKTP dan komunitas

Fungsi utama Petugas TBC Rumah Sakit adalah:

1) Koordinasi Internal:

- a. Mengkoordinasikan semua hal terkait dengan layanan TBC di rumah sakit yang ditugaskan
- b. Melakukan verifikasi semua kasus yang didiagnosis TBC
- c. Melakukan registrasi kasus dalam sistem informasi
- d. Melakukan manajemen kasus termasuk rujukan antara poli/unit
- e. Melakukan kontak investigasi dalam fasilitas pelayanan kesehatan (berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kab/Kota)

2) Koordinasi Eksternal:

- a. Mengkoordinasikan sistem rujukan untuk pasien rawat jalan dan rawat inap
- b. Melakukan pelaporan kepada Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Program Tuberkulosis Nasional sesuai dengan panduan dan regulasi
- c. Mengkoordinasikan sumber daya social dalam berkoordinasi dengan pasien (seperti dukungan sosial dan skema kesejahteraan sosial)

Manajemen rumah sakit bertanggung jawab terhadap staf rumah sakit yang ditunjuk untuk penugasan tersebut dan mendukung lingkungan kerja dalam bentuk ruangan, peralatan teknologi informasi dan saluran komunikasi di rumah sakit.

5.2.3. Penguatan kapasitas laboratorium

Program Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia memprioritaskan penggunaan GeneXpert pada individu dengan risiko tinggi Tuberkulosis Resistan Obat, dan kemudian diperluas penggunaannya terduga TB baru. Rerata utilisasi yang dihitung dari perkiraan kapasitas maksimal GeneXpert berkisar antara 7% di Papua Barat sampai dengan 88% di Jawa Barat. Akses terhadap layanan laboratorium di Indonesia sangat terbatas, meskipun telah terdapat perluasan layanan diagnostik, Program TB perlu mempertahankan dan melanjutkan upaya untuk mencapai target Strategi Nasional Penanggulangan TBC 2020-2024. Saat ini, terdapat lebih dari 7.471 fasyankes mikroskopis dibandingkan dengan 860 fasyankes GeneXpert yang berdampak pada terduga TBC yang diperiksa menggunakan pemeriksaan mikroskopis lebih banyak dibandingkan pemeriksaan molekuler. Hanya 13% dari kasus TBC baru dan pengobatan ulang yang menerima pemeriksaan uji kepekaan untuk rifampisin – angka ini terlalu rendah dan menghambat tatalaksana TBC RO. Transportasi spesimen dan jejaring rujukan hanya tersedia di 203 dari 514 (40%) kabupaten/kota yang tersebar di 16 dari 34 provinsi se-Indonesia yang mencakup 4.432 fasyankes. Sistem ini menghubungkan fasyankes mikroskopis dengan fasyankes GeneXpert, serta laboratorium rujukan regional dan nasional. Rencana tematik peningkatan kapasitas laboratorium fokus pada upaya perluasan penggunaan GeneXpert sebagai pemeriksaan awal untuk semua terduga TBC. Penggunaan kapasitas laboratorium secara optimal merupakan prasyarat untuk tujuan tersebut.

Tujuan: Rencana penguatan kapasitas laboratorium dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis 2020-2024 bertujuan untuk meningkatkan fasyankes GeneXpert dari 860 menjadi 2.091 untuk meningkatkan target cakupan uji kepekaan universal dari 17% pada 2018 menjadi 75% pada 2024. Laboratorium biakan TBC akan dikembangkan dari 21 menjadi 46 laboratorium, serta laboratorium uji kepekaan TBC dari 12 menjadi 24 laboratorium pada 2024. Hal ini bertujuan untuk mendukung implementasi rencana akselerasi TBC RO serta memastikan cakupan 100% uji kepekaan terhadap OAT lini dua diantara kasus TBC RO yang memulai pengobatan. Program Tuberkulosis Nasional juga berencana untuk memiliki sistem transportasi spesimen di semua provinsi, termasuk akses yang lebih luas pada sektor swasta. Pemantapan Mutu Eksternal untuk pemeriksaan mikroskopis diperluas ke semua kabupaten/kota dan provinsi dari 49% pada tahun 2020 menjadi setidaknya 90% tahun 2024. Selama 2020-2024, Program TBC Nasional akan mengadaptasi penggunaan metode diagnostik yang telah direkomendasikan oleh WHO melalui implementasi skala kecil yang sistematis dan sesuai dengan prosedur *Health Technology Assessment* (HTA).

Wilayah prioritas: Penempatan alat diagnostik TBC mempertimbangkan tiga kondisi utama yaitu 1) beban kasus TBC, 2) tingkat penggunaan yang diinginkan, dan 3)

penempatan alat yang tepat berdasarkan kondisi geografis. Fokus untuk penempatan alat GeneXpert tahun 2020-2024 adalah di tingkat puskesmas, dimana 42% penemuan kasus TBC diperkirakan berasal dari Puskesmas. Terdapat 243 mesin GeneXpert di puskesmas hingga Desember 2019. Program TBC Nasional berencana untuk menambah 992 mesin di Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM) yang terdapat di 292 kabupaten/kota dengan beban kasus TBC tinggi (insidensi TBC lebih dari 1.000 kasus per tahun) dan berkontribusi sebesar 87% terhadap beban kasus TBC di Indonesia. Hal ini merupakan prioritas pertama. Selanjutnya, Program TBC Nasional akan menambah sebanyak 281 mesin GeneXpert untuk ditempatkan di PRM yang terletak di 222 kabupaten/kota dengan beban kasus TBC sedang dan rendah.

Laboratorium uji kepekaan akan dikembangkan dari 12 menjadi 24 untuk mencapai target cakupan uji kepekaan dan mengurangi kompleksitas mekanisme transportasi spesimen, terutama pada provinsi dengan beban kasus TBC tinggi tetapi tidak memiliki akses langsung terhadap laboratorium uji kepekaan. Jumlah laboratorium biakan akan ditambah dari 21 menjadi 46 untuk mengantisipasi peningkatan beban laboratorium biakan untuk pemantauan pengobatan tuberkulosis resistan obat.

Target:

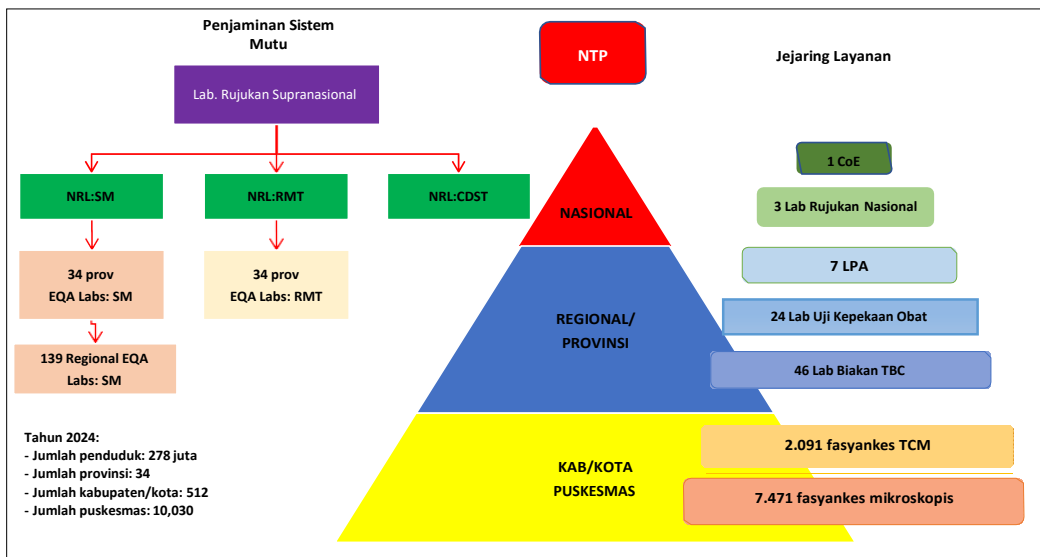
No	Indikator	Baseline	Target				
		2018	2020	2021	2022	2023	2024
1	Persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti PME	42%	70%	75%	80%	85%	90%
2	Jumlah laboratorium rujukan biakan TBC	21	28	34	38	42	46
3	Jumlah laboratorium uji kepekaan	12	16	20	22	24	24
4a	Jumlah fasyankes yang dilengkapi dengan GeneXpert sebagai pemeriksaan awal TBC	834	1.244	1.744	2.107	2.107	2.107
4b	Jumlah kebutuhan mesin TCM	860	1.296	1.796	2.133	2.133	2.133
5	Jumlah fasyankes TBC RO yang dilengkapi dengan modul XDR (H, FQ, SLI)	0	0	89	134	360	549
6	Jumlah kabupaten/kota dengan sistem transportasi spesimen	203	292	344	420	514	514
7	Target cakupan uji kepekaan universal	20%	65%	65%	70%	70%	75%

Operasionalisasi intervensi: Program TBC Nasional akan meningkatkan kapasitas dan manajemen laboratorium dengan mengimplementasikan strategi dan aktivitas dibawah ini:

1. Meningkatkan penggunaan alat GeneXpert melalui optimalisasi dan pengembangan sistem transportasi spesimen dan sistem rujukan di seluruh provinsi dan kabupaten/kota dengan cara:
 - a. Memperbarui rencana sistem transportasi spesimen berdasarkan model “hub-and-spoke” dan menggunakan mekanisme monitoring data (seperti dash board berbasis web), serta penggunaan indikator kerja utama di setiap tingkat penyedia layanan.
 - b. Pengembangan rencana ekspansi sistem transportasi spesimen yang memiliki anggaran yang cukup dan mencakup seluruh kabupaten/kota baik untuk laboratorium pemerintah dan swasta.
 - c. Mengembangkan perjanjian dengan penyedia layanan kurir lokal berdasarkan dengan cakupan area, efektifitas, dan reliabilitas layanan.
2. Mengatasi hambatan terhadap akses pemeriksaan GeneXpert dengan:
 - a. Menghilangkan hambatan birokrasi dan keuangan seperti alur rujukan di rumah sakit, kebijakan registrasi pasien BPJS dan kebijakan untuk transportasi spesimen.
 - b. Meningkatkan kolaborasi dengan rumah sakit swasta untuk meningkatkan rujukan spesimen.
 - c. Membangun jejaring antara penyedia diagnosis dan pengobatan dengan memperluas solusi konektivitas real-time pada sistem GeneXpert (contoh: GxAlert, DataToCare). Sistem tersebut dapat membantu dalam mengintegrasikan diagnosis dan pengobatan yang berfokus pada pasien, selain itu untuk mengurangi keterlambatan pengobatan.
 - d. Menambah mesin GeneXpert pada tingkat puskesmas yang memiliki jejaring rujukan spesimen yang efektif.
3. Memperluas PME pemeriksaan mikroskopis di seluruh kabupaten/kota dan provinsi:
 - a. Menyediakan dukungan administratif dan finansial kepada Laboratorium Rujukan Nasional dan Laboratorium Rujukan Intermediate dalam melaksanakan semua fungsinya termasuk supervisi, biaya operasional petugas dan peningkatan kapasitas petugas.
 - b. Menyederhanakan pedoman PME dan mengintegrasikan dengan mekanisme yang tepat dalam mengimplementasi perbaikan terhadap hasil positif palsu dan negatif palsu yang tinggi.
4. Perluasan jejaring laboratorium biakan dan uji kepekaan, memastikan kualitas sistem manajemen di laboratorium dan meningkatkan dukungan oleh Laboratorium Rujukan Nasional, termasuk untuk pemeriksaan uji kepekaan terhadap obat baru.
 - a. Membakukan prosedur uji kepekaan metode fenotipik untuk obat baru.

- b. Membangun kapasitas whole genomic sequencing (WGS) di dalam negeri dari isolat resistan obat dari pasien rutin di laboratorium biakan dan uji kepekaan.
 - c. Meninjau dan memperbarui sistem tes panel nasional dan pedoman sertifikasi laboratorium biakan dan uji kepekaan dalam rangka meningkatkan akses terhadap layanan laboratorium yang berkualitas.
 - d. Memastikan seluruh pasien TB resistan rifampisin mendapatkan baseline uji kepekaan lini satu dan dua. Hal tersebut membutuhkan peningkatan kapasitas laboratorium dalam meningkatkan efisiensi dan koordinasi pada berbagai tingkat termasuk akses transportasi spesimen yang tepat waktu.
 - e. Mengembangkan modul TB yang seragam untuk sistem manajemen informasi laboratorium (Laboratory information management systems = LIMS) pada laboratorium biakan dan uji kepekaan dalam memudahkan pemantauan indikator kinerja utama (Key Performance Indicators = KPI).
 - f. Meningkatkan kapasitas petugas laboratorium, terutama untuk laboratorium biakan dan uji kepekaan.
5. Pembentukan satu laboratorium sebagai WHO GLI *center of excellence* untuk mendukung perluasan jejaring dan menjadi contoh laboratorium rujukan yang berkualitas di Indonesia.
 6. Mempertahankan layanan laboratorium berkelanjutan melalui pengadaan dan manajemen supply chain yang tepat waktu dalam mendukung perluasan jejaring diagnostik nasional.

Rencana pengembangan laboratorium hingga tahun 2024:



5.2.4. Terapi Pencegahan Tuberkulosis

Strategi Nasional Penanggulangan TBC tahun 2020-2024 menyatakan bahwa terapi pencegahan merupakan salah satu kegiatan penting untuk mengurangi insidensi TBC nasional. Pada tahun 2018, pedoman ILTB WHO terbaru merekomendasikan perluasan kelompok sasaran TPT, yang mencakup kontak serumah yang berusia 5 tahun ke atas. Strategi Nasional Penanggulangan TBC 2020-2024 akan memperluas TPT untuk semua kontak serumah yang kontak dengan pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis dan juga kelompok berisiko tinggi lainnya, seperti penyandang DM, imunokompromais, Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) dan lain-lain, dengan mempertimbangkan konteks dan sistem yang sudah ada.

Tujuan: Program TBC Nasional bertujuan untuk meningkatkan perlindungan pada kontak, orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dan kelompok risiko tinggi lainnya dari kematian akibat TBC. Rekomendasi saat ini, TPT diberikan pada ODHA dan kontak anak yang berusia di bawah lima (5) tahun yang akan diperluas ke semua kontak serumah dan kelompok risiko tinggi lainnya. Target cakupan pemberian TPT untuk ODHA diharapkan dapat meningkat dari 19% di tahun 2019 menjadi 55% pada tahun 2024. Cakupan TPT diantara kontak serumah akan meningkat menjadi 68% untuk penurunan insidensi TBC.

Wilayah prioritas: Penentuan wilayah pemberian TPT akan diprioritaskan untuk 292 kabupaten/kota dengan beban kasus TBC tinggi dan 42 kabupaten/kota dengan beban kasus HIV tinggi. Di 324 kabupaten/kota ini Program TBC Nasional akan mengintegrasikan manajemen ILTB dengan meningkatkan skrining diantara risiko tinggi seperti kontak serumah (anak usia dibawah 5 tahun, anak usia 5-14 tahun, remaja, dan dewasa), ODHA dan kelompok risiko tinggi lainnya (DM, imunokompromais, WBP, pekerja, sekolah asrama dan barak militer). Kualitas manajemen ILTB untuk kontak serumah usia diatas 5 tahun akan diperkuat dengan pemeriksaan infeksi TBC (Uji Tuberkulin) dan pemeriksaan rontgen dada untuk menyingkirkan TBC aktif. ODHA dan anak kontak usia dibawah 5 tahun akan mendapatkan skrining gejala untuk menyingkirkan TBC aktif dan keputusan untuk pemberian TPT harus dibuat sesuai untuk yang tidak mempunyai gejala TBC. Di 180 kabupaten/kota dengan beban kasus TBC rendah, Program TBC Nasional akan menerapkan pentingnya manajemen ILTB dengan sasaran ODHA dan anak kontak usia dibawah 5 tahun.

Target: Pencapaian target cakupan maksimal pemberian TPT dengan total 2.922.056 kontak serumah dengan pasien TBC yang terkonfirmasi bakteriologis, 258.960 ODHA dan 290.965 kelompok risiko tinggi lainnya (WBP, tenaga kesehatan dan imunokompromais) dalam periode tahun 2020-2024.

NO	Indikator	Baseline 2018	Target				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Cakupan pemberian TPT pada kontak serumah	NA	11%	29%	48%	58%	68%
			149,034	397.878	652.103	793.872	929.170
1a	Cakupan pemberian TPT pada anak usia di bawah 5 tahun	10%	40%	50%	65%	80%	90%
			49,222	61,528	79,891	98,211	110,356
1b	Cakupan pemberian TPT pada anak usia 5-14 tahun	NA	0%	15%	30%	40%	50%
			0	36,917	73,746	98,211	122,618
1c	Cakupan pemberian TPT pada remaja dan dewasa (usia di atas 15 tahun)	NA	10%	30%	50%	60%	70%
			99,811	299,434	498,466	597,450	696,197
2	Cakupan pemberian TPT pada ODHA	10%	35%	40%	45%	50%	55%
			26,799	35,418	45,640	63,245	87,858
3	Cakupan pemberian TPT pada kelompok risiko tinggi lainnya	NA	5%	10%	20%	30%	40%
			13,553	27,225	54,972	83,230	111,986

Operasionalisasi intervensi: Program TBC Nasional berencana akan memperluas pemberian TPT untuk semua kontak serumah dengan pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis dan ODHA. Perluasan ini akan membutuhkan keterlibatan semua pemangku kepentingan, oleh karenanya dibutuhkan strategi komunikasi pemberian TPT yang komprehensif mengingat TPT merupakan intervensi yang menyelamatkan kehidupan manusia, mewujudkan permintaan yang membutuhkan, penyediaan rejimen baru yang lebih pendek dan efektif yang terintegrasi dengan strategi penemuan kasus TBC yang intensif. Pada tahun 2020-2024, Program TBC Nasional akan menerapkan strategi dan kegiatan sebagai berikut:

1. Memasukkan TPT sebagai salah satu indikator utama bersama dengan indikator lainnya di semua level. Penetapan target untuk memastikan implementasi TPT dipantau secara ketat dan tindakan yang diambil.
2. Meningkatkan pemberian TPT yang diintegrasikan ke dalam skrining TBC sistematis di antara kelompok risiko tinggi sebagai satu paket. Program TBC Nasional akan memanfaatkan kegiatan kunjungan rumah yang sudah ada oleh kader dan bidan untuk menyebarkan informasi tentang TPT.
3. Memperkuat manajemen ILTB dan pemberian TPT
 - a. Advokasi dan diseminasi secara terus menerus kepada petugas kesehatan untuk memberikan TPT.

- b. Penyederhanaan kriteria penyaringan yang digunakan oleh tingkat daerah sesuai dengan rekomendasi WHO dan laksanakan uji coba untuk memulai TPT di rumah sehingga kontak tidak perlu melakukan perjalanan ke fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Pengembangan dan penyebaran pedoman teknis untuk manajemen ILTB dan penyediaan TPT.
- d. Pengembangan SOP untuk manajemen ILTB dan penyediaan TPT di fasilitas kesehatan.
- e. Memulai terapi pencegahan TBC RO di daerah tertentu, termasuk pemberian rejimen Levofloxacin –Ethionamide (Etambutol), penjangkauan, dan evaluasi pemantauan.

4. Peningkatan kapasitas TPT

- a. Memetakan kesiapan sumber daya manusia, fasilitas, dan infrastruktur di fasilitas layanan kesehatan pemerintah dan swasta yang dapat menyediakan manajemen ILTB dan penyediaan TPT.
- b. Mengembangkan kapasitas petugas kesehatan untuk memberikan TPT, termasuk konseling dan manajemen yang tepat dari kejadian yang tidak diinginkan (adverse event). Meningkatkan kapasitas petugas kesehatan untuk memberikan IEC yang cukup, melakukan perencanaan yang tepat dan manajemen logistik.
- c. Penyediaan alat skrining dan metode ILTB untuk semua target populasi pengobatan ILTB yang mencakup rontgen dada dan uji tuberkulin.
- d. Penyediaan obat TPT baik rejimen standar (6H) dan rejimen obat jangka pendek (3RH, 3HP atau 1HP, 4R).

5. Meningkatkan TPT terintegrasi ke dalam skrining TBC sistematis di antara kelompok risiko selain kontak serumah dan ODHA sebagai satu paket, yaitu penyandang DM, pasien dengan imunokompromais, WBP di lapas/rutan, pekerja, sekolah asrama dan tempat berisiko tinggi lainnya.

- a. Implementasi Investigasi Kontak (IK) terintegrasi dengan manajemen ILTB sesuai dengan perluasan populasi target.
- b. Prosedur skrining terintegrasi dengan manajemen ILTB untuk WBP di pusat-pusat lapas/rutan, mengikuti prosedur standar Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia.
- c. Skrining terpadu dan manajemen ILTB dalam populasi di tempat kerja, sekolah berasrama, dan barak militer/polisi.

- d. Manajemen ILTB dan penyediaan TPT sistematis untuk penyandang diabetes dan imunokompromais (gizi buruk, TNF-alpha, KS jangka panjang, kemoterapi).
6. Mengembangkan rencana strategi komunikasi agar semua pemangku kepentingan mengetahui tentang pentingnya TPT sebagai intervensi melindungi kesehatan.
- a. Pengembangan strategi dan rencana komunikasi yang komprehensif terkait dengan manajemen LTBI dan penyediaan TPT di setiap tingkat masyarakat menggunakan metode / teknologi komunikasi terbaru.
 - b. Keterlibatan masyarakat, tokoh masyarakat dan tokoh agama, serta sekolah untuk menyebarkan informasi.
 - c. Mengembangkan materi media Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) yang komprehensif untuk meningkatkan strategi pencegahan dan promosi yang efektif untuk ILTB. Materi tersebut berisi informasi umum seperti resistensi obat, efek samping dan durasi pertahanan tubuh yang diberikan dari pemakaian TPT.
 - d. Penyediaan media KIE untuk pasien, petugas kesehatan dan masyarakat. Publikasi media KIE melalui media cetak, media elektronik, dan media sosial
 - e. Penyebaran informasi ILTB dan TPT di masyarakat, termasuk kampanye masal, komunitas yang lebih luas dan keterlibatan organisasi komunitas, keterlibatan gerakan pemuda.
7. Memanfaatkan SITB, mengembangkan *dashboard* yang jelas, dan memungkinkan analisis *cascade* investigasi kontak dan terapi pencegahan TBC.

Panduan pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis menurut WHO adalah sebagai berikut:

	PLHIV	Kontak serumah anak usia < 5 tahun	Kontak serumah usia > 5 tahun	Kelompok risiko tinggi lainnya
Skrining berdasarkan gejala	Tidak ada gejala klinis TBC yaitu batuk, demam, berat badan menurun atau berkeringat di malam hari tanpa aktivitas.	Tidak ada gejala klinis TBC anak yaitu berat badan menurun, demam atau batuk.	Tidak ada gejala TBC: seberapa lama pun batuknya, hemoptysis, demam, berkeringat di malam hari, penurunan berat badan, nyeri dada, lemah/lesu dan sesak napas.	
Waktu Skrining	Pada setiap kunjungan ke pusat kesehatan atau kontak dengan petugas kesehatan			
Penegakan diagnosis jika terdapat gejala TBC	Tes Cepat Molekuler (TCM) atau Urine LAM (untuk ODHA dengan kondisi berat)	Sistem skoring TBC anak, pemeriksaan bakteriologis.	Pemeriksaan TCM atau mikroskopis	
Tes untuk infeksi TBC	Tidak perlu pemeriksaan			Mempertimbangkan akses, sumber daya yang tersedia, dan fasilitas kesehatan yang memungkinkan
Pemeriksaan ronsen dada	Tidak diwajibkan, namun perlu dipertimbangkan untuk i) ODHA yang menerima ART, ii) kontak serumah berusia >5 tahun, iii) kelompok risiko tinggi lainnya, iv) SDM yang tersedia dan v) ketersediaan fasilitas kesehatan.			
Evaluasi pemberian TPT	Dilakukan jika pasien tidak mengalami hepatitis (akut atau kronis), bukan pecandu minuman beralkohol, dan tidak bergejala neuropati perifer. Penilaian dilakukan untuk menilai antara manfaat dan bahaya/efek samping/kerugian pemberian TPT.			
Informasi, Edukasi, dan Konseling	Keluarga mengetahui status TBC anggota keluarganya dan pentingnya skrining kontak, manfaat penyelesaian TPT, efek samping dan dukungan yang diterima.			

Bab 6. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring atau pemantauan merupakan salah satu fungsi manajemen untuk menilai keberhasilan pelaksanaan program tuberculosis. Pelaksanaan strategi nasional ini harus dimonitor secara berkala dan dievaluasi secara sistematis. Sebagai tahap awal sistem monitoring strategi nasional akan dikembangkan dan selanjutnya dilaksanakan secara berkala setiap tahun sebagai bagian dari pertemuan rutin monitoring evaluasi nasional. Tujuan monitoring dalam Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis adalah untuk: (1) memantau proses dan perkembangan implementasi strategi nasional secara berkala dan berkelanjutan, (2) mengidentifikasi masalah dan kesenjangan pada waktu implementasi, dan (3) mengatasi masalah yang teridentifikasi dan mengantisipasi dampak dari permasalahan. Monitoring dapat dilakukan dengan membaca dan menilai laporan rutin maupun laporan tidak rutin, serta kunjungan lapangan. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi merupakan tanggung jawab masing-masing tingkat pelaksana program, mulai dari fasilitas kesehatan, kabupaten/kota, provinsi hingga pusat.

Oleh karena itu, keterlibatan para pemangku kepentingan yang terkait dalam monitoring tahunan ini perlu diperluas, tidak hanya melibatkan para pengelola program TBC. Evaluasi strategi nasional bertujuan antara lain untuk menganalisis relevansi, efisiensi, efektivitas, dampak dan keberlanjutan strategi nasional untuk memberikan arah kebijakan jangka panjang. Prinsip-prinsip akuntabilitas, pembelajaran organisasi, peningkatan berkelanjutan dan kepemilikan program penanggulangan tuberculosis dapat diaplikasikan pada evaluasi strategi nasional ini.

Berbagai sumber data dapat dimanfaatkan untuk kepentingan monitoring dan evaluasi strategi nasional. Sumber data dapat berasal dari surveilans rutin tuberkulosis (SITB) dalam program penanggulangan tuberculosis, temuan dari berbagai hasil studi oleh kelompok riset operasional dan kelompok-kelompok riset lainnya termasuk LSM, serta evaluasi yang diselenggarakan oleh organisasi internasional (seperti *Joint External Monitoring Mission* - yang diselenggarakan setiap dua tahun dan evaluasi eksternal lainnya yang bersifat spesifik untuk komponen program penanggulangan tuberculosis). Indikator Dampak dalam upaya penanggulangan tuberculosis secara nasional akan dievaluasi melalui survei prevalensi dan analisis data mortalitas tuberculosis. Berikut ini adalah indikator dan target program tuberculosis nasional periode 2020-2024:

6.1. Indikator Dampak dan Target

Indikator	Baseline 2018	Target				
		2020	2021	2022	2023	2024
Insidensi tuberkulosis per 100.000 penduduk	319	272	252	231	211	190
Angka kematian akibat tuberkulosis per 100.000 penduduk	35	33	32	31	29	27

**Keterangan: penjelasan lebih detail mengenai Indikator Dampak dapat dilihat di Lampiran.*

6.2. Indikator Utama dan Target

Indikator	Baseline 2018	Target				
		2020	2021	2022	2023	2024
1. Cakupan penemuan dan pengobatan tuberkulosis	67%	80%	85%	90%	90%	90%
2. Jumlah kasus tuberkulosis yang ditemukan dan diobati	565.869	686.259	726.752	768.881	768.372	768.024
3. Angka keberhasilan pengobatan tuberkulosis	85%	90%	90%	90%	90%	90%
4. Cakupan pengobatan tuberkulosis resistan obat	18%	42%	60%	70%	75%	80%
5. Persentase pasien tuberkulosis resistan obat yang memulai pengobatan	48%	70%	86%	93%	94%	95%
6. Angka keberhasilan pengobatan tuberkulosis resistan obat	49%	75%	75%	80%	80%	80%
7. Cakupan penemuan kasus tuberkulosis pada anak	53%	80%	85%	90%	90%	90%
8. Pasien tuberkulosis mengetahui status HIV	37%	60%	65%	70%	75%	80%
9. Persentase ODHA yang mengetahui status tuberkulosis	82%	100%	100%	100%	100%	100%
10. Cakupan Pemberian Terapi Pencegahan tuberkulosis (TPT) pada kontak serumah	NA	11%	29%	48%	58%	68%

**Keterangan: penjelasan lebih detail mengenai Indikator Dampak dapat dilihat di Lampiran*

6.3. Indikator dan Target per Strategi

Berikut ini adalah daftar indikator dan target per strategi. Penjelasan lebih detail mengenai masing-masing indikator dapat dilihat di Lampiran XX.

Strategi 1 : Penguatan komitmen dan kepemimpinan pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota untuk mendukung percepatan eliminasi tuberkulosis 2030

Indikator	Baseline 2018	2020	2021	2022	2023	2024
1.1. Persentase Provinsi dan Kabupaten/Kota yang menjadikan Tuberkulosis masuk dalam indikator RPJMD dan Renstra dalam Penanggulangan Tuberkulosis	10%	50%	60%	70%	80%	90%
1.2. Persentase Kabupaten/Kota yang memiliki pembiayaan yang cukup untuk pemenuhan pelaksanaan SPM tuberkulosis.	NA	30%	40%	50%	60%	70%

Strategi 2 : Peningkatan Akses Layanan Tuberkulosis yang bermutu dan berpihak pada pasien

Indikator	Baseline 2018	2020	2021	2022	2023	2024
Diagnosis Tuberkulosis						
2.1. Persentase orang dengan gejala tuberkulosis (terduga) yang ditatalaksana sesuai standar (target SPM)	33%	100%	100%	100%	100%	100%
2.2. Proporsi semua kasus tuberkulosis yang terdeteksi dengan TCM	20%	65%	65%	70%	70%	75%
Tuberkulosis Resistan Obat						
2.3. Persentase notifikasi kasus tuberkulosis resistan obat	38%	65%	70%	75%	80%	85%
2.4. Jumlah kabupaten/kota dengan faskes rujukan TBC RO	209	360	380	400	460	514
TB-HIV						
2.5. Persentase pasien TB-HIV yang mendapatkan ARV selama pengobatan tuberkulosis	40%	100%	100%	100%	100%	100%
TB-DM						
2.6. Persentase pasien DM yang diskriming tuberkulosis	NA	0%	20%	30%	40%	50%

Indikator	Baseline 2018	2020	2021	2022	2023	2024
Tuberkulosis di Lapas/Rutan						
2.7. Persentase kasus tuberkulosis yang ditemukan dan diobati di Lapas/Rutan	40%	60%	70%	80%	85%	90%
Investigasi Kontak						
2.8. Persentase Indeks Kasus (kasus tuberkulosis terkonfirmasi bakteriologis) yang dilakukan IK	21%	80%	85%	90%	90%	90%
2.9. Persentase kasus tuberkulosis yang ditemukan dari hasil IK	6,7 %*	7%	8%	9%	10%	10%
Penguatan Kapasitas Laboratorium Tuberkulosis						
2.10. Persentase faskes mikroskopis yang mengikuti uji silang	42%	70%	75%	80%	85%	90%
2.11. Persentase faskes mikroskopis yang mengikuti uji silang dengan hasil baik diantara total faskes mikroskopis	25%	35%	40%	45%	50%	60%
2.12. Jumlah laboratorium Rujukan Biakan Tuberkulosis	21*	28	34	38	42	46
2.13. Jumlah laboratorium rujukan DST TB	12*	16	20	22	24	24
2.14. Faskes yang memiliki alat diagnostik molekuler	834	1.244	1.744	2.107	2.107	2.107
2.15. Jumlah Kebutuhan Alat Tes Cepat Molekuler	860	1.296	1.796	2.133	2.133	2.133
PPM/Jejaring pelayanan faskes pemerintah dan swasta						
2.15. Proporsi kab/kota yang mempunyai Tim PPM kab/kota	15%	50%	70%	90%	95%	100%
2.16. Proporsi puskesmas dan BKPM/BBKPM yang melaporkan kasus tuberkulosis diantara seluruh puskesmas dan BKPM/BBKPM	96%	100%	100%	100%	100%	100%
2.17. Proporsi rumah sakit pemerintah dan klinik pemerintah yang melaporkan kasus tuberkulosis diantara seluruh rumah sakit pemerintah dan klinik pemerintah	63%	75%	82%	87%	92%	100%
2.18. Proporsi faskes swasta yang melaporkan kasus tuberkulosis	9%	15%	18%	20%	25%	30%

	Indikator	Baseline 2018	2020	2021	2022	2023	2024
	diantara seluruh faskes swasta (Rumah Sakit Swasta, Klinik, DPM)						
2.19.	Proporsi notifikasi kasus TBC dari rumah sakit dan klinik pemerintah	16%	17%	18%	20%	22%	23%
2.20.	Proporsi notifikasi kasus TBC dari rumah sakit swasta	17%	23%	30%	31%	33%	36%
2.21.	Proporsi notifikasi kasus TBC dari dokter praktek dan klinik swasta	0,6%	1%	1%	1%	1%	1.4%
2.22.	Persentase angka keberhasilan pengobatan di faskes swasta	39%	75%	80%	85%	85%	90%

Catatan: *data diperoleh per Desember 2019

Strategi 3: Optimalisasi upaya promosi dan pencegahan, pemberian pengobatan pencegahan tuberkulosis dan pengendalian infeksi

	Indikator	Baseline 2018	2020	2021	2022	2023	2024
3.1.	Cakupan pemberian TPT anak usia <5 tahun	10%	40%	50%	65%	80%	90%
3.2.	Cakupan pemberian TPT anak usia 5-14 tahun	NA	0%	15%	30%	40%	50%
3.3.	Cakupan pemberian TPT pada ODHA	10%	35%	40%	45%	50%	55%
3.4.	Cakupan layanan kesehatan yang sudah melaksanakan pengendalian infeksi tuberkulosis secara terpadu	NA	20%	30%	40%	50%	60%

Strategi 4: Pemanfaatan hasil riset dan teknologi skrining, diagnosis, dan tatalaksana Tuberkulosis

	Indikator	Baseline 2018	2020	2021	2022	2023	2024
4.1.	Jumlah penelitian yang dijadikan <i>Policy Brief</i>	8	10	15	15	20	20
4.2.	Jumlah inovasi baru yang diimplementasikan (aplikasi berbasis teknologi-informasi, obat baru, upaya diagnosis baru,	1	1	1	1	1	1

Indikator	Baseline 2018	2020	2021	2022	2023	2024
skirining, alur diagnosis tuberkulosis yang baru, dll)						
4.3. Jumlah provinsi yang melakukan riset operasional tuberkulosis	5	8	10	15	20	25

Strategi 5: Peningkatan peran serta komunitas, mitra dan multisektor lainnya dalam eliminasi Tuberkulosis

Indikator	Baseline 2018	2020	2021	2022	2023	2024
5.1. Jumlah provinsi yang melibatkan organisasi profesi di wilayah setempat	22	30	34	34	34	34
5.2. Jumlah provinsi yang memiliki jejaring mantan pasien tuberkulosis/ <i>peer support</i>	12	15	18	22	28	34
5.3. Jumlah kabupaten/kota yang memiliki kemitraan dengan LSM/CSO peduli tuberkulosis	235	300	350	400	460	514
5.4. Persentase kontribusi rujukan komunitas pada penemuan pasien tuberkulosis	12%	20%	24%	29%	34%	38%

Strategi 6: Penguatan manajemen program melalui penguatan sistem kesehatan

Indikator	Baseline 2018	2020	2021	2022	2023	2024
6.1. Persentase faskes yang melaporkan kasus TBC tepat waktu dan lengkap	60%	70%	75%	80%	85%	90%
6.2. Persentase kabupaten/kota tidak mengalami <i>stock out</i> OAT	82%	85%	85%	90%	95%	97%

Bab 7. Anggaran dan Pembiayaan

7.1. Anggaran

Penganggaran pada Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis 2020-2024 ini didasarkan atas estimasi dari kegiatan akan dilakukan dengan menggunakan standar biaya pemerintah yang dikeluarkan oleh Kementerian Keuangan. Unit biaya yang dimaksudkan antara lain akomodasi, transportasi, penyelenggaraan pertemuan rapat, lokakarya, pengadaan barang jasa kantor, dan lain-lain. Selain itu penganggaran disesuaikan dengan Dokumen Anggaran Nasional (APBN), pengajuan RPJMN di Kementerian/Lembaga terkait.

Total kebutuhan anggaran yang diperlukan untuk penanggulangan Tuberkulosis selama periode 2020-2024 diperkirakan sebesar **47.3 triliun rupiah atau setara dengan 3,34 juta USD**. Berdasarkan perhitungan kebutuhan pembiayaan Program TB Nasional di **Error! Reference source not found.**, proporsi pembiayaan terbesar ditujukan untuk pembiayaan kegiatan yang termasuk di dalam Strategi 2 sebesar 38.7 triliun rupiah (81% dari total kebutuhan pembiayaan). Sekitar 68% pembiayaan di Strategi 2 (23,8 triliun rupiah) akan dialokasikan untuk 1) pembiayaan penyediaan peralatan, consumables dan perlengkapan terkait diagnosis di laboratorium dan 2) pembiayaan penyediaan peralatan, consumables, obat-obatan terkait perawatan pasien.

Alokasi budget yang besar lainnya adalah untuk pemenuhan kapasitas SDM (9.8 triliun rupiah), biaya insentif untuk tenaga kesehatan dan administrasi program (6.2 triliun rupiah), biaya-biaya operasional, transportasi, dan akomodasi (4.48 triliun rupiah), dan biaya pengeluaran program langsung (2.8 triliun rupiah) yang khususnya untuk biaya layanan kesehatan berdasarkan pemodelan intervensi.

7.2. Pembiayaan

7.2.1. Penghitungan Kebutuhan Pembiayaan

Berdasarkan kegiatan yang perlu dilakukan pada setiap tujuan intervensi dan perkiraan anggaran sesuai dengan Standar Biaya Masukan Tahun 2019 yang diterbitkan oleh Kementerian Keuangan, serta melakukan permodelan dengan pendekatan nilai penghitungan ekonomi yang telah berbasis bukti, maka didapatkan perkiraan pembiayaan pada **Error! Reference source not found.** di bawah ini.

Tabel 10. Perkiraan pembiayaan dalam Stranas Penanggulangan Tuberkulosis 2020-2024

Strategi	2020	2021	2022	2023	2024	Kebutuhan 2020-2024
Strategi 1. Penguatan komitmen dan kepemimpinan pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota untuk mendukung percepatan eliminasi tuberkulosis 2030	92.841,33	165.735,62	176.796,24	178.901,88	174.602,70	788.877,77
Strategi 2. Peningkatan Akses Layanan Tuberkulosis Bermutu dan Berpihak Pada Pasien	5.438.013,25	6.568.104,18	8.005.047,32	9.095.192,73	9.618.463,73	38.724.821,22
Strategi 3. Optimalisasi upaya promosi dan pencegahan, pemberian pengobatan pencegahan tuberkulosis dan pengendalian infeksi	200.126,41	482.722,16	838.725,33	941.622,44	1.103.208,30	3.566.404,64
Strategi 4 Pemanfaatan hasil riset dan teknologi skrining, diagnosis, dan tatalaksana Tuberkulosis	43.689,79	63.578,66	71.528,05	68.965,19	51.357,91	299.119,61
Strategi 5 Peningkatan Peranserta Komunitas, Mitra dan Multisektor Lainnya Dalam Eliminasi Tuberkulosis	92.222,36	217.689,55	244.752,06	270.113,89	285.800,95	1.110.578,81
Strategi 6 Penguatan Manajemen Program Melalui Penguatan Sistem Kesehatan	484.972,23	578.882,70	576.749,30	575.837,85	601.642,20	2.818.084,27
KEBUTUHAN BIAYA	6.351.865,37	8.076.712,86	9.913.598,30	11.130.633,99	11.835.075,79	47.307.886,32

*Keterangan: nilai tercantum dalam juta rupiah.

Pemerintah baik pusat, provinsi, kabupaten/kota sampai dengan desa, bersama dengan pihak swasta/masyarakat dan lembaga donor menyediakan alokasi pembiayaan untuk pembangunan sistem terpadu dalam menunjang tercapainya program penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia pada kurun rencana strategis pembiayaan tahun 2020 - 2024.

Anggaran Pemerintah diutamakan untuk pelayanan, infrastruktur, sistem surveilans, dan pelaksanaan program penanggulangan Tuberkulosis. Anggaran swasta dan donor diutamakan untuk memberikan dukungan inovasi, dan bantuan teknis lainnya yang melibatkan kemitraan. Pendaan dari donor diharapkan akan berkurang secara proporsional dalam kurun waktu lima tahun ke depan dan akan diganti dengan

pendanaan lokal, yaitu antara lain: dana APBD provinsi, dana APBD kabupaten/kota, APBDesa atau dana kemitraan dengan pihak swasta, yang harus ditingkatkan untuk menutup kesenjangan kebutuhan pendanaan.

7.2.2. Proyeksi Pembiayaan (*Cost Projection Analysis*)

Proyeksi dilakukan berdasarkan penghitungan biaya kebutuhan layanan (*cost of care/services*) dan intervensi program (*cost of program*), dilakukan dengan melakukan modeling kebutuhan biaya kepada setiap intervensi dan perkiraan anggaran sesuai dengan Satuan Harga dan Standar Biaya Masukan Tahun 2019 yang diterbitkan oleh Kementerian Keuangan. Model biaya layanan (*cost of care/services*) dengan pendekatan nilai penghitungan ekonomi yang telah berbasis bukti, maka didapatkan perkiraan pembiayaan pada Tabel 11 di bawah ini.

Tabel 11. Kebutuhan biaya layanan tuberkulosis tahun 2020-2024

Strategi	2020	2021	2022	2023	2024
Diagnosis dan Pemeriksaan Terduga tuberkulosis	818,273	935,941	991,621	988,451	959,831
Perawatan Layanan TBC SO (diluar obat)	138,838	138,613	133,711	126,618	119,632
Perawatan Layanan TBC RO (diluar obat)	441,824	475,811	509,797	543,784	453,776
Pengadaan Obat Lini Satu	103,932	103,764	100,094	94,784	89,554
Pengadaan Obat Lini Kedua	366,277	394,452	422,627	450,802	376,185
Pengadaan obat TBC pada anak	1,876	1,990	2,030	1,920	1,812
Pengadaan obat Konvensional	763	959	950	810	763
TPT (diluar biaya tenaga kerja)	1,179,430	1,794,357	2,248,783	2,418,206	2,349,922

**Keterangan: nilai tercantum dalam juta rupiah.*

Dengan menggunakan penghitungan biaya dan pemodelan ekonomi, diketahui bahwa kebutuhan tertinggi untuk penanggulangan dan pengobatan tuberkulosis di Indonesia adalah untuk layanan TPT dan layanan pemeriksaan laboratorium (diagnostik). Tantangan dalam lima tahun mendatang adalah bagaimana pemerintah dapat melengkapi kebutuhan sistem kesehatannya, pada satu sisi, dan sisi lainnya yaitu pemberian anggaran pengobatan yang bermutu kepada penderita tuberkulosis di Indonesia.

Selain penggunaan pendekatan modeling untuk percepatan pemberantasan tuberkulosis di Indonesia, dalam kurun waktu 5 tahun mendatang juga dilakukan penghitungan kebutuhan anggaran bagi intervensi dan kegiatan program TBC yang bisa dilihat pada Tabel 12 berikut ini:

Tabel 12. Kebutuhan biaya program tuberkulosis tahun 2020-2024

Intervensi Kegiatan	2020	2021	2022	2023	2024
Pencegahan dan Diagnosis	3.264.393	4.150.838	5.094.862	5.720.329	6.082.361
Pengobatan dan Perawatan	2.000.087	2.543.210	3.121.612	3.504.834	3.726.650
Kolaborasi Lintas Program	26.415	33.588	41.227	46.288	49.217
Kegiatan pada sisi populasi	74.571	94.820	116.385	130.673	138.943
Penguatan Sistem Kesehatan	378.066	480.730	590.063	662.501	704.430
Peningkatan Kapasitas dan SDM	608.334	773.527	949.450	1.066.008	1.133.474
TOTAL	6.351.865	8.076.713	9.913.598	11.130.634	11.835.076

**Keterangan: nilai tercantum dalam juta rupiah.*

Dari **Error! Reference source not found.** diatas, terlihat bahwa kebutuhan biaya program tuberkulosis yang terbesar untuk lima tahun mendatang adalah untuk intervensi kegiatan pencegahan dan diagnostik. Kebutuhan biaya terbesar kedua yaitu untuk untuk pengobatan dan perawatan.

7.2.3. Sumber Pendanaan

Berdasarkan estimasi pembiayaan untuk strategi nasional dan anggaran yang dialokasikan di Kementerian/Lembaga terkait, diketahui kesenjangan pendanaan masih relatif tinggi, walaupun penanggulangan tuberkulosis di Indonesia menjadi fokus prioritas utama pembangunan indonesia yang telah dinyatakan oleh pemerintah dalam RPJMN. Penggunaan konsep *National Health Account* dan *District Health Account* akan mempermudah dalam hal identifikasi, alur dan penggunaan pendanaan untuk sektor kesehatan tidak terkecuali dalam program tuberkulosis di Indonesia. NHA/DHA diharapkan mampu menunjang data alur keuangan dari sumber pendanaan (*Source of finance and financial intermediaries*), penggunaan dana/anggaran (*Health provider and function*) sampai dengan penerima manfaat dari dana yang telah dialokasikan (*Beneficiaries*). Dengan adanya data integrasi NHA/DHA ini maka pemerintah akan mudah memantau efektifitas dan efisiensi penggunaan dana dalam sektor kesehatan tidak terkecuali dana program tuberkulosis. Data keuangan valid diselaraskan dengan pemodelan kebutuhan pendanaan akan memudahkan pemerintah dalam melakukan identifikasi kesenjangan pendanaan (*Financial gap analysis*). Kesenjangan pendanaan menunjukkan kesenjangan antara kebutuhan anggaran pada kurun waktu yang telah ditetapkan dikurangi dengan anggaran yang tersedia (atau jumlah yang akan dibayar

oleh pemerintah/donor). Hasilnya akan terlihat kekurangan pada sisi jumlah agregat pendanaan dan juga kesenjangan pada intervensi tertentu.

Sumber pendanaan dibagi sebagai berikut:

1. Dalam negeri, yang meliputi: APBN, APBD Provinsi, APBD Kabupaten/Kota, APB Desa, dan JKN.;
2. Swasta, antara lain: sektor swasta dalam kerangka tanggung jawab sosial perusahaan (CSR); dan
3. Hibah dan bantuan luar negeri.

Kebutuhan pendanaan sampai dengan tahun 2024, menunjukkan adanya kenaikan kontribusi pemerintah, baik pusat maupun daerah (Tabel 13). Skema Jaminan Kesehatan Nasional diharapkan akan menjadi model pembiayaan yang akan meringankan beban penderita tuberkulosis yang sebagian besar masih ada yang mendanai sendiri pengobatannya (out of pocket) dalam lima tahun ke depan. Kontribusi pendanaan berasal dari donor (hibah) akan menjadi pendamping dana pemerintah khususnya dalam peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dan pengenalan inovasi baru dalam layanan tuberkulosis di Indonesia. Identifikasi antara kebutuhan pendanaan dan dana yang tersedia, akan memunculkan gambaran kesenjangan pendanaan untuk lima tahun kedepan seperti yang ditampilkan di

Tabel 13 berikut ini:

Tabel 13. Gambaran ketersediaan dan kesenjangan pendanaan menurut sumber pendanaan, 2018-2024

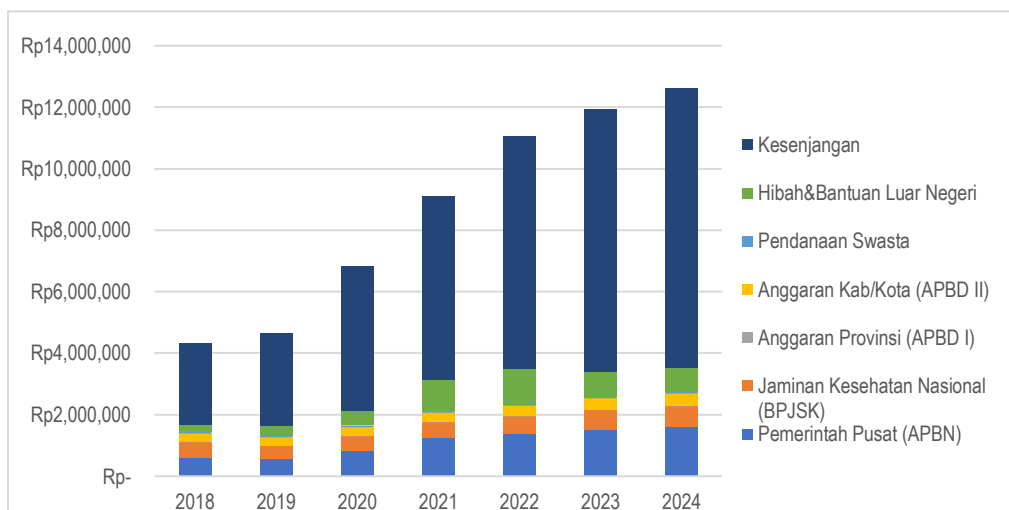
Sumber Pendanaan	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1. Pendanaan Dalam Negeri	1,383,238	1,261,650	1,589,583	2,058,480	2,291,573	2,527,264	2,684,797
• Pemerintah Pusat (APBN)	601,551	573,233	838,134	1,231,475	1,382,340	1,527,605	1,603,985
• DAK Penugasan dan reguler	-	-	349,271	534,347	641,216	769,459	807,932
• Kemenkes; Operasional dan penelitian	5,353	9,356	8,959	10,884	11,972	13,170	13,828
• Dana Dekonsentrasi ke Provinsi	7,038	10,925	8,482	12,679	13,313	13,978	14,677
• Dana Dekonsentrai melalui KKP	2,852	3,905	3,430	2,232	2,344	2,461	2,584
• Dana Dekonsentrai melalui BTKL	776	1,161	900	333	349	367	385
• Pengadaan Obat TB (APBN)	308,225	321,019	353,121	563,686	595,100	598,319	628,235
• Pengadaan Peralatan Lab (APBN)	277,306	226,868	113,972	107,315	118,046	129,851	136,344
• Jaminan Kesehatan Nasional (BPSJK)	516,889	414,044	471,152	518,267	570,094	627,103	671,001
• Anggaran Provinsi (APBD I)	3,454	8,992	8,229	9,464	9,937	10,434	11,477

• Anggaran Kabupaten/Kota (APBD II)	261,344	265,380	272,068	299,274	329,202	362,122	398,334
2. Pendanaan Swasta	49,585	51,852	54,445	57,167	60,026	63,027	66,178
3. Pendanaan Hibah dan Bantuan Luar negeri	243,637	342,876	489,183	1,027,058	1,133,445	814,567	773,839
TOTAL (1+2+3)	1,676,460	1,656,378	2,133,211	3,142,706	3,485,043	3,404,858	3,524,814
Kesenjangan	2,398,970	2,673,425	4,218,655	4,934,007	6,428,555	7,725,776	8,310,262
Kebutuhan Anggaran	4,075,430	4,329,803	6,351,865	8,076,713	9,913,598	11,130,634	11,835,076

*Catatan: dalam juta rupiah

Namun demikian, kenaikan kebutuhan untuk percepatan pemberantasan penyakit tuberkulosis di Indonesia memunculkan kebutuhan baru dalam inovasi program Tuberkulosis. Inovasi-inovasi tersebut menimbulkan konsekuensi biaya yang tidak sedikit. Tahun 2021 terjadi kenaikan kebutuhan pendanaan yang sangat signifikan, tetapi tidak diimbangi dengan kenaikan pembiayaan yang secara optimal mengimbangi kenaikan tersebut. Kesenjangan pendanaan menjadi semakin membesar untuk tahun tahun berikutnya (Gambar 37). Ini menjadi tantangan baru dalam pembiayaan program tuberkulosis di Indonesia tahun 2020-2024.

Gambar 37. Kesenjangan pendanaan berdasarkan sumber pendanaan tahun 2020-2024



*Catatan: dalam juta rupiah

Untuk mengatasi kesenjangan dalam pembiayaan maka Program Tuberkulosis nasional akan melakukan strategi sebagai berikut:

- a. Advokasi ke Dewan Perwakilan Rakyat untuk memberikan komitmen pendanaan kegiatan pengendalian TBC, yakni untuk pengadaan alat diagnostik, obat dan kegiatan pencegahan;
- b. Meningkatkan efisiensi dengan mengidentifikasi kegiatan yang bersifat lintas Kementerian/Lembaga seperti pengadaan produk kesehatan dari industri dalam negeri;
- c. Mengatasi hambatan regulasi yang terkait pengadaan produk kesehatan dengan mendorong Peraturan Presiden tentang pengendalian TBC;
- d. Desentralisasi pelayanan TBC ke tingkat layanan primer;
- e. Meningkatkan kontribusi pembiayaan dari skema Jaminan Kesehatan Nasional, khususnya untuk pelayanan TBC RO;
- f. Meningkatkan penggunaan anggaran dari kementerian lainnya, dengan mendasarkan pada Peraturan Presiden tentang pengendalian TBC;
- g. Meningkatkan alokasi pembiayaan dari pemerintah Kabupaten/Kota untuk mengatasi kebutuhan pembiayaan terkait SPM;
- h. Memobilisasi pembiayaan dari CSR, filantropi dan pendanaan sosial untuk menyediakan pendukung dan pemungkin bagi pasien TBC;
- i. Dukungan psikososial terpadu untuk pasien TBC dalam skema Jaminan Sosial Nasional;
- j. Memobilisasi donor eksternal selain Global Fund untuk membiayai kegiatan-kegiatan yang tidak bisa dilakukan menggunakan skema pendanaan nasional (APBN dan APBD).

7.2.4. Tanggung Jawab dan Kewenangan Pembiayaan

Pembagian peran dan wewenang dalam penanggulangan tuberkulosis. Pelaksanaan pembagian peran dan wewenang antara pemerintah pusat dan daerah, bertujuan untuk:

1. Meningkatkan komitmen dan kepemilikan program antara pemerintah pusat dan daerah.
2. Meningkatkan koordinasi, keterpaduan dan sinkronisasi perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan penilaian program.
3. Efisiensi, efektifitas dan prioritas program sesuai dengan kebutuhan.
4. Meningkatkan kontribusi pembiayaan program bersumber dari dana pemerintah pusat dan daerah untuk pembiayaan program secaramemadai.
5. Memperkecil kesenjangan pendanaan untuk program melalui kontribusi pendanaan yang tepat sasaran, tersistemasi, terintegrasi danberkelanjutan.

Pembagian tugas dan tanggung jawab antar kementerian pusat, provinsi, kabupaten/kota dan pemerintah desa dalam upaya penanggulangan tuberkulosis di

Indonesia sesuai dengan Undang-undang No 23 Tahun 2014, tentang Pemerintah Daerah terkait dengan Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota serta Undang undang No 6 tahun 2014 tentang pemerintah desa, Peraturan Menteri Kesehatan No. 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis direpresentasikan dalam tabel berikut:

Tabel 14. Sumber pendanaan dan kewenangan dalam pembiayaan untuk penanggulangan TBC 2020-2024

Sumber Pendanaan	Kewenangan dalam Pembiayaan
APBN	a. Menetapkan kebijakan dan strategi program penanggulangan TBC (NSPK). b. Melakukan koordinasi lintas program/lintas sektor dan kemitraan untuk kegiatan penanggulangan TBC dengan institusi terkait ditingkat nasional. c. Memenuhi kebutuhan Obat Anti TBC (OAT) lini1 dan lini2 (TB-RO). d. Memenuhi kebutuhan perbekalan kesehatan, reagensia dan penunjang laboratorium lain untuk penegakan diagnosis TBC sebagai penyangga kegiatan atau buffer. e. Pemantapan mutu obat dan laboratorium TBC. f. Monitoring, evaluasi dan pembinaan teknis kegiatan penanggulangan TBC. g. Pendanaan kegiatan operasional penanggulangan TBC yang terkait dengan tugas pokok dan fungsi. h. Pendanaan kegiatan peningkatan SDM penanggulangan TBC terkait dengan tugas pokok dan fungsi.
APBD Provinsi	a. Melaksanakan penetapan kebijakan dan strategi program penanggulangan TBC (NSPK). b. Menyediakan kebutuhan perbekalan kesehatan, reagensia dan penunjang laboratorium lain untuk penegakan diagnosis TBC sebagai penyangga kegiatan atau buffer. c. Melakukan koordinasi lintas program/lintas sektor dan kemitraan untuk kegiatan penanggulangan TBC dengan institusi terkait ditingkat provinsi. d. Mendorong ketersediaan dan peningkatan kemampuan tenaga kesehatan Penanggulangan TBC. e. Pemantauan dan pemantapan mutu atau quality assurance untuk pemeriksaan laboratorium sebagai penunjang diagnosis TBC. f. Monitoring, evaluasi dan pembinaan teknis kegiatan Penanggulangan TB, pemantapan surveilans epidemiologi TBC ditingkat kabupaten/kota. g. Pendanaan kegiatan operasional penanggulangan TBC yang terkait dengan tugas pokok dan fungsi.

Sumber Pendanaan	Kewenangan dalam Pembiayaan
	h. Pendanaan kegiatan peningkatan SDM penanggulangan TBC terkait dengan tugas pokok dan fungsi.
APBD Kabupaten/Kota	a. Melaksanakan ketetapan kebijakan dan strategi program penanggulangan TBC (NSPK). b. Menyediakan kebutuhan perbekalan kesehatan dan bahan pendukung diagnosis. c. Menyediakan kebutuhan pendanaan untuk operasional program Penanggulangan TBC. d. Melakukan koordinasi lintas program dan lintas sektor serta jejaring kemitraan untuk kegiatan penanggulangan TBC dengan institusi terkait ditingkat Kabupaten. e. Menyediakan kebutuhan pendanaan kegiatan peningkatan SDM penanggulangan TBC di wilayahnya. f. Menyediakan bahan untuk promosi TBC.
APBDesa	a. Menyelenggarakan kampanye dan promosi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), gizi seimbang, dan pencegahan penanggulangan penyakit dan penyakit menular seperti HIV/AIDS dan atau TBC, b. Pengadaan, Pembangunan, Pengembangan dan Pemeliharaan Sarana Prasarana Kesehatan tingkat desa yang bisa dipergunakan sebagai tempat preventif, promotif dan penjangkaran awal terduga TBC, seperti Balai Pengobatan; Posyandu; Poskesdes/Polindes.
Jaminan Kesehatan Nasional	a. Pelayanan Diagnostik tingkat lanjut dan rujukan sekunder/tersier b. Pelayanan Rawat inap lanjutan/Penanganan TB tingkat lanjut dan rujukan sekunder (TBC RO, TBC SO).
Pihak Swasta dan Lembaga Donor	a. Pengembangan inovasi intervensi-intervensi baru penanggulangan TBC. b. Bantuan teknis dan bantuan peningkatan kapasitas. c. Dukungan pendanaan selain program yang telah dianggarkan oleh pemerintah.

Bab 8. Peran Pemangku Kepentingan

Peran pemangku kepentingan dalam implementasi strategi nasional penanggulangan Tuberkulosis 2020-2024 sangat penting, mengingat tipologi strategi yang ditetapkan

merupakan strategi yang memerlukan keterlibatan berbagai sektor secara optimal. Dalam bab ini dijelaskan peran pemangku baik di Kementerian Kesehatan maupun lintas sektor dalam implementasi intervensi dan kegiatan dalam strategi penanggulangan TB 2020-2024.

8.1. Peran Multipihak dan Lintas program

Peran multipihak dan lintas program dalam penanggulangan Tuberkulosis sudah digagas pada beberapa pertemuan antara lain Pertemuan Konsensus Nasional Penyusunan Strategi Nasional Tuberkulosis 2020-2024 tanggal 15-18 Oktober 2019, Pertemuan Lanjutan Penyusunan Stranas Tuberkulosis tanggal 12-15 November 2019 dan Lokakarya Sinergi Multisektor dalam Eliminasi Tuberkulosis tanggal 11 Desember 2019. Berikut peran lintas multipihak dan lintas program dalam penanggulangan tuberkulosis:

8.1.1. Peran Kementerian/Lembaga

Tabel 15. Peran Kementerian/Lembaga dalam penanggulangan TBC

Kementerian/Lembaga	Peran
Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan	a. Mengkoordinasikan peningkatan komitmen, peran dan dukungan seluruh jajaran lintas sektor dalam pencegahan dan pengendalian Tuberkulosis secara nasional menuju eliminasi tuberkulosis 2030 diperkuat dengan regulasi
Kementerian Perencanaan Nasional/ Bappenas	a. Mengkoordinasikan perencanaan lintas Sektor untuk menjamin alokasi anggaran yang mencukupi dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya terkait pencegahan dan pengendalian tuberkulosis guna mencapai eliminasi tuberkulosis 2030 b. Memfasilitasi ketersediaan anggaran khusus untuk deteksi dini dan tatalaksana tuberkulosis dalam akselerasi pencapaian target RPJMN dan SDGS
Kementerian Dalam Negeri	a. Melakukan pembinaan dan pengawasan pada jajaran pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota dalam pencapaian target SPM b. Melakukan pembinaan dan pengawasan pada jajaran pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota agar dapat mengaloaksikan anggaran yang mencukupi untuk pencegahan dan pengendalian tuberkulosis c. Melakukan pembinaan dan pengawasan pada jajaran pemerintah daerah agar menginternalisasi indikator tuberkulosis ke dalam dokumen perencanaan pembangunan daerah (RPJMD/RKPD) d. Melakukan koordinasi dengan Tim Penggerak PKK Pusat agar seluruh jajaran PKK mendukung pencegahan dna

Kementerian/Lembaga	Peran
	pengendalian tuberkulosis melalui promosi, deteksi dini dan rujukan kasus tuberkulosis ke fasyankes. e. Bekerjasama dalam penyediaan NIK sebagai satu <i>single-entry</i> di fasyankes.
Kementerian Luar Negeri	a. Menjamin akses layanan tuberkulosis sesuai standar bagi warga negara Indonesia yang sedang berada di luar negeri maupun yang sedang bekerja di luar negeri
Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia	a. Melakukan fasilitasi dan harmonisasi dalam penerbitan regulasi terkait: (i) penghapusan stigma dan diskriminasi terhadap penderita penyakit tertentu termasuk pasien tuberkulosis, (ii) pencegahan penularan dan pengendalian tuberkulosis termasuk kewajiban berobat sampai sembuh bagi semua penderita Tuberkulosis dan bagi mereka yang mendapatkan terapi pencegahan tuberkulosis. b. Menetapkan kebijakan dan melakukan pergerakan pelaksanaan agar pelayanan Tuberkulosis di rutan/lapas/rumah detensi/ faskes dari jajaran kemenhukham dilaksanakan sesuai standar
Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat	a. Menetapkan kebijakan tentang pembangunan rumah sesuai standar rumah sehat di seluruh Indonesia b. Menetapkan kebijakan tentang penyediaan rumah sehat bagi pasien tuberkulosis yang belum memilikinya didukung dengan anggaran yang cukup dan penggalakan pelaksanaan
Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi	a. Menetapkan kebijakan tentang Layanan Tuberkulosis sesuai standar dan pergerakan pelaksanaannya di tempat kerja/perusahaan termasuk sosialisasi, deteksi dini, tatalaksana dan pengobatan b. Menetapkan kebijakan tentang kewajiban tidak menularkan Tuberkulosis bagi calon jemaah haji dan calon TKI dan pergerakan pelaksanaan c. Memberikan kesempatan pelatihan okupasi bagi penderita tuberkulosis untuk meningkatkan pendapatan mereka
Kementerian Komunikasi dan Informatika	a. Menetapkan kebijakan tentang kewajiban menayangkan sosialisasi/promosi tentang program kesehatan prioritas termasuk tuberkulosis bagi media massa mainstream dan online b. Melaksanakan sosialisasi/promosi tentang program kesehatan prioritas termasuk tuberkulosis melalui media di lingkungan kemenkoinfo dan didukung sumber daya yang dimiliki
Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan	a. Menetapkan kebijakan tentang muatan pencegahan dan pengendalian penyakit termasuk Tuberkulosis ke dalam kurikulum pendidikan umum, dasar, menengah, dan tinggi

Kementerian/Lembaga	Peran
Kementerian Agama	a. Menetapkan kebijakan tentang pencegahan dan pengendalian penyakit termasuk tuberkulosis di semua institusi pendidikan agama dan pergerakan pelaksanaannya b. Membuat kebijakan untuk pelaksanaan skrining tuberkulosis pada anak-anak yang akan menjadi santriwan-santriwati baru saat akan masuk pondok pesantren. c. Berkoordinasi dengan Dinas kesehatan maupun puskesmas di wilayah domisili pesantren.
Kementerian Desa dan daerah tertinggal	a. Melakukan pergerakan pelaksanaan agar kebijakan pengalokasian anggaran dana desa untuk kesehatan di seluruh desa di Indonesia mencakup pencegahan dan pengendalian tuberkulosis
Kementerian Sosial	a. Menetapkan kebijakan tentang dukungan bagi pasien tuberkulosis dari keluarga miskin yang antara lain mencakup pemberian makanan tambahan, biaya transport penderita untuk berobat ke faskes
Kementerian Riset dan Teknologi	a. Menetapkan kebijakan tentang topik penelitian berbagai aspek tentang pencegahan, pengendalian dan epidemiologi Tuberkulosis, termasuk pengembangan obat, vaksin, dan alat serta bahan untuk diagnosis
Kementerian Perhubungan	a. Menetapkan kebijakan tentang penyediaan sarana, prasarana dan sumber daya untuk pelaksanaan Promosi pencegahan dan pengendalian tuberkulosis pada semua sarana transportasi
Badan Usaha Milik Negara	a. Menetapkan kebijakan tentang pelayanan tuberkulosis mencakup deteksi dini TB, tatalaksana dan pengobatan pada pekerja di perusahaan BUMN
Badan Pengawas Obat dan Makanan	a. Melakukan bimbingan dan memberikan solusi terkait kendala pada saat pengembangan OAT dan memberlakukan <i>fast track</i> untuk registrasi obat program guna mempercepat ketersediaan OAT di masyarakat. b. Melakukan pemantauan kualitas OAT c. Penguatan farmakovigilans OAT
Kepolisian Negara Republik Indonesia (POLRI)	a. Menetapkan kebijakan tentang layanan tuberkulosis sesuai standar mencakup deteksi dini, pencegahan, tatalaksana dan pengobatan pada semua fasyankes milik POLRI dan pergerakan pelaksanaan
Badan Pengelola Jaminan Kesehatan Nasional	a. Menetapkan kebijakan pembiayaan layanan tuberkulosis sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan b. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan pelayanan tuberkulosis yang pembiayaannya ditanggung dalam Jaminan Kesehatan Nasional

Kementerian/Lembaga	Peran
Tentara Nasional Indonesia (TNI)	a. Menetapkan kebijakan tentang layanan tuberkulosis sesuai standar mencakup deteksi dini, pencegahan, tatalaksana dan pengobatan pada semua fasyankes milik TNI
Organisasi profesi/organisasi penyedia layanan/dll	a. Menjamin agar pelaksanaan/tatalaksana Tuberkulosis oleh anggota organisasi sesuai standar b. Menjamin agar kegiatan deteksi dini dan pengobatan oleh anggota organisasi dilaporkan pada Dinas Kesehatan setempat
Badan Amil Zakat Nasional	a. Menyalurkan dana bantuan untuk penyediaan pemberian makanan tambahan bagi penderita Tuberkulosis
Pembinaan Kesejahteraan Keluarga	a. Menggerakkan pelaksanaan promosi tentang pencegahan dan pengendalian tuberkulosis di tingkat desa/kelurahan oleh anggota PKK
Pramuka	a. Menggerakkan pelaksanaan promosi tentang pencegahan dan pengendalian tuberkulosis di semua gugus depan dan lingkungan sekitar oleh anggota pramuka
Lembaga swadaya masyarakat	a. Mendukung pemerintah dalam mencapai target terhadap indikator nasional yang telah ditetapkan b. Mendukung inovasi-inovasi yang efektif sesuai dengan potensi dan kapasitas c. Mendorong harmonisasi program Tuberkulosis secara lintas sektor d. Mendorong pelayanan Tuberkulosis yang sesuai standar e. Meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap Tuberkulosis dan dalam mencari layanan kesehatan secara proaktif f. Memobilisasi dukungan, sumber daya, dan upaya dari berbagai pemangku kepentingan di tingkat nasional dan internasional melalui sebuah skema kemitraan untuk upaya pengendalian Tuberkulosis di Indonesia g. Mempengaruhi kebijakan terkait Tuberkulosis melalui advokasi kepada pemangku kepentingan
Civil Society Organization	a. Penemuan/penjangkauan terduga/suspek Tuberkulosis b. Merujuk ke faskes c. Pendampingan minum obat d. Edukasi dan promosi Tuberkulosis e. Peningkatan kapasitas pasien Tuberkulosis
Pemerintah Desa	a. Menentukan prioritas upaya penanggulangan tuberkulosis di tingkat desa yang menjadi bagian dari daftar kewenangan lokal berskala Desa. b. Memastikan kegiatan prioritas upaya penanggulangan tuberkulosis tingkat desa menjadi bagian dari dokumen perencanaan pembangunan Desa (RPJMDesa, RKPDesa) untuk keberlanjutan program dan dibiayai melalui

Kementerian/Lembaga	Peran
	APBDesa termasuk Dana Desa secara bertahap sampai tahun 2030 (sesuai dengan masa RPJMDesa) c. Memastikan pendampingan oleh OPD, pendamping profesional dan pendamping teknis termasuk upaya peningkatan kapasitas masyarakat dalam pengelolaan kegiatan penanggulangan tuberkulosis secara berkelanjutan. d. Koordinasi untuk pembinaan dan pengawasan dengan OPD kabupaten/kota e. Melakukan evaluasi kegiatan penanggulangan tuberkulosis oleh Desa dan supra Desa secara berkala.

8.1.2. Peran Lintas Unit/Program

Tabel 16. Peran lintas unit/program Kementerian Kesehatan dalam penanggulangan TBC

Unit/Program	Peran dan Dukungan Sumber daya
Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung	a. Merumuskan kebijakan dan SOP dalam Skrining Tuberkulosis pada pasien HIV (Subdit HIV) b. Menyediakan alat dan habis pakai untuk skrining dan penegakan diagnosis HIV pada pasien TBC c. Mendorong perluasan cakupan layanan TBC-HIV di puskesmas d. Memfasilitasi dan melakukan penggerakan pelaksanaan pemberian profilaksis pada ODHA yang terbukti tidak Tuberkulosis melalui pelatihan, sosialisasi dan bimtek
Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular	a. Merumuskan kebijakan dan SOP dalam Skrining Tuberkulosis pada pasien DM, perokok dan pasien penyakit paru obstruktif kronis b. Memfasilitasi skrining Tuberkulosis terintegrasi dan melakukan penggerakan pelaksanaan pada kegiatan POS BINDU PTM melalui pelatihan terintegrasi dan Bimtek
Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat	a. Merumuskan kebijakan dan SOP Skrining calon pengantin, ibu hamil, anak (balita dengan pendekatan MTBS, usia sekolah dan remaja dengan penjangkaran kesehatan) dan lansia untuk mendeteksi tuberkulosis. b. Merumuskan kebijakan dan melakukan penggerakan pelaksanaan pemberian profilaksis pada anak yang memenuhi syarat
Direktorat Promosi Kesehatan dan	a. Merumuskan strategi komunikasi, informasi dan edukasi promosi tuberkulosis

Unit/Program	Peran dan Dukungan Sumber daya
Pemberdayaan Masyarakat	b. Memberdayakan masyarakat agar mampu melakukan deteksi dini berdasarkan gejala, mempromosikan cara pencegahan dan pengendalian tuberkulosis di rumah tangga dan lingkungan sekitar dan atau berperan menjadi PMO c. Memasukkan dukungan pembiayaan pencegahan pengendalian tuberkulosis didalam pedoman tentang pelibatan kalangan swasta dan dunia usaha perusahaan melalui <i>corporate social responsibility</i> (CSR) perusahaan yang bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	a. Memastikan indikator kinerja Tuberkulosis menjadi salah satu indikator utama dalam akreditasi RS dan Puskesmas b. Memastikan pelayanan tuberkulosis menjadi salah satu indikator mutu pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan primer dan rujukan c. Melakukan penggerakan pelaksanaan agar kebijakan mandatory notifikasi Tuberkulosis terlaksana di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan d. Memastikan agar Standar Operasional Prosedur (SOP) Pencegahan Penyakit Infeksi (PPI) Tuberkulosis diterapkan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan e. Memastikan kualitas pelayanan tuberkulosis di Puskesmas dan RS yang terakreditasi terlaksana secara berkelanjutan f. Memperluas pelayanan tuberkulosis resistan obat sesuai standar di Rumah Sakit/Balai Kesehatan sehingga setiap kabupaten/kota mampu melaksanakannya. g. Melakukan jaga mutu seluruh pelayanan laboratorium Tuberkulosis di semua fasyankes. h. Melakukan uji silang hasil pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis di fasyankes pemeriksa dengan hasil fasyankes rujukan i. Memasukkan uji silang hasil pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis di fasyankes pemeriksa dengan hasil fasyankes rujukan menjadi salah satu indikator akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan primer dan rujukan j. Menambah jumlah laboratorium rujukan pemeriksaan biakan tuberkulosis sehingga tersedia di setiap provinsi k. Menambah jumlah laboratorium rujukan pemeriksaan uji kepekaan obat menjadi 22 fasyankes di tahun 2024

Unit/Program	Peran dan Dukungan Sumber daya
	I. Menambah rumah sakit yang mengintegrasikan Sistem Informasi Rumah sakit dengan sistem informasi tuberkulosis menjadidi tahun 2024
Direktorat Tata Kelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan	a. Melaksanakan pengadaan OAT (OAT lini pertama dan OAT lini kedua termasuk short regimen) agar tersedia tepat waktu dalam jumlah yang mencukupi di seluruh fasyankes b. Melaksanakan pengadaan logisibutic non-OAT agar tersedia tepat waktu dalam jumlah yang mencukupi di seluruh fasyankes
Pusat Data dan Informasi	a. Menyediakan sarana dan parsarana untuk mendukung Integrasi sistem informasi Tuberkulosis dengan sistem informasi lain agar dapat digunakan secara bermanfaat dan berkelanjutan di Kantor Pusat Kementerian kesehatan b. Melaksanakan pengembangan sistem informasi Tuberkulosis dengan sistem informasi lain apabila telah terintegrasi sehingga dapat agar dapat digunakan secara bermanfaat dan berkelanjutan oleh semua fasilitas pelayanan kesehatan
Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan	a. Menetapkan pembakuan pelatihan dan kurikulum pelatihan/TOT Tuberkulosis untuk semua jenis SDM kesehatan di bidang tuberkulosis b. Memastikan agar setiap jenis pelatihan tuberkulsis terakreditasi
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	b. Melakukan penelitian dan pengembangan berbagai aspek tentang pencegahan, pengendalian dan epidemiologi Tuberkulosis, termasuk pengembangan obat, vaksin, dan alat serta bahan untuk diagnosis
Biro Hukum	a. Melakukan fasilitasi dalam penyusunan regulasi terkait pencegahan dan pengendalian Tuberkulosis
Biro Perencanaan	a. Melakukan fasilitasi pengalokasian anggaran di jajaran lintas program agar dapat melaksanakan pencegahan dan pengendalian tuberkulosis sesuai tugas dan fungsi masing-masing terkait Tuberkulosis guna tercapainya target pengendalian tuberkulosis dalam Renstra dan RPJMN
Pusat Komunikasi Publik dan Pelayanan Masyarakat	b. Melakukan upaya pelibatan media massa mainstream dan online serta lembaga swadaya masyarakat/kalangan swasta/dunia usaha agar berperan/mendukung dalam sosialisasi dan advokasi tentang pencegahan dan pengendalian tuberkulosis

8.2. Peran Pusat, Provinsi, dan Daerah

8.2.1. Peran Tingkat Pusat

- a. Menetapkan kebijakan dan strategi program penanggulangan TB (NSPK).
- b. Melakukan koordinasi lintas program/lintas sektor dan kemitraan untuk kegiatan Penanggulangan TB dengan institusi terkait di tingkat nasional.
- c. Memenuhi kebutuhan Obat Anti TB (OAT) lini 1 dan lini 2 (TB- RO).
- d. Memenuhi kebutuhan perbekalan kesehatan, reagensia dan penunjang laboratorium lain untuk penegakan diagnosis TB sebagai penyangga kegiatan atau buffer.
- e. Mengawasi dan menjamin mutu obat serta laboratorium Tuberkulosis.
- f. Monitoring, evaluasi dan pembinaan teknis kegiatan Penanggulangan TB.
- g. Menyediakan dana untuk kegiatan operasional Penanggulangan TB yang terkait dengan tugas pokok dan fungsi.
- h. Menyediakan dana untuk kegiatan peningkatan SDM Penanggulangan TB terkait dengan tugas pokok dan fungsi.

8.2.2. Peran Tingkat Provinsi

- a. Memastikan Program Tuberkulosis masuk dalam indikator RPJMD dan Renstra untuk Penanggulangan Tuberkulosis.
- b. Memastikan pelaksanaan kegiatan penanggulangan Tuberkulosis oleh kabupaten/kota melalui monitoring dan bimbingan teknis.
- c. Melaksanakan ketetapan kebijakan dan strategi program penanggulangan TB (NSPK) sesuai tugas dan fungsi.
- d. Menyediakan kebutuhan perbekalan kesehatan, reagensia dan penunjang laboratorium lain untuk penegakan diagnosis TB sebagai penyangga kegiatan atau buffer.
- e. Melakukan koordinasi lintas program/lintas sektor dan kemitraan untuk kegiatan Penanggulangan TB dengan institusi terkait di tingkat provinsi.
- f. Mendorong ketersediaan dan peningkatan kemampuan tenaga kesehatan Penanggulangan TB.
- g. Melakukan pemantauan dan pemantapan mutu atau quality assurance untuk pemeriksaan laboratorium sebagai penunjang diagnosis TB.
- h. Melaksanakan monitoring, evaluasi dan pembinaan teknis kegiatan Penanggulangan TB, pemantapan surveilans epidemiologi TB di tingkat kabupaten/kota.

- i. Menyediakan dana untuk kegiatan operasional Penanggulangan TB yang terkait dengan tugas pokok dan fungsi.
- j. Menyediakan dana untuk kegiatan peningkatan SDM Penanggulangan TB terkait dengan tugas pokok dan fungsi.

8.2.3. Peran Tingkat Kabupaten/Kota

- a. Memastikan Program Tuberkulosis masuk dalam indikator RPJMD dan Renstra untuk Penanggulangan Tuberkulosis.
- b. Melaksanakan ketetapan kebijakan dan strategi program penanggulangan TB (NSPK) yang telah diterbitkan oleh Kementerian.
- c. Menjamin pelaksanaan penanggulangan Tuberkulosis.
- d. Menyediakan kebutuhan perbekalan kesehatan dan bahan pendukung diagnosis.
- e. Menyediakan kebutuhan pendanaan untuk operasional program Penanggulangan Tuberkulosis.
- f. Melakukan koordinasi lintas program dan lintas sektor serta jejaring kemitraan untuk kegiatan Penanggulangan TBC dengan institusi terkait di tingkat kabupaten.
- g. Menyediakan kebutuhan Pendanaan kegiatan peningkatan SDM Penanggulangan TB di wilayahnya.
- h. Menyediakan bahan untuk promosi TBC.

Daftar Pustaka

- Alisjahbana, B., Parwati, C. G., Putri, F. A., Meyanti, F., Post, E., Probandari, A., Nadjib, M., Farid, M. N., Wicaksono, D. B., Nurjannah, Pambudi, I., & Tiemersma, E. W. (2019). *Skrining aktif TBC dengan kombinasi gejala, faktor risiko, pemeriksaan ronsen dan Tes Cepat Molekuler (GeneXpert MTB/RIF) untuk menemukan kasus TBC lebih banyak (Policy Brief)* (No. 1; Oktober).
- Apriani, L., Alisjahbana, B., Ruslami, R., McAllister, S., Sharples, K., Hill, P., & Menzies, D. (2019a). *Pejuang TB yang terabaikan: apa yang bisa dilakukan untuk mereka? (Policy Brief)* (No. 1; Oktober 2019). <https://doi.org/10.6092/unibo/amsacta/6247>
- Apriani, L., Alisjahbana, B., Ruslami, R., McAllister, S., Sharples, K., Hill, P., & Menzies, D. (2019b). *Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TB: Bagaimana Implementasinya di Fasilitas Pelayanan Kesehatan?* (No. 1; Oktober).
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan dan Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, K. K. R. (2018). *Survei Resistansi Obat Anti Tuberkulosis (SROAT) 2017-2018*.
- Dewi, C., Barclay, L., Passey, M., & Wilson, S. (2016). *Improving knowledge and behaviours related to the cause, transmission and prevention of Tuberculosis and early case detection: a descriptive study of community led Tuberculosis program in Flores, Indonesia*. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3448-4>
- Fitriangga, A., Siswani, Nasip, M., Riono, P., & Simon, S. (2019). *Pelibatan Mantan Orang dengan TBC dalam Penemuan Terduga Kasus TBC* (No. 1; Oktober).
- Fuady, A., Houweling, T. A. J., Mansyur, M., Burhan, E., & Richardus, J. H. (2019). Effect of financial support on reducing the incidence of catastrophic costs among tuberculosis-affected households in Indonesia: Eight simulated scenarios. *Infectious Diseases of Poverty*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40249-019-0519-7>
- Fuady, A., Houweling, T. A. J., Mansyur, M., & Richardus, J. H. (2018). Catastrophic total costs in tuberculosis-affected households and their determinants since Indonesia's implementation of universal health coverage. *Infectious Diseases of Poverty*, 7(3), 14. <https://doi.org/10.1186/s40249-017-0382-3>
- Gani, A., & Budiharsana, M. P. (2018). *The Consolidated Report on Indonesia Health Sector Review 2018*.
- Herawanto. (2019). *Temukan HIV Melalui Inisiasi Petugas TBC* (Issue 1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095459>
- IO PPM. (2019). *Hasil Evaluasi Data Penyisiran Kasus Tuberkulosis 2018*.
- Karyadi, E., West, C. E., Nelwan, R. H. H., Dolmans, W. M. V., Schultink, J. W., & Van Der Meer, J. W. M. (2002). Social aspects of patients with pulmonary tuberculosis in Indonesia. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 33(2), 338–345.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Survei Prevalensi Tuberkulosis Indonesia 2013-2014* (D. A. Musadad, P. Riono, & I. Onozaki (eds.)). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan dan Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Rencana Aksi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Indonesia 2016-2020*. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Data dan Informasi - Profile Kesehatan Indonesia 2018*. https://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Informasi_Profil-Kesehatan-Indonesia-2018.pdf
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Lembar Fakta TBC di Indonesia*. Sub-direktorat TB, Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Rancangan Awal Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2020-2024*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Kementerian PPN/Bappenas Republik Indonesia. (2020). *Rancangan teknokratik: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2020-2024*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Kurniawati, A., Padmawati, R. S., & Mahendradhata, Y. (2019). Acceptability of mandatory tuberculosis notification among private practitioners in Yogyakarta, Indonesia. *BMC Research Notes*, 12(543), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4581-9>
- Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P., & Prawira, J. (2017). The Republic of Indonesia Health System Review. In K. Hort & W. Patcharanarumol (Eds.), *Health Systems in Transition* (Vol. 7, Issue 1). World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254716>
- Marguari, D., Basri, C., Indrasari, W., & Sebayang, M. (2019). *Social Barriers to Accessing Quality TB Service : Key population , Legal Environment and Gender Assessment*.
- Meijerink, H., Wisaksana, R., Lestari, M., Meilana, I., Chaidir, L., Van Der Ven, A. J. A. M., Alisjahbana, B., & Van Crevel, R. (2015). Active and latent tuberculosis among HIV-positive injecting drug users in Indonesia. *Journal of the International AIDS Society*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.7448/IAS.18.1.19317>
- Ministry of Health Republic of Indonesia, N. T. P. (2019). *Acceleration Plan for Programmatic Management of Drug-resistant Tuberculosis (PMDT) Indonesia 2020* (Issue December). Ministry of Health Republic of Indonesia.
- Morita Saktiawati, A. I., Subronto, Y. W., Stienstra, Y., Supit, F., & van der Werf, T. S. (2019). Sensitivity and specificity of routine diagnostic work-up for tuberculosis in lung clinics in Yogyakarta, Indonesia: a cohort study. *BMC Public Health*, 19(363). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6658-8>
- Natalius, J. (2019). *TB Laten di Lapas Rutan Suatu Keniscayaan (Policy Brief)* (No. 1; Oktober 2019).
- Pambudi, I. (2019). *Evaluasi Program Penanggulangan Tuberkulosis 2018-2019 (Q1-Q3)*. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) Kementerian Kesehatan RI.
- Prasetyowati, I., Wati, D. M., Ariyanto, Y., Jati, S. K., Sulthony, M., Wahyuni, C. U., & Artawan, I. G. (2019). *Peraturan Desa untuk Mendukung Kepatuhan Berobat TB RO (Policy Brief)* (No. 1; Oktober, Issue 1).
- Probandari, A., Sanjoto, H., Mahanani, M. R., Azizatunnisa, L., & Widayati, S. (2019). Being safe, feeling safe, and stigmatizing attitude among primary health care staff in providing multidrug-resistant tuberculosis care in Bantul District, Yogyakarta Province, Indonesia. *Human Resources for Health*, 17(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0354-8>
- Probandari, A., Widjanarko, B., Mahendradhata, Y., Sanjoto, H., Cerisha, A., Nungky, S., Riono, P., Simon, S., Farid, M. N., Giriputra, S., Putra, A. E., Burhan, E., Wahyuni, C. U., Mustikawati, D., Widianingrum, C., Tiemersma, E. W., & Alisjahbana, B. (2016). The path to impact of operational research on tuberculosis control policies and practices in Indonesia The path to impact of operational research on tuberculosis control policies and practices in Indonesia. *Global Health Action*, 9, 29866. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.29866>
- Rodriguez-Fernandez, R., Ng, N., Susilo, D., Prawira, J., Bangs, M. J., & Amiya, R. M. (2016). *The double burden of disease among mining workers in Papua, Indonesia: at the crossroads between Old and New health paradigms*. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3630-8>
- Roslina, S. (2019). *Sukses Pengobatan TBC dengan Puzzle Patuh TB* (No. 1; Oktober).
- Saktiawati, A. M. I., & Subronto, Y. W. (2018). Influence of Diabetes Mellitus on the Development of Multi Drug Resistant-Tuberculosis in Yogyakarta. *Acta Medica Indonesiana*, 50(1), 11–17.
- Stop TB Partnership. (2019a). *Stop TB Partnership | Country Targets*.
- Stop TB Partnership. (2019b). *UN HIGH-LEVEL MEETING ON TB KEY TARGETS & COMMITMENTS FOR 2022*. http://www.stoptb.org/assets/documents/global/advocacy/unhlm/UNHLM_Targets&Commitments.pdf

- Surya, A., Setyaningsih, B., Suryani Nasution, H., Gita Parwati, C., Yuzwar, Y. E., Osberg, M., Hanson, C. L., Hymoff, A., Mingkwan, P., Makayova, J., Gebhard, A., & Waworuntu, W. (2017). Quality Tuberculosis Care in Indonesia: Using Patient Pathway Analysis to Optimize Public-Private Collaboration. *Journal of Infectious Diseases*, 216, S724–S732. <https://doi.org/10.1093/infdis/jix379>
- Syahrul, F., Yuliandari, R. D., Artanti, K. D., Sulistyowati, M., & Mirasa, Y. A. (2019). *Pelibatan Dokter Praktik Mandiri (DPM) dalam Upaya Penemuan Kasus TBC Anak* (No. 1; Oktober).
- The Global Fund. (2019). *Baseline Assessment - Indonesia. Scaling up Programs to Reduce Human Rights Related Barriers to HIV and TB Services* (Issue September). https://www.theglobalfund.org/media/8721/crg_humanrightsbaselineassessmentindonesia_report_en.pdf?u=637066568250000000
- The World Bank. (2018). *Improving Indonesia's Health Outcomes*. <http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTOPHEANUT/Resources/health.pdf>
- Triasih, R., Robertson, C., Duke, T., & Graham, S. M. (2015). Risk of infection and disease with Mycobacterium tuberculosis among children identified through prospective community-based contact screening in Indonesia. *Tropical Medicine and International Health*, 20(6), 737–743. <https://doi.org/10.1111/tmi.12484>
- UNAIDS. (2019). *UNAIDS DATA 2019*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf
- USAID. (2019). *Challenge TB - INDONESIA Final Report*.
- Uyainah ZN, A., Herikurniawan, & Mas'ud, I. (2019). *Kemampuan jemaah haji dengan infeksi tuberkulosis dalam melaksanakan ibadah haji (Policy Brief)* (No. 1; Oktober, Issue 1).
- van den Hof, S., Collins, D., Hafidz, F., Beyene, D., Tursynbayeva, A., & Tiemersma, E. (2016). The socioeconomic impact of multidrug resistant tuberculosis on patients: results from Ethiopia, Indonesia and Kazakhstan. *BMC Infectious Diseases*, 16(1), 470. <https://doi.org/10.1186/s12879-016-1802-x>
- Waworuntu, W. (2019). *Update Situasi Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia* (Issue November). Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) Kementerian Kesehatan RI.
- WHO. (2003). *Guide to producing national health accounts, with special applications for low-income and middle-income countries*. World Health Organization. https://www.who.int/health-accounts/documentation/English_PG.pdf?ua=1
- WHO. (2015). *Toolkit to develop a national strategic plan for TB prevention, care and control: methodology on how to develop a national strategic plan*. WHO in collaboration with the WHO Collaborating Centre for TB and Lung Diseases, Fondazione S.Maugeri, Care & Research Institute, Tradate, Italy. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/153811/9789241507974_eng.pdf;jsessionid=221448AE0E31D9F86E354D4855EA6B4F?sequence=1
- WHO. (2017). *Tuberculosis patient cost surveys: a handbook*. World Health Organization.
- WHO. (2018). *Global tuberculosis report 2018*. World. <https://doi.org/ISBN 978-92-4-156564-6>
- WHO. (2019a). *Global tuberculosis report 2019*. World Health Organization.
- WHO. (2019b). *Indonesia Tuberculosis epidemiological review 2019*.
- WHO. (2019c). *Multisectoral Accountability Framework: to accelerate progress to End TB (MAF-TB) by 2030*. https://www.who.int/tb/publications/TB-factsheet_4.pdf?ua=1
- WHO. (2019d). *People-centred framework for tuberculosis programme planning and prioritization - User guide*. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris>

- WHO. (2019e). *The END TB STRATEGY. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015*. <https://www.who.int/tb/strategy/end-tb/en/>
- WHO. (2019f). *WHO Global Ministerial Conference. New global commitment to end tuberculosis*. WHO; World Health Organization. <https://www.who.int/conferences/tb-global-ministerial-conference/en/>
- WHO. (2020). *Report of Indonesia Joint External Monitoring Mission (JEMM) for Tuberculosis (Final Report as per March 24, 2020)*.
- Wiseman, V., Thabrany, H., Asante, A., Haemmerli, M., Kosen, S., Gilson, L., Mills, A., Hayen, A., Tangcharoensathien, V., & Patcharanarumol, W. (2018). An evaluation of health systems equity in Indonesia: study protocol. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0822-0>

