



BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No.169, 2011

KEMENTERIAN KESEHATAN. Pengendalian
Tuberkulosis. Strategi Nasional. 2011 - 2014

**PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 565/MENKES/PER/III/2011
TENTANG
STRATEGI NASIONAL PENGENDALIAN TUBERKULOSIS
TAHUN 2011-2014**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,**

- Menimbang :**
- a. bahwa dalam rangka pengendalian tuberkulosis yang berkualitas secara berkesinambungan, perlu disusun dokumen perencanaan program pengendalian tuberkulosis dalam bentuk Strategi Nasional Pengendalian Tuberkulosis;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Strategi Nasional Pengendalian Tuberkulosis Tahun 2011-2014;
- Mengingat :**
1. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3273);
 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005-2025 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 33, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4700);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3447);
6. Peraturan Presiden Nomor 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010 – 2014;
7. Peraturan Presiden Nomor 24 Tahun 2010 tentang Kedudukan, Tugas, dan Fungsi Kementerian Negara serta Susunan Organisasi, Tugas, dan Fungsi Eselon I Kementerian Negara;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 203/Menkes/SK/III/1999 tentang Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 364/Menkes/SK/V/2009 tentang Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis (TB);
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374/Menkes/SK/V/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 021/Menkes/SK/I/2011 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010 – 2014;

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG STRATEGI NASIONAL PENGENDALIAN TUBERKULOSIS TAHUN 2011-2014.

Pasal 1

Pengaturan Strategi Nasional Pengendalian Tuberkulosis Tahun 2011-2014 bertujuan untuk memberikan acuan bagi pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan, institusi pendidikan/penelitian, serta lembaga swadaya masyarakat dalam penyelenggaraan program pengendalian tuberkulosis.

Pasal 2

Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggungjawab untuk mengimplementasikan Strategi Nasional Pengendalian Tuberkulosis Tahun 2011-2014.

Pasal 3

Dalam melaksanakan tanggung jawabnya, Pemerintah berperan untuk:

- a. penetapan kebijakan pengendalian tuberkulosis;
- b. perencanaan program pengendalian tuberkulosis;
- c. pendanaan kegiatan pengendalian tuberkulosis
- d. menjamin ketersediaan obat, alat kesehatan, dan perbekalan kesehatan lainnya yang diperlukan;
- e. mendorong ketersediaan dan peningkatan kemampuan sumber daya manusia;
- f. koordinasi dan kemitraan kegiatan pengendalian tuberkulosis dengan institusi terkait;
- g. pemantapan mutu laboratorium tuberkulosis;
- h. monitoring, evaluasi, dan bimbingan teknis kegiatan pengendalian tuberkulosis; dan
- i. pencatatan dan pelaporan.

Pasal 4

Dalam melaksanakan tanggung jawabnya, pemerintah provinsi berperan untuk:

- a. perencanaan di tingkat provinsi;
- b. koordinasi pelaksanaan kegiatan pengendalian tuberkulosis di provinsi;

- c. mendorong ketersediaan dan peningkatan kemampuan sumber daya manusia;
- d. monitoring, evaluasi, dan bimbingan teknis kegiatan pengendalian tuberkulosis;
- e. membantu pengadaan dan distribusi obat, alat kesehatan, dan perbekalan kesehatan lainnya yang diperlukan;
- f. koordinasi dan kemitraan kegiatan pengendalian tuberkulosis dengan institusi terkait;
- g. pemantapan mutu laboratorium tuberkulosis; dan
- h. pencatatan dan pelaporan.

Pasal 5

Dalam melaksanakan tanggung jawabnya, pemerintah kabupaten/kota berperan untuk:

- a. perencanaan di tingkat kabupaten/kota;
- b. mendorong ketersediaan dan peningkatan kemampuan sumber daya manusia;
- c. membantu pengadaan dan distribusi obat, alat kesehatan, dan perbekalan kesehatan lainnya yang diperlukan;
- d. koordinasi dan kemitraan kegiatan pengendalian tuberkulosis dengan institusi terkait
- e. monitoring, evaluasi, dan bimbingan teknis kegiatan pengendalian tuberkulosis;
- f. koordinasi dan kemitraan kegiatan pengendalian tuberkulosis dengan antar program dan institusi terkait;
- g. pemantapan mutu laboratorium tuberkulosis; dan
- h. pencatatan dan pelaporan.

Pasal 6

Strategi Nasional Pengendalian Tuberkulosis Tahun 2011-2014 sebagaimana tercantum dalam Lampiran Peraturan ini.

Pasal 7

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 16 Maret 2011
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 28 Maret 2011
MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

PATRIALIS AKBAR

LAMPIRAN

**PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 565/MENKES/PER/III/2011**

TENTANG

**STRATEGI NASIONAL PENGENDALIAN TUBERKULOSIS
TAHUN 2011-2014**

BAB I PENDAHULUAN

Sejak tahun 1993, WHO menyatakan bahwa TB merupakan kedaruratan global bagi kemanusiaan. Walaupun strategi DOTS telah terbukti sangat efektif untuk pengendalian TB, tetapi beban penyakit TB di masyarakat masih sangat tinggi. Dengan berbagai kemajuan yang dicapai sejak tahun 2003, diperkirakan masih terdapat sekitar 9,5 juta kasus baru TB, dan sekitar 0,5 juta orang meninggal akibat TB di seluruh dunia (WHO, 2009). Selain itu, pengendalian TB mendapat tantangan baru seperti ko-infeksi TB/HIV, TB yang resisten obat dan tantangan lainnya dengan tingkat kompleksitas yang makin tinggi. Dokumen Strategi Nasional Pengendalian TB di Indonesia 2011-2014 ini disusun dengan konsultasi yang intensif dengan para pemangku kepentingan di tingkat nasional dan provinsi serta mengacu pada: (1) kebijakan pembangunan nasional 2010-2014; (2) dokumen strategi dan rencana global dan regional; dan (3) evaluasi perkembangan program TB di Indonesia (Bab II).

A. Kebijakan pembangunan nasional

1. Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2010-2014

Arah pembangunan nasional periode 2010-2014 tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014. Dalam RPJMN, misi pemerintah adalah: (1) Melanjutkan pembangunan menuju Indonesia yang sejahtera; (2) Memperkuat pilar-pilar demokrasi; dan (3) Memperkuat dimensi keadilan di semua bidang. Misi tersebut selanjutnya dikembangkan menjadi lima agenda utama pembangunan nasional 2010-2014, meliputi: (1) Pembangunan ekonomi dan peningkatan kesejahteraan rakyat; (2) Perbaikan tata kelola pemerintahan; (3) Penegakan pilar demokrasi; (4) Penegakan hukum dan pemberantasan korupsi; dan (5) Pembangunan yang inklusif dan berkeadilan.

Pembangunan kesehatan merupakan bagian utama dari misi pemerintah pertama mengenai pembangunan ekonomi dan peningkatan kesejahteraan rakyat serta misi kelima untuk mencapai pembangunan kesehatan yang berkeadilan. Lebih lanjut, RPJMN mencantumkan pula empat sasaran pembangunan kesehatan sebagai berikut:

1. Menurunnya disparitas status kesehatan dan gizi masyarakat antar wilayah dan antar tingkat sosial ekonomi serta gender;
2. Meningkatnya penyediaan anggaran publik untuk kesehatan dalam rangka mengurangi risiko finansial akibat gangguan kesehatan bagi seluruh penduduk terutama penduduk miskin;
3. Meningkatnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada tingkat rumah tangga dari 50 persen menjadi 70 persen; dan
4. Terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan strategis di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan dan kepulauan.

Status kesehatan dan gizi masyarakat sebagai sasaran pembangunan kesehatan yang pertama menggambarkan prioritas yang akan dicapai dalam pembangunan kesehatan.

Sasaran tersebut dikembangkan menjadi sasaran-sasaran yang lebih spesifik, termasuk sasaran angka kesakitan penyakit menular. Untuk penyakit TB, sasaran yang ditetapkan dalam RPJMN 2010-2014 tertera pada tabel 1 berikut ini.

Tabel 1. Target penurunan angka kesakitan dan kematian akibat TB dalam RPJMN 2010-2014

	Kondisi saat ini	Target 2014
Jumlah kasus TB per 100,000 penduduk	235	224
Persentase kasus baru TB paru (BTA positif) yang ditemukan	73	90
Persentase kasus baru TB paru (BTA positif) yang disembuhkan	85	88

Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 3 Tahun 2010 tentang Tujuan Pembangunan Milenium mempertegas komitmen Indonesia untuk melakukan percepatan pencapaiannya. Inpres tersebut merupakan upaya percepatan pelaksanaan prioritas pembangunan nasional tahun 2010 yang tertuang dalam Inpres Nomor 1 Tahun 2010.

Laporan pencapaian MDG's Tahun 2010 menunjukkan bahwa target 6C yaitu mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru Tuberkulosis, merupakan satu satunya target MDG's di bidang kesehatan yang telah tercapai, seperti dapat dilihat pada tabel 2 yang menunjukkan bahwa upaya pengendalian TB di Indonesia sebagai bagian pembangunan kesehatan telah dilaksanakan dengan benar dan memberikan kontribusi pada upaya pembangunan nasional.

Tabel 2. Pencapaian Target Pengendalian TB dalam Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia (Kementerian PPN/Bappenas 2010)

Indikator	Acuan dasar	Saat ini	Target MDGs 2015	Status	Sumber
Tujuan 6: Memerangi HIV/AIDS, Malaria dan penyakit menular lainnya					
Target 6c: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru malaria dan penyakit utama lainnya hingga Tahun 2015					
6.9	Angka kejadian, prevalensi dan tingkat kematian akibat Tuberkulosis				
6.9.a.	Angka kejadian Tuberkulosis	343 (1990)	228 (2009)	Dihentikan, mulai	Sudah tercapai Laporan TB

	Indikator	Acuan dasar	Saat ini	Target MDGs 2015	Status	Sumber
	(semua kasus/100,000 penduduk/tahun)			berkurang		Global WHO, 2009
6.9.b.	Tingkat prevalensi Tuberkulosis (per 100,000 penduduk)	443 (1990)	244 (2009)		Sudah tercapai	
6.9.c.	Tingkat kematian karena Tuberkulosis (per 100,000 penduduk)	92 (1990)	39 (2009)		Sudah tercapai	
6.10	Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dan diobati dalam program DOTS					
6.10.a.	Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dalam program DOTS	20,0% (2000)	73,1% (2009)	70,0%	Sudah tercapai	Laporan TB Global WHO, 2009
6.10.b.	Proporsi kasus Tuberkulosis yang diobati dan sembuh dalam program DOTS	87,0% (2000)	91,0% (2009)	85,0%	Sudah tercapai	Laporan Kemkes 2009

2. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014

Mengacu pada RPJMN, Kementerian Kesehatan menetapkan empat misi dalam rencana strategik 2010-2014 sebagai berikut:

1. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani;
2. Melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan berkeadilan;
3. Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber daya kesehatan; serta
4. Menciptakan tata kelola pemerintah yang baik.

Berdasarkan misi tersebut Kementerian Kesehatan telah merumuskan enam strategi utama, meliputi:

1. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat, swasta dan masyarakat madani dalam pembangunan kesehatan melalui kerja sama nasional dan global
2. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang merata, bermutu dan berkeadilan, serta berbasis bukti dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif;
3. Meningkatkan pembiayaan pembangunan kesehatan, terutama untuk mewujudkan jaminan sosial kesehatan nasional;

4. Meningkatkan pengembangan dan pendayagunaan SDM kesehatan yang merata dan bermutu;
5. Meningkatkan ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan serta menjamin keamanan, khasiat, kemanfaatan, dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan; dan
6. Meningkatkan manajemen kesehatan yang akuntabel, transparan, berdayaguna dan berhasilguna untuk memantapkan desentralisasi kesehatan yang bertanggung jawab.

Selain strategi utama tersebut, Kementerian Kesehatan juga menggarisbawahi perlunya upaya reformasi kesehatan yang dielaborasi lebih lanjut dalam dokumen *roadmap* reformasi kesehatan masyarakat. Tujuh tujuan khusus dalam *roadmap* ini mempertegas strategi pembiayaan, sumber daya kesehatan (termasuk ketersediaan obat/alat kesehatan untuk program TB), dan manajemen kesehatan yang tercantum dalam strategi utama rencana strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014.

B. Kebijakan global dan regional

1. Rencana Strategis Global Pengendalian TB 2006-2015 dan Rencana Strategis Global Pengendalian TB 2011-2015

Di tingkat global, *Stop TB Partnership* sebagai bentuk kemitraan global, mendukung negara-negara untuk meningkatkan upaya pemberantasan TB, mempercepat penurunan angka kematian dan kesakitan akibat TB serta penyebaran TB di seluruh dunia. *Stop TB Partnership* telah mengembangkan rencana global pengendalian TB Tahun 2011-2015 dan menetapkan target dalam pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium untuk TB.

Visi *Stop TB Partnership* adalah dunia bebas TB, yang akan dicapai melalui empat misi sebagai berikut:

1. Menjamin akses terhadap diagnosis, pengobatan yang efektif dan kesembuhan bagi setiap pasien TB.
2. Menghentikan penularan TB.
3. Mengurangi ketidakadilan dalam beban sosial dan ekonomi akibat TB.
4. Mengembangkan dan menerapkan berbagai strategi preventif, upaya diagnosis dan pengobatan baru lainnya untuk menghentikan TB.

Target yang ditetapkan *Stop TB Partnership* sebagai tonggak pencapaian utama adalah:

- Pada tahun 2015, beban global penyakit TB (prevalensi dan mortalitas) akan relatif berkurang sebesar 50% dibandingkan tahun 1990, dan setidaknya 70% orang yang terinfeksi TB dapat dideteksi dengan strategi DOTS dan 85% diantaranya dinyatakan sembuh.
- Pada tahun 2050 TB bukan lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat global.

Selain itu, *Stop TB Partnership* juga mempunyai komitmen untuk mencapai target dalam Tujuan Pembangunan Milenium, seperti yang disebutkan pada tujuan 6, target 8 (“*to have halted and begun to reverse the incidence of TB*”) pada tahun 2015.

Tujuan tersebut akan dicapai dengan strategi ganda yang akan dikembangkan dalam waktu 10 tahun ke depan, yaitu akselerasi pengembangan dan penggunaan metode yang lebih baik untuk implementasi rekomendasi Stop TB yang baru berdasarkan strategi DOTS dengan standar pelayanan mengacu pada *International Standard for TB Care* (ISTC).

Tujuan yang ingin dicapai dalam Rencana Global 2006-2015 adalah untuk:

1. Meningkatkan dan memperluas pemanfaatan strategi untuk menghentikan penularan TB dengan cara meningkatkan akses terhadap diagnosis yang akurat dan pengobatan yang efektif dengan akselerasi pelaksanaan DOTS untuk mencapai target global dalam pengendalian TB; dan meningkatkan ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas obat anti TB;
2. Menyusun strategi untuk menghadapi berbagai tantangan dengan cara mengadaptasi DOTS untuk mencegah, menangani TB dengan resistensi OAT (MDR-TB) dan menurunkan dampak TB/HIV; dan
3. Mempercepat upaya eliminasi TB dengan cara meningkatkan penelitian dan pengembangan untuk berbagai alat diagnostik, obat dan vaksin baru; serta meningkatkan penerapan metode baru dan menjamin pemanfaatan, akses dan keterjangkauannya.

Dalam perkembangannya, konsensus dalam pengendalian TB dengan resistensi OAT merupakan tonggak penting di tingkat Global (“*After Beijing*”). Konsensus antar Menteri tersebut mengidentifikasi 10 upaya untuk mengatasi sumbatan dalam pengendalian M/XDR TB, sebagai berikut:

1. Memprediksi pengendalian epidemi MDR-TB
2. Mempersempit celah dalam program pengendalian TB
3. Menyediakan penatalaksanaan dan pengobatan M/XDR TB
4. Menerapkan batasan ketenagakerjaan bidang kesehatan
5. Menjawab kebuntuan di laboratorium
6. Menjamin akses terhadap OAT standar
7. Membatasi ketersediaan OAT yang beredar
8. Memprioritaskan pengendalian TB
9. Memaksimalkan peluang penelitian M/XDR TB
10. Membiayai pengendalian dan perawatan M/XDR TB

Rencana global 2011-2015 merupakan penyesuaian dan penyempurnaan dari rencana global 2006-2015. Penyesuaian ini dilakukan untuk mengakomodasi: pencapaian sejak 2006; perubahan kebijakan dan biaya terkait pengobatan antiretroviral; perkembangan MDR-TB, revisi estimasi epidemiologi; penguatan laboratorium; dan pentingnya mencakup keseluruhan spektrum penelitian (dari penelitian

dasar hingga riset operasional). Rencana global 2011-2015 menjabarkan apa yang perlu dilakukan untuk mencapai target-target 2015 yang telah ditetapkan dalam MDG's dan oleh *Stop TB Partnership*. Untuk mencapai target-target tersebut bagian pertama dari dokumen Rencana global 2011-2015 ini menguraikan upaya-upaya untuk transformasi pengendalian TB melalui peluasan intervensi diagnosis dan pengobatan TB, serta penerapan teknologi baru (terutama teknologi diagnostik).

Bagian kedua dokumen Rencana global 2011-2015 ini menguraikan upaya-upaya yang diperlukan untuk mengembangkan diagnostik, obat dan vaksin baru yang diperlukan untuk revolusi pencegahan, diagnosis dan pengobatan TB sebagai dasar eliminasi TB dalam beberapa dekade yang akan datang.

2. Rencana Strategis Regional Asia Tenggara

Kawasan Asia Tenggara dengan lima dari 22 negara dengan beban penyakit TB yang tertinggi didunia, 35% dari seluruh kasus TB di dunia berasal dari wilayah ini program pengendalian TB di wilayah ini telah menunjukkan kemajuan nyata dalam upaya penemuan kasus dan tingkat keberhasilan pengobatan yang telah mencapai target lebih dari 85%. Meskipun demikian, terdapat berbagai tantangan baru seperti halnya penyedia pelayanan yang belum menerapkan strategi DOTS, perluasan epidemi HIV dan cakupan surveilans resistensi obat yang masih rendah.

Rencana strategis regional Asia Tenggara untuk Pengendalian TB 2006 - 2010 disusun berdasarkan rencana global, pencapaian dan tantangan di Asia Tenggara serta prioritas utama di masa depan. Negara-negara di kawasan ini didorong untuk memfokuskan kegiatannya dengan strategi sebagai berikut:

1. Meningkatkan dan memperluas pelayanan DOTS yang berkualitas agar dapat menjangkau seluruh pasien TB, meningkatkan tingkat penemuan kasus dan keberhasilan pengobatan;
2. Menetapkan intervensi untuk menghadapi tantangan TB/HIV dan MDR-TB;
3. Memperkuat kemitraan dalam menyediakan akses dan standar pelayanan yang diperlukan bagi seluruh pasien TB; dan
4. Berkontribusi dalam penguatan sistem kesehatan.

Tingkat resistensi OAT di wilayah ini masih < 3%, akan tetapi jumlah pasien TB di wilayah ini sangat besar. Oleh karenanya, pencegahan meningkatnya kasus TB yang resisten obat menjadi prioritas penting. Secara umum kemajuan program pengendalian TB di wilayah Asia Tenggara akan berpengaruh terhadap keberhasilan global dalam program pengendalian TB.

BAB II

ANALISIS SITUASI

A. Pencapaian dan Tantangan Pembangunan Nasional

Keberhasilan pembangunan nasional dalam lima tahun terakhir tercermin dalam pencapaian berbagai indikator. *Human Development Report (HDR)* Tahun 2009 mengungkapkan bahwa Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index (HDI)* Indonesia meningkat dari 0,711 pada tahun 2004 menjadi 0,734 pada tahun 2007 (UNDP 2009). Namun peningkatan IPM ini tidak disertai dengan peningkatan peringkat Indonesia. Pada tahun 2009 peringkatnya masih tetap rendah, yaitu 111 dari 182 negara. Pendapatan per kapita masyarakat Indonesia telah meningkat dari USD 1,186 pada tahun 2004 menjadi USD 2,271 pada akhir 2008 (Bappenas 2010). Dengan kenaikan ini, Indonesia termasuk dalam kelompok negara berpendapatan menengah bawah (*lower middle income countries*). Percepatan pertumbuhan ekonomi tersebut juga telah berkontribusi terhadap penurunan tingkat kemiskinan.

Tingkat kemiskinan berdasarkan garis kemiskinan, telah menurun dari 16,7 persen (36,1 juta orang) pada tahun 2004 menjadi 14,1 persen (atau 32,5 juta orang) pada Maret 2009 (Bappenas 2010). Meskipun demikian bangsa Indonesia tidak dapat berpuas diri dengan pencapaian sekedar berbasis garis kemiskinan nasional ataupun pendapatan di bawah 1 USD per hari. Beberapa negara menerapkan pula indikator pendapatan di bawah 2 USD per hari per kapita. Dengan menggunakan ukuran ini, maka pada tahun 2006 sekitar 49 persen penduduk hidup dengan pendapatan di bawah 2 USD per hari (UNDP 2007). Hal ini menggambarkan bahwa penduduk yang hidup dekat dengan garis kemiskinan nasional jumlahnya masih sangat besar. Kelompok ini tergolong rentan karena apabila terjadi guncangan ekonomi akibat kejadian seperti gangguan kesehatan, maka dengan mudah dapat jatuh ke kelompok miskin dengan pendapatan di bawah 1 USD per hari. Dengan demikian tantangan yang lebih besar bagi bangsa Indonesia adalah mengurangi jumlah orang miskin dengan mengacu pada ukuran 2 USD per hari per kapita.

B. Pencapaian dan Tantangan Pembangunan Kesehatan Nasional

Status kesehatan dan gizi masyarakat Indonesia secara umum menunjukkan perbaikan dalam beberapa tahun terakhir, yang tercermin dari pencapaian Umur Harapan Hidup (UHH), Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), dan prevalensi kekurangan gizi pada balita (Bappenas 2010). AKI telah menurun secara signifikan, meskipun masih perlu upaya dan kerja keras untuk mencapai sasaran MDGs menjadi 102 per 100 ribu kelahiran hidup pada akhir tahun 2015. Rendahnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu menjadi penyebab utama masih tingginya kematian ibu. Kondisi ini ditandai dengan rendahnya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih dengan disparitas yang lebar antar provinsi (tertinggi di DKI Jakarta sebesar 97,6 persen dan terendah di Maluku Utara sebesar 38,0 persen) (Balitbangkes 2007).

Kesehatan anak juga menunjukkan kecenderungan membaik. Data SDKI menunjukkan penurunan AKB dari 35 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada

tahun 2007, namun masih jauh lebih tinggi dari target AKB dalam MDGs pada tahun 2015, yaitu sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup. Penyakit menular masih tetap merupakan masalah kesehatan masyarakat dan penyakit tidak menular cenderung meningkat. Beberapa penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat antara lain, TB, Demam Berdarah Dengue (DBD), diare, malaria, HIV/AIDS. Selain itu, muncul pula penyakit zoonotik sebagai masalah kesehatan masyarakat yang berpotensi menimbulkan pandemik, seperti flu burung dan influenza tipe A baru (virus H1N1).

C. Sistem Kesehatan

Secara nasional, jumlah Fasilitas Pelayanan Kesehatan (FPK) terus meningkat, akan tetapi aksesibilitas masyarakat terutama penduduk miskin di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan terhadap FPK masih terbatas. Pada tahun 2007 rasio puskesmas terhadap penduduk adalah 3,6 per 100.000 penduduk. Selain itu, jumlah puskesmas pembantu (Pustu) dan puskesmas keliling (Pusling) terus meningkat. Akses masyarakat dalam mencapai FPK dasar cukup baik, yaitu 94 persen masyarakat dapat mengakses FPK dengan jarak kurang dari 5 km (Riskesdas, 2007). Walaupun akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya sudah cukup bagus, kualitas pelayanannya masih perlu ditingkatkan, terutama untuk pelayanan kesehatan preventif dan promotif.

Di beberapa wilayah terutama yang terpencil di Kawasan Indonesia Timur masih banyak penduduk yang menghadapi kendala jarak dan waktu untuk mencapai FPK. Kondisi ini diperburuk dengan kondisi jalan, transportasi yang terbatas dan listrik yang masih belum memadai. Ketersediaan SDM di fasilitas pelayanan kesehatan di daerah-daerah tersebut juga masih merupakan masalah.

Jumlah Rumah Sakit Umum (RSU) pemerintah meningkat dari 625 (2004) menjadi 667 (2007), sedangkan rumah sakit swasta meningkat dari 621 menjadi 652. Pada tahun 2007, rasio Tempat Tidur (TT) rumah sakit terhadap penduduk sebesar 63,3 TT per 100.000 penduduk (*Profil Kesehatan, 2007*). Rasio ini masih lebih rendah dari target nasional tahun 2009 sebesar 75 TT per 100.000 penduduk. Selain itu, sistem rujukan belum optimal walaupun utilisasi fasilitas pelayanan kesehatan meningkat pesat.

Jumlah, jenis, dan kualitas tenaga kesehatan terus meningkat, tetapi distribusinya belum merata. Rasio tenaga kesehatan per 100.000 penduduk untuk dokter, dokter spesialis, perawat, dan bidan mengalami peningkatan pada periode Tahun 2004-2008. Jika dibandingkan dengan negara-negara lain di wilayah Asia Tenggara, Indonesia memiliki jumlah dan rasio tenaga dokter yang relatif masih rendah dari Filipina dan Malaysia. Selain itu, distribusi tenaga dokter lebih banyak berpusat di pulau Jawa-Bali dan di daerah perkotaan.

Ketersediaan dan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan terus membaik, tetapi keterjangkauan, penggunaan dan mutu obat, serta pengawasan obat dan makanan masih belum optimal. Ketersediaan obat esensial di Puskesmas mencapai lebih dari 80 persen.

Hingga saat ini, terdapat sekitar 16.000 jenis obat yang terdaftar dan 400 jenis obat yang tercantum dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN), 220 di antaranya merupakan obat generik esensial (Bappenas 2010). Selain itu, Indonesia telah memiliki kemampuan dalam penyediaan vaksin, baik untuk kebutuhan dalam negeri maupun ekspor.

Efektivitas manajemen sistem informasi kesehatan masih belum optimal (Bappenas, 2010). Arus informasi data surveilans epidemiologi dari daerah ke pusat dan sebaliknya terutama yang berbasis fasilitas mengalami berbagai hambatan sejak desentralisasi. Kekurangan data sangat mempengaruhi proses perencanaan. Ketersediaan data lebih mengandalkan hasil survei yang ketersediaannya belum sesuai dengan periode untuk keperluan perencanaan dan evaluasi program.

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan diwujudkan dalam bentuk promosi kesehatan dan UKBM, seperti Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), yang bertujuan untuk memberdayakan individu, keluarga, dan masyarakat dalam melaksanakan upaya pemeliharaan kesehatan secara mandiri. Pada tahun 2006 tercatat sekitar 270.000 Posyandu yang mempunyai peran cukup penting dalam kegiatan imunisasi, gizi, dan upaya Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), KB, pengendalian diare, dan penyuluhan kesehatan masyarakat. Integrasi kegiatan posyandu dengan kegiatan lain seperti Pos Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), Bina Keluarga Balita (BKB) dan Tempat Penitipan Anak (TPA) perlu terus ditingkatkan. Pada tahun 2008 telah tersedia lebih dari 43.000 Poskesdes sebagai bagian dari infrastruktur Desa Siaga.

Indonesia telah membangun landasan hukum yang luas untuk maju menuju Cakupan Semesta (*Universal Coverage*) (World Bank 2009). Pada tahun 2004 (UU SJSN 2004) pemerintah telah membuat komitmen untuk menyediakan jaminan asuransi kesehatan bagi seluruh masyarakat melalui suatu sistem asuransi kesehatan publik yang bersifat wajib. Pemerintah telah mengambil langkah-langkah yang berani dengan menyediakan jaminan asuransi yang mencakup sekitar 76,4 juta warga miskin dan hampir miskin, yang dibiayai melalui anggaran pemerintah. Walaupun demikian, lebih dari setengah jumlah penduduk masih belum memiliki jaminan asuransi kesehatan, dan dampak fiskal dari program pemerintah untuk kaum miskin ini belum sepenuhnya ditelaah atau dirasakan. Selain itu, kelemahan-kelemahan yang signifikan dari efisiensi dan pemerataan sistem kesehatan yang ada sekarang, jika tidak ditangani akan semakin meningkatkan tekanan biaya dan dapat mengganggu penerapan efektif dari Cakupan Semesta dan peningkatan status kesehatan masyarakat serta perlindungan finansial yang diinginkan.

D. Situasi TB di Indonesia

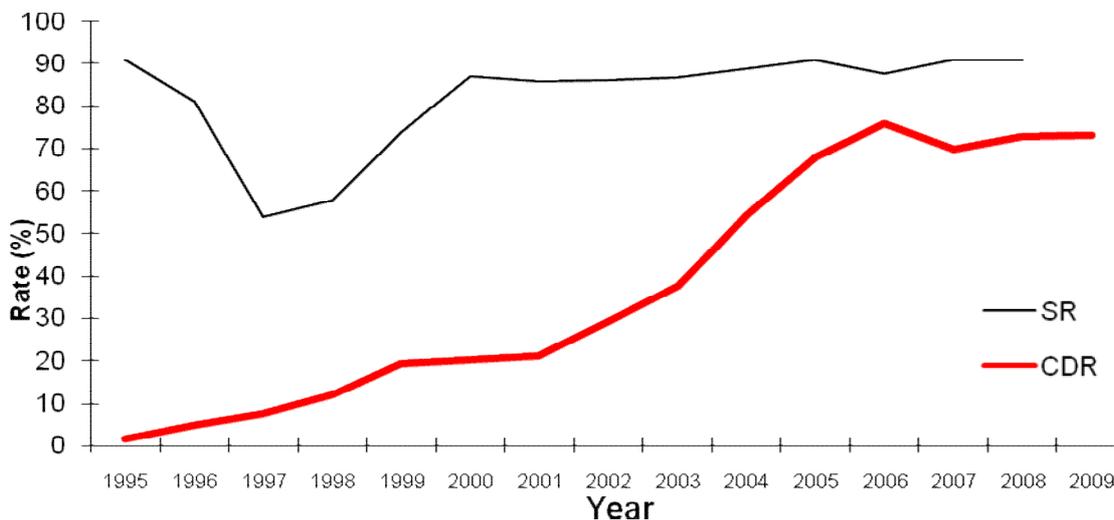
1. Epidemiologi

Indonesia sekarang berada pada ranking kelima negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Estimasi prevalensi TB semua kasus adalah sebesar 660,000 (WHO, 2010) dan estimasi insidensi berjumlah 430,000 kasus baru per tahun. Jumlah kematian akibat TB diperkirakan 61,000 kematian per tahunnya.

Indonesia merupakan negara dengan percepatan peningkatan epidemi HIV yang tertinggi di antara negara-negara di Asia. HIV dinyatakan sebagai epidemik terkonsentrasi (*a concentrated epidemic*), dengan perkecualian di provinsi Papua yang prevalensi HIVnya sudah mencapai 2,5% (*generalized epidemic*). Secara nasional, angka estimasi prevalensi HIV pada populasi dewasa adalah 0,2%. Sejumlah 12 provinsi telah dinyatakan sebagai daerah prioritas untuk intervensi HIV dan estimasi jumlah orang dengan HIV/AIDS di Indonesia sekitar 190.000-400.000. Estimasi nasional prevalensi HIV pada pasien TB baru adalah 2.8%.

Angka MDR-TB diperkirakan sebesar 2% dari seluruh kasus TB baru (lebih rendah dari estimasi di tingkat regional sebesar 4%) dan 20% dari kasus TB dengan pengobatan ulang. Diperkirakan terdapat sekitar 6.300 kasus MDR TB setiap tahunnya.

Meskipun memiliki beban penyakit TB yang tinggi, Indonesia merupakan negara pertama diantara *High Burden Country* (HBC) di wilayah WHO South-East Asian yang mampu mencapai target global TB untuk deteksi kasus dan keberhasilan pengobatan pada tahun 2006. Pada tahun 2009, tercatat sejumlah sejumlah 294.732 kasus TB telah ditemukan dan diobati (data awal Mei 2010) dan lebih dari 169.213 diantaranya terdeteksi BTA+. Dengan demikian, *Case Notification Rate* untuk TB BTA+ adalah 73 per 100.000 (*Case Detection Rate* 73%). Rerata pencapaian angka keberhasilan pengobatan selama 4 tahun terakhir adalah sekitar 90% dan pada kohort tahun 2008 mencapai 91%. Pencapaian target global tersebut merupakan tonggak pencapaian program pengendalian TB nasional yang utama.



Gambar 1. Pencapaian program pengendalian TB nasional 1995-2009

Meskipun secara nasional menunjukkan perkembangan yang meningkat dalam penemuan kasus dan tingkat kesembuhan, pencapaian di tingkat provinsi masih menunjukkan disparitas antar wilayah (Tabel 3).

Sebanyak 28 provinsi di Indonesia belum dapat mencapai angka penemuan kasus (CDR) 70% dan hanya 5 provinsi menunjukkan pencapaian 70% CDR dan 85% kesembuhan.

Tabel 3. Pencapaian target pengendalian TB per provinsi 2009

	CDR \geq70%	CDR < 70%
SR \geq 85%	Jabar, Sulut, Maluku, DKI Jakarta, Banten (5)	Bali, Sulbar, Babel, Sumbar, Kalteng, Jatim, Sulsel, Jateng, Lampung, NTB, Jambi, NAD, Kalsel, Sumsel, Sultra, Kepri, Sumut, Gorontalo, Bengkulu, Kalbar, NTT Kaltim, Sulteng (23)
SR < 85%	Tidak ada	Papua Barat, Papua, DIY, Maluku, Riau (5)

Dengan angka nasional proporsi kasus relaps dan gagal pengobatan di bawah 2%, maka angka resistensi obat TB pada pasien yang diobati di pelayanan kesehatan pada umumnya masih rendah. Namun demikian, sebagian besar data berasal dari Puskesmas yang telah menerapkan strategi DOTS dengan baik selama lebih dari 5 tahun terakhir. Probabilitas terjadinya resistensi obat TB lebih tinggi di rumah sakit dan sektor swasta yang belum terlibat dalam program pengendalian TB nasional sebagai akibat dari tingginya ketidakpatuhan dan tingkat *drop out* pengobatan karena tidak diterapkannya strategi DOTS yang tinggi. Data dari penyedia pelayanan swasta belum termasuk dalam data di program pengendalian TB nasional. Sedangkan untuk rumah sakit, data yang tersedia baru berasal dari sekitar 30% rumah sakit yang telah melaksanakan strategi DOTS. Proporsi kasus TB dengan BTA negatif sedikit meningkat dari 56% pada tahun 2008 menjadi 59% pada tahun 2009. Peningkatan jumlah kasus TB BTA negatif yang terjadi selama beberapa tahun terakhir sangat mungkin disebabkan oleh karena meningkatnya pelaporan kasus TB dari rumah sakit yang telah terlibat dalam program TB nasional.

Jumlah kasus TB anak pada tahun 2009 mencapai 30.806 termasuk 1,865 kasus BTA positif. Proporsi kasus TB anak dari semua kasus TB mencapai 10.45%. Angka-angka ini merupakan gambaran parsial dari keseluruhan kasus TB anak yang sesungguhnya mengingat tingginya kasus overdiagnosis di fasilitas pelayanan kesehatan yang diiringi dengan rendahnya pelaporan dari fasilitas pelayanan kesehatan.

2. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku

Hasil survei prevalensi TB (2004) mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku menunjukkan bahwa 96% keluarga merawat anggota keluarga yang menderita TB dan hanya 13% yang menyembunyikan keberadaan mereka. Meskipun 76% keluarga pernah mendengar tentang TB dan 85% mengetahui bahwa TB dapat disembuhkan, akan tetapi hanya 26% yang dapat menyebutkan dua tanda dan gejala utama TB. Cara penularan TB dipahami oleh 51% keluarga dan hanya 19% yang mengetahui bahwa tersedia obat TB gratis.

Mitos yang terkait dengan penularan TB masih dijumpai di masyarakat. Sebagai contoh, studi mengenai perjalanan pasien TB dalam mencari pelayanan di Yogyakarta telah mengidentifikasi berbagai penyebab TB yang tidak infeksius, misalnya merokok, alkohol, stres, kelelahan, makanan gorengan, tidur di lantai, dan tidur larut malam. Stigma TB di masyarakat terutama dapat dikurangi dengan meningkatkan pengetahuan dan persepsi masyarakat mengenai TB, mengurangi mitos-mitos TB melalui kampanye pada kelompok tertentu dan membuat materi penyuluhan yang sesuai dengan budaya setempat.

Survei pada tahun 2004 tersebut juga mengungkapkan pola pencarian pelayanan kesehatan. Apabila terdapat anggota keluarga yang mempunyai gejala TB, 66% akan memilih berkunjung ke Puskesmas, 49% ke dokter praktik swasta, 42% ke rumah sakit pemerintah, 14% ke rumah sakit swasta dan sebesar 11% ke bidan atau perawat praktik swasta. Namun pada responden yang pernah menjalani pengobatan TB, tiga FPK utama yang digunakan adalah rumah sakit, Puskesmas dan praktik dokter swasta. Analisis lebih lanjut di tingkat regional menunjukkan bahwa Puskesmas merupakan FPK utama di KTI, sedangkan untuk wilayah lain rumah sakit merupakan fasilitas yang utama. Keterlambatan dalam mengakses fasilitas DOTS untuk diagnosis dan pengobatan TB merupakan tantangan utama di Indonesia dengan wilayah geografis yang sangat luas.

E. Pengendalian TB Nasional

1. Sejarah Pengendalian TB Nasional

Inisiasi pengendalian TB di Indonesia dapat ditelusuri sejak masa pra-kemerdekaan. Terdapat empat tonggak penting yang menandai perkembangan implementasi dan pencapaian program pengendalian TB (Tabel 4).

Tabel 4. Tonggak pencapaian utama dalam pengendalian TB di Indonesia

Tahun	Tonggak pencapaian
Pra 1995	Pra-kemerdekaan: Program TB dilakukan oleh pihak swasta bagi kelompok masyarakat tertentu
	1969: Program Pengendalian TB Nasional dimulai
	1987: Kemoterapi jangka panjang selama 1-2 tahun
	1992: Ujicoba strategi DOTS
1995	Indonesia mengadopsi DOTS sebagai strategi nasional penanggulangan dengan ekspansi bertahap
1995-1999	Ekspansi DOTS bertahap keseluruh Puskesmas
1999	Gerdunas-TB (Policy: DOTS dilaksanakan di seluruh Unit Pelayanan Kesehatan) Inisiasi DOTS di Rumah Sakit
2000-2005	Intensifikasi strategi DOTS dengan peningkatan kualitas
2006-2010	Konsolidasi dan implementasi inovasi dalam strategi DOTS

Fase Sebelum Strategi DOTS (pra-1995)

Fase ini dimulai sejak awal abad ke 20 dan ditandai dengan berdirinya fasilitas diagnostik dan sanatorium di kota-kota besar. Dengan dukungan dari pemerintah Belanda, diagnosis TB dilakukan dengan pemeriksaan Rontgen, diikuti dengan penanganan TB melalui hospitalisasi. Studi prevalensi TB pertama kali dilakukan pada tahun 1964 di karesidenan Malang dan kota Yogyakarta. Lima tahun kemudian (1969), program pengendalian TB nasional dengan pedoman penatalaksanaan TB secara baku dimulai di Indonesia. Pada periode 1972-1995 penanganan TB tidak lagi berbasis hospitalisasi, akan tetapi melalui diagnosis dan pelayanan TB di fasilitas kesehatan primer, yaitu di Puskesmas. Pengobatan TB menggunakan dua rejimen pengobatan menggantikan pengobatan konvensional (2HSZ/10H2S2) dan strategi penemuan kasus secara aktif secara bertahap. Pada tahun 1993, the Royal Netherlands TB Association (KNCV) melakukan uji coba strategi DOTS di empat kabupaten di Sulawesi Tahun 1994, NTP bekerja sama dengan WHO dan KNCV melakukan uji coba implementasi DOTS di provinsi Jambi dan Jawa Timur.

Persiapan dan Implementasi Strategi DOTS (1995-2000)

Setelah keberhasilan uji coba di dua provinsi ini, akhirnya Kementerian Kesehatan mengadopsi strategi DOTS untuk diterapkan secara nasional pada tahun 1995. Pada fase 1995-2000, pedoman nasional disusun dan strategi DOTS mulai diterapkan di Puskesmas. Seperti halnya dalam implementasi sebuah strategi baru, terdapat berbagai tantangan di lapangan dalam melaksanakan kelima strategi DOTS. Untuk mendorong peningkatan cakupan strategi DOTS dan pencapaian targetnya, dalam fase ini dilakukan dua *Joint External Monitoring Mission* oleh tim pakar internasional.

Ekspansi dan Intensifikasi DOTS (2000-2005)

Rencana strategi nasional Pengendalian TB disusun pertama kali pada periode ini sebagai pedoman bagi provinsi dan kabupaten/kota untuk merencanakan dan melaksanakan program pengendalian TB. Pencapaian utama selama periode ini adalah: (1) Pengembangan rencana strategis 2002-2006; (2) Penguatan kapasitas manajerial dengan penambahan staf di tingkat pusat dan provinsi; (3) Pelatihan berjenjang dan berkelanjutan sebagai bagian dari pengembangan sumberdaya manusia; (4) Kerja sama internasional dalam memberikan dukungan teknis dan pendanaan (pemerintah Belanda, WHO, TBCTA-CIDA, USAID, GDF, GFATM, KNCV, UAB, IUATLD, dll); (5) Pelatihan perencanaan dan anggaran di tingkat daerah; (6) Perbaikan supervisi dan monitoring dari tingkat pusat dan provinsi; dan (7) Keterlibatan BP4 dan rumah sakit pemerintah dan swasta dalam melaksanakan strategi DOTS melalui uji coba HDL di Jogjakarta.

Konsolidasi dan Implementasi Inovasi Dalam Strategi DOTS (2006-2010)

Fase ini ditandai dengan keberhasilan dalam mencapai target global tingkat deteksi dini dan kesembuhan pada tahun 2006. Selain itu, berbagai tantangan baru dalam implementasi strategi DOTS muncul pada fase ini.

Tantangan tersebut antara lain penyebaran ko-infeksi TB-HIV, peningkatan resistensi obat TB, jenis penyedia pelayanan TB yang sangat beragam, kurangnya pengendalian infeksi TB di fasilitas kesehatan, serta penatalaksanaan TB yang bervariasi. Mitra baru yang aktif berperan dalam pengendalian TB pada fase ini antara lain Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan di Kementerian Kesehatan, Ikatan Dokter Indonesia, dan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia. Meskipun Indonesia mengalami pemberhentian sementara dana GFATM Round 1 dan round 5, akan tetapi kegiatan pelayanan TB (terutama di dalam gedung) tetap terlaksana karena kesiapan tenaga pelayanan dengan menggunakan dana dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah serta sumber pendanaan dari berbagai lembaga donor internasional lain seperti USAID, WHO, tetap dapat dipertahankan.

Selain mencapai target global, Indonesia juga telah menunjukkan berbagai perkembangan dalam menghadapi tantangan baru program pengendalian TB, yaitu:

- (1) Keterlibatan pihak pemangku kepentingan utama, seperti halnya Organisasi berbasis Masyarakat yang besar seperti Muhammadiyah, NU, Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan di Kementerian Kesehatan, organisasi-organisasi profesi di bawah Ikatan Dokter Indonesia, Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia dll;
- (2) Peningkatan jumlah rumah sakit yang melaksanakan strategi DOTS secara signifikan dan peningkatan notifikasi kasus dari rumah sakit;
- (3) Pengembangan lima laboratorium yang telah terjamin mutunya untuk melaksanakan kultur dan DST melalui sertifikasi oleh laboratorium internasional;
- (4) Pelaksanaan survei resistensi obat dan survei Tuberkulin di 3 wilayah Indonesia;
- (5) Ujicoba tes diagnosis cepat untuk DST (dengan tes Hain);
- (6) Pengembangan kebijakan dan pedoman TB-HIV serta implementasi kolaborasi TB-HIV;
- (7) Pengembangan kebijakan, pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi dalam penanganan TB dan implementasinya;
- (8) Keberlangsungan sumber daya yang memadai untuk mengatasi kesenjangan dalam pembiayaan pengendalian TB melalui dukungan lembaga donor dan pemerintah setempat; dan
- (9) Pengembangan lembaga yang mewakili kelompok dukungan pasien (Pamali)

2. Organisasi Program Pengendalian TB Nasional

Pada saat ini, pelaksanaan upaya pengendalian TB di Indonesia secara administratif berada di bawah dua Direktorat Jenderal Kementerian Kesehatan, yaitu Bina Upaya Kesehatan, dan P2PL (Subdit Tuberkulosis yang bernaung di bawah Ditjen P2PL). Pembinaan Puskesmas berada di bawah Ditjen Bina Upaya Kesehatan dan merupakan tulang punggung layanan TB dengan arahan dari subdit Tuberkulosis, sedangkan pembinaan rumah sakit berada di bawah Ditjen Bina Upaya Kesehatan.

Pelayanan TB juga diselenggarakan di praktik swasta, rutan/lapas, militer dan perusahaan, yang seperti halnya rumah sakit, tidak berada di dalam koordinasi Subdit Tuberkulosis. Dengan demikian kerja sama antar Ditjen dan koordinasi yang efektif oleh subdit TB sangat diperlukan dalam menerapkan program pengendalian TB yang terpadu.

Pelayanan kesehatan di tingkat kabupaten/kota merupakan tulang punggung dalam program pengendalian TB. Setiap kabupaten/kota memiliki sejumlah FPK primer berbentuk Puskesmas, terdiri dari Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM), Puskesmas Satelit (PS) dan Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM). Pada saat ini Indonesia memiliki 1.649 PRM, 4.140 PS dan 1.632 PPM. Selain Puskesmas, terdapat pula fasilitas pelayanan rumah sakit, rutan/lapas, balai pengobatan dan fasilitas lainnya yang telah menerapkan strategi DOTS. Tenaga yang telah dilatih strategi DOTS berjumlah 5.735 dokter Puskesmas, 7.019 petugas TB dan 4.065 petugas laboratorium. Pada tingkat Kabupaten/kota, Kepala Dinas Kesehatan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program kesehatan, termasuk perencanaan, pembiayaan dan pemantauan pelayanannya. Di seksi P2M Wakil supervisor (wasor) TB bertanggung jawab atas pemantauan program, register dan ketersediaan obat. Pemantauan pengobatan di bawah tanggung jawab tenaga di FPK dan pada umumnya peran Pengawasan Minum Obat (PMO) dilakukan oleh anggota keluarga. Di tingkat Provinsi, telah dibentuk tim inti DOTS yang terdiri dari *Provincial Project Officer* (PPO) serta staf Dinas Kesehatan, khususnya di provinsi dengan beban TB yang tinggi. Di beberapa provinsi dengan wilayah geografis yang luas dan jumlah FPK yang besar, telah mulai dikembangkan sistem klaster kabupaten/kota yang bertujuan utama untuk meningkatkan mutu implementasi strategi DOTS di rumah sakit. Rutan, lapas serta tempat kerja telah terlibat pula dalam program pengendalian TB melalui jejaring dengan Kabupaten/kota dan Puskesmas.

Hasil survei prevalensi TB Tahun 2004 menunjukkan bahwa pasien TB juga menggunakan pelayanan rumah sakit, BP4 dan praktik swasta untuk tempat berobat. Ujicoba, implementasi dan akselerasi pelibatan FPK selain Puskesmas sebagai bagian dari inisiatif *Public-Private Mix* telah dimulai pada tahun 1999-2000. Pada tahun 2007, seluruh BP4 dan sekitar 30% rumah sakit telah menerapkan strategi DOTS. Untuk praktik swasta, strategi DOTS belum diimplementasi secara sistematis, meskipun telah dilakukan ujicoba model pelibatan praktisi swasta di Palembang pada tahun 2002 serta di provinsi Yogyakarta dan Bali pada tahun 2004-2005.

Tabel 5. Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan (FPK) yang telah menerapkan strategi DOTS*

Fasilitas pelayanan kesehatan	Jumlah total FPK	Jumlah (%) FPK yang telah menerapkan DOTS
Puskesmas	7352	7200 (98%)
BP4	26	26 (100%)
RS Paru	9	9 (100%)

Fasilitas pelayanan kesehatan	Jumlah total FPK	Jumlah (%) FPK yang telah menerapkan DOTS
Rumah Sakit	1645	
• RS Pemerintah	563	
• RS BUMN	78	30%
• RS TNI/Polri	147	
• RS Swasta	848	
Praktisi Swasta	55000	Tidak diketahui

*sumber: data provinsi pada pertemuan evaluasi nasional TB 2010

Untuk akselerasi DOTS di rumah sakit, sekitar 750 dari 1645 RS telah dilatih dengan pendanaan dari GFATM TB Round 1, Round 5 dan USAID. Selain itu, dengan pendanaan dari TBCAP-USAID melalui KNCV, ditempatkan *Technical Officer* untuk inisiasi DOTS di rumah sakit di beberapa provinsi besar. Koordinasi di tingkat pusat dengan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan semakin intensif. Dua pedoman telah disusun, yaitu pedoman manajerial pelayanan TB dengan strategi DOTS di rumah sakit dan pedoman diagnosis dan terapi TB di rumah sakit. Selain itu Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan juga melakukan penilaian ke beberapa rumah sakit yang telah menerapkan DOTS. Penguatan aspek regulasi dalam implementasi strategi DOTS di rumah sakit akan diintegrasikan dengan kegiatan akreditasi rumah sakit.

3. Kemitraan

Mitra TB adalah setiap orang atau kelompok yang memiliki kepedulian, kemauan, kemampuan dan komitmen yang tinggi untuk memberikan dukungan serta kontribusi pada pengendalian TB dengan berperan sesuai potensinya. Potensi tersebut dimanfaatkan secara optimal untuk keberhasilan pengendalian TB. Setiap mitra harus memiliki pemahaman yang sama akan tujuan kemitraan TB, yakni terlaksananya upaya percepatan pengendalian TB secara efektif, efisien dan berkesinambungan.

Gerdunas-TB (Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan TB) adalah suatu gerakan lintas sektor yang dibentuk pada tahun 1999 dari tingkat pemerintah pusat hingga daerah untuk mempercepat akselerasi pengendalian TB berdasarkan kemitraan melalui pendekatan yang terintegrasi dengan rumah sakit, sektor swasta, akademisi, lembaga swadaya masyarakat (LSM), lembaga penyandang dana, dan para pemangku kepentingan lainnya. Setelah pertemuan advokasi di tingkat pusat pada tahun 2002, pemerintah daerah dianjurkan membentuk Gerdunas TB di tingkat provinsi. Meskipun demikian, realisasi komitmen dalam bentuk penganggaran TB masih sangat bervariasi. Fungsi mitra dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu: (1) perencanaan dan pengarah; (2) pembiayaan, alokasi dan pemanfaatan sumber daya; dan (3) penyediaan pelayanan. Berikut adalah mitra potensial TB secara nasional yang mungkin dapat dijadikan acuan dalam identifikasi mitra potensial disesuaikan dengan situasi dan kondisi.

Tabel 6. Ilustrasi mitra TB menurut kelompok fungsi (per 2010)

Fungsi Kemitraan	Mitra
1. Kebijakan, perencanaan, pengarahan, struktur:	
Bantuan teknis TB	WHO, KNCV
Manajemen dan pengadaan obat	MSH
Implementasi DOTS di rumah sakit	Dirjen Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan, Ikatan Dokter Indonesia
Analisis data	Balitbangkes, UI, UGM, Perguruan Tinggi setempat, institusi penelitian
Advokasi dan komunikasi	Koalisi Untuk Indonesia Sehat
2. Pembiayaan dan alokasi dana:	
Dana eksternal	GFATM, USAID /TBCTA , JICA
3. Penyedia pelayanan	
Jejaring antar penyedia pelayanan (Asosiasi profesi)	ARSADA, ARSI, IBI, IDAI, IDI, IRSPI, PAPDI, PDPI, PERSI, PPNI, PPPKMI, IAKMI dll
Sektor pemerintah	Kementerian Kesehatan, Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia, POLRI, TNI, Kementerian Sosial, Kementerian Komunikasi dan Informasi, Kementerian Tenaga kerja dan Transmigrasi dll
Pelayanan TB di masyarakat	PPTI, Aisyiyah, CARE, Hope Worlwide Indonesia, LKC, Muhammadiyah, NU, PKPU, PELKESI, PERDHAKI, PKK, World Vision Indonesia, Pamali, LPMI
Perusahaan	PT Kaltim Prima Coal, PT Freeport dll
Kolaborasi TB-HIV	FHI, Spiritia, LSM HIV/AIDS lainnya
Dukungan sosial	Tokoh agama, tokoh adat, tokoh masyarakat, tokoh politik, dll.

4. Pembiayaan dan Regulasi Dalam Pengendalian TB

Komitmen pemerintah dalam pembiayaan kesehatan untuk program TB semakin meningkat. Pada tahun 2009, alokasi anggaran kesehatan pemerintah untuk operasional program TB sebesar 145 milyar rupiah, meningkat 7,1% dibandingkan tahun sebelumnya sebesar 135 milyar rupiah. Meskipun meningkat, akan tetapi kontribusi pemerintah tersebut hanya mencukupi 23,4% dari total kebutuhan satu tahun sebesar 621,5 milyar rupiah. Kesenjangan pendanaan tersebut dipenuhi melalui bantuan donor internasional yang jumlahnya mencapai 269,36 milyar pada Tahun 2009, atau sebesar 45% dari tahun sebelumnya.

Peningkatan kebutuhan anggaran untuk program pengendalian TB di Indonesia dipicu oleh keinginan untuk percepatan dalam pencapaian target pembangunan milenium.

Meskipun terdapat dana dari pemerintah pusat dan daerah serta dana internasional yang cukup besar, pada tahun 2010 masih terdapat kekurangan

dana sebesar 31% dari total kebutuhan program. Proporsi kekurangan dana ini telah menurun dari tahun 2009 (39%).

Strategi pembiayaan yang harus dilakukan untuk menutup kesenjangan tersebut adalah meningkatkan sumber pembiayaan kesehatan nasional dan daerah untuk program TB. Sampai dengan saat ini, komitmen daerah (provinsi dan kabupaten/kota) untuk membiayai program TB masih relatif rendah, yaitu sekitar 45%-49% dari anggaran pemerintah pusat. Kapasitas fiskal (*fiscal space*) untuk peningkatan anggaran kesehatan program TB di daerah masih terbuka lebar. Peningkatan komitmen daerah harus terus diupayakan dalam kerangka desentralisasi kesehatan.

Selain itu, kebijakan alokasi anggaran (*resource allocation policy*) menjadi hal yang penting dalam mendorong keberlangsungan pembiayaan kesehatan bagi program pengendalian TB nasional. Dengan alokasi anggaran yang tepat dan asumsi pertumbuhan ekonomi daerah yang mencapai angka 6-7% (Badan Pusat Statistik), diharapkan dalam waktu lima tahun ke depan (2010-2014) kesenjangan anggaran kesehatan program TB dapat berkurang dari 31% di tahun 2010 menjadi 13-15% pada tahun 2014. Penurunan kesenjangan ini dapat dicapai dengan mengutamakan peningkatan kemampuan daerah dan penguatan komitmen daerah untuk mencapai target indikator pembangunan milenium 2015.

Regulasi yang terkait dengan pengendalian TB nasional adalah UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, UU Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular, Permenkes Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang SPM bidang kesehatan di kabupaten/kota, dan Kepmenkes Nomor 228 Tahun 2002 tentang Pedoman Penyusunan SPM Rumah Sakit. UU Praktik Kedokteran secara spesifik menyebutkan kewajiban dokter dan dokter gigi untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku. Oleh karena itu, implementasi UU Praktik Kedokteran dan UU Rumah Sakit akan sangat bermanfaat bagi penguatan aspek regulasi dalam pengendalian TB, khususnya penerapan strategi DOTS di rumah sakit dan praktik swasta serta implementasi ISTC. Pada tahun 2007, organisasi-organisasi profesi secara resmi sudah mengesahkan ISTC sebagai standar pelayanan TB. UU Nomor 4/1984 mewajibkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan umum dan swasta untuk melaporkan kejadian penyakit menular prioritas kepada pihak yang berwenang, dalam hal ini dinas kesehatan setempat.

Selain Undang-Undang, indikator program pengendalian TB juga tercantum baik dalam indikator SPM bidang kesehatan di kabupaten/kota yang wajib diselenggarakan oleh pemerintah daerah maupun indikator SPM rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh rumah sakit. Meskipun demikian, implementasi UU dan peraturan tersebut masih terkendala oleh kapasitas pemerintah daerah yang bervariasi dalam menjalankan fungsi regulasi.

Implementasi UU dan peraturan lainnya berjalan lambat dan pemantauan SPM belum dilakukan di tingkat daerah ataupun fasilitasi pelayanan rumah sakit.

5. Manajemen Program Pengendalian TB

Keberhasilan ekspansi strategi DOTS di Indonesia membutuhkan dukungan manajerial yang kuat. Desentralisasi pelayanan kesehatan berpengaruh negatif terhadap kapasitas sumber daya manusia dan pengembangan program pengendalian TB. Meskipun dilaporkan bahwa 98% staf di Puskesmas dan lebih kurang 24% staf TB di rumah sakit telah dilatih, program TB harus tetap melakukan pengembangan sumber daya manusia mengingat tingkat mutasi staf yang cukup tinggi.

Tantangan baru yang harus dihadapi oleh program TB meningkatkan kebutuhan akan pelatihan strategi DOTS maupun kebutuhan akan pelatihan dengan topik baru seperti halnya tata laksana MDR-TB, PAL, PPI TB, dan lainnya. Pelatihan strategi DOTS tetap dibutuhkan mengingat ekspansi strategi DOTS dengan perluasan jenis dan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan serta berbagai inovasi untuk memperkuat penerapan strategi DOTS (misalnya alat diagnostik yang baru, TB elektronik, ACSM, manajemen logistik). Selain itu, faktor keterbatasan jumlah staf, rotasi staf di fasilitas pelayanan kesehatan dan dinas kesehatan serta kesinambungan antar pelatihan juga menjadi tantangan dalam pengembangan sumber daya manusia di era desentralisasi. Konsekuensi dari kebutuhan pelatihan yang tinggi adalah kebutuhan ketersediaan fasilitator tambahan dengan jumlah, keterampilan dan keahlian spesifik yang memadai.

Selain melalui pelatihan, pengembangan sumber daya manusia juga dapat dilakukan melalui *on the job training* dan supervisi. Meskipun supervisi merupakan bagian integral dalam setiap program, akan tetapi paradigma yang digunakan dalam supervisi program pengendalian TB masih menitikberatkan pada pengumpulan data. Supervisi sebagai salah satu metode untuk peningkatan kinerja sumber daya manusia belum dioptimalkan. Dengan lemahnya sistem informasi sumber daya manusia dalam program pengendalian TB serta praktik supervisi pada saat ini, maka ketergantungan program pada pelatihan tetap tinggi. Konsekuensi yang ditimbulkan adalah penilaian kebutuhan pelatihan, pengembangan metode pelatihan yang tepat, serta evaluasi efektivitas dan efektivitas biaya pelatihan merupakan prioritas untuk riset operasional.

Monitoring dan evaluasi seharusnya dilakukan melalui kegiatan supervisi (*on the job training*) dan pertemuan triwulanan di berbagai tingkat. Akibat kekurangan sumber daya (SDM, dana dan logistik) supervisi di provinsi dan kabupaten/kota tidak dilaksanakan secara rutin, sementara tantangan dalam program TB semakin kompleks. Pengembangan sistem informasi elektronik dan sistem informasi geografis direncanakan untuk meningkatkan kualitas perencanaan dan penanganan penderita yang lebih baik. Selain itu, pertemuan monitoring dan evaluasi triwulanan juga dilaksanakan di tingkat Puskesmas, sebagai upaya untuk meningkatkan mutu laboratorium, memvalidasi data dan mengoptimalkan jejaring TB.

Rejimen pengobatan TB di program pengendalian TB nasional telah menggunakan paket *Fixed Dose Combination* (FDC), meskipun demikian, bentuk paket CombiPak masih tetap disediakan bagi pasien dengan efek samping obat. Ketersediaan semua jenis obat TB lini pertama merupakan bagian dari lima

strategi utama DOTS, dan seharusnya dijamin oleh pemerintah dalam jumlah yang memadai untuk memenuhi kebutuhan di Indonesia dengan persediaan untuk *buffer stock*

Saat ini, hanya 13 dari 32 provinsi yang telah mendapatkan distribusi obat FDC langsung dari tingkat pusat. Di tingkat daerah, sistem pengadaan obat anti TB yang terintegrasi dengan pelayanan obat dasar sudah mulai dilaksanakan, dan gudang obat daerah akan memasukkan obat program TB dari pusat ke dalam rute distribusi rutin obat-obat esensial ke Puskesmas dengan sistem pelaporan LPLPS setiap triwulannya.

Sistem pencatatan dan pelaporan program TB nasional dikembangkan mengacu pedoman internasional dari WHO dengan TB03 sebagai register utama yang dikelola oleh wasor kabupaten/kota sebagai penanggung jawab. Meskipun pencatatan dan pelaporan dari tingkat fasilitas pelayanan kesehatan ke pusat telah semakin membaik, rekapitulasi data tahun 2009 masih menunjukkan beberapa permasalahan. Permasalahan tersebut meliputi ketepatan waktu pelaporan, kelengkapan data, akurasi data (misalnya tidak mengikuti kaidah dalam penutupan data, registrasi ganda) serta kemampuan untuk memilah berdasarkan jenis fasilitas pelayanan kesehatan. Masalah yang lebih spesifik dalam pencatatan pelaporan antara lain format TB 12 dan TB 13 yang belum standar, surveilans TB-HIV yang masih lemah, demikian pula surveilans rumah sakit dan sektor swasta lainnya. Selain itu analisis data dan indikator program di beberapa daerah juga masih lemah. Meskipun berbagai perbaikan sistem telah mulai diujicoba, yaitu penyempurnaan TB elektronik, pengisian dan distribusi data berbasis web, otomatisasi *software*, akan tetapi inovasi ini masih membutuhkan investasi waktu, tenaga dan biaya yang cukup besar sebelum dapat diterapkan secara optimal. Pertemuan monitoring dan evaluasi yang diselenggarakan setiap triwulan di hampir seluruh provinsi dan kabupaten/kota memberikan kontribusi terhadap perbaikan manajemen data dan monitoring kinerja program.

6. Riset Operasional TB

Salah satu pencapaian pada kurun waktu 2006-2010 adalah kegiatan *operational research* dan kelompok kerja riset operasional TB, sosialisasi riset operasional TB ke berbagai pihak pemangku kepentingan, pelatihan dan lokakarya riset operasional TB secara intensif, baik untuk pengembangan proposal maupun penulisan laporan penelitian, serta kajian dan telaah berbagai proposal riset operasional TB. Pada saat ini sejumlah riset operasional telah dilaksanakan. Diseminasi hasil riset operasional dilakukan melalui berbagai forum dan bentuk, misalnya melalui pertemuan nasional sosialisasi berbentuk parade penelitian TB yang dihadiri oleh berbagai pihak pemangku kepentingan terutama staf program TB serta publikasi di jurnal internasional. Tantangan utama dalam riset operasional TB adalah menyusun agenda prioritas riset operasional TB serta mendorong pemanfaatan informasi yang dihasilkan secara strategis dalam proses penyusunan kebijakan dan pengambilan keputusan dalam program pengendalian TB nasional.

BAB III ISU-ISU STRATEGIS

A. Cakupan dan Kualitas Pelayanan DOTS

1. Jejaring Laboratorium

Selama dekade terakhir telah terjadi peningkatan dalam kapasitas diagnosis program pengendalian TB nasional. Meskipun demikian mutu pelayanan diagnosis masih menjadi tantangan. Sistem jaminan mutu eksternal masih terbatas oleh karena masih banyak laboratorium yang belum mengikuti *cross-check* secara rutin akibat keterbatasan kapasitas BLK dalam melakukan supervisi, umpan balik yang tidak tepat waktu dan belum tersedianya laboratorium rujukan di tujuh provinsi baru. Rencana penguatan laboratorium telah disusun sebagai arahan bagi subdit TB dan BPPM. Laboratorium rujukan nasional dan provinsi harus segera ditetapkan secara formal dengan garis wewenang yang jelas. Pengurangan kesenjangan (kuantitas dan kualitas) dalam SDM laboratorium perlu diupayakan secara terus menerus.

2. Logistik Obat

Secara keseluruhan, sistem logistik obat belum berjalan dengan optimal dalam menjamin ketersediaan obat TB secara berkesinambungan di FPK. Data nasional *stock-out* obat kategori 1 menunjukkan tingkat ketersediaan obat yang tidak stabil pada bulan-bulan tertentu. Demikian pula halnya dengan *buffer stock* yang tidak memadai berdasarkan situasi ketersediaan obat pada awal tahun 2010. Sementara ketersediaan obat lini kedua/pengobatan untuk kasus MDR sedang diupayakan untuk mendapat persetujuan dari GLC (*Green Light Committee*). Dengan demikian, FPK untuk pengobatan kasus MDR harus dipersiapkan sedini mungkin. Perbaikan dalam manajemen obat TB di tingkat provinsi dan kabupaten/kota harus dilakukan secara kontinyu untuk mencegah *stock-out*.

B. Menghadapi Tantangan TB/HIV, DR-TB, TB Anak dan Kebutuhan Masyarakat Miskin serta Kelompok Rentan Lainnya

1. TB-HIV

Koordinasi TB-HIV secara umum masih perlu diperkuat. Cakupan layanan TB-HIV terpadu di fasilitas pelayanan TB maupun HIV/AIDS masih rendah. Sebagian besar Rumah Sakit ART belum terlibat dalam program pengendalian TB nasional. Skrining TB pada ODHA juga belum berjalan secara rutin, demikian pula surveilans TB-HIV.

Selain itu, *Isoniazid preventive therapy* belum menjadi bagian dari kebijakan kolaborasi TB-HIV nasional. Cakupan program TB-HIV di rutan/lapas juga masih terbatas. Pemahaman masyarakat dan akses terhadap materi KIE TB-HIV masih rendah dan LSM masih kurang diberdayakan.

2. Resistensi Obat TB

Upaya untuk menghadapi epidemi ganda TB-HIV memerlukan peningkatan kolaborasi khususnya di tingkat pelaksana. Selain itu diperlukan intensifikasi sosialisasi dan advokasi serta peningkatan akses dan kompetensi SDM.

Ancaman MDR memunculkan wacana perlunya regulasi obat anti tuberculososis serta menekankan urgensi ketersediaan obat lini kedua. Kedua upaya ini

memerlukan dukungan peningkatan kapasitas dan pelibatan organisasi profesi.

Isu utama yang semakin menguat adalah urgensi untuk meningkatkan akses terutama bagi masyarakat miskin dan terpencil. Upaya ini perlu ditopang oleh berbagai hal, antara lain kemitraan, pengembangan desa siaga peduli TB, pendelegasian wewenang ke bidan/perawat desa untuk mendekatkan OAT untuk masyarakat miskin, peningkatan keterlibatan sektor terkait untuk masyarakat miskin dengan uraian tugas yang jelas, serta pelibatan sektor terkait dalam mengurangi faktor risiko (Kimpraswil, dinas pertanian). Peningkatan pelayanan TB berkualitas di lapas dan rutan memerlukan perhatian lintas sektor secara khusus, terutama terkait dengan ancaman TB-HIV dan MDR-TB.

3. TB Anak

TB pada anak mencerminkan transmisi TB yang terus berlangsung di populasi. Masalah ini masih memerlukan perhatian yang lebih baik dalam program pengendalian TB. Secara umum, tantangan utama dalam program pengendalian TB anak adalah kecenderungan diagnosis yang berlebihan (*overdiagnosis*), disamping juga masih adanya *underdiagnosis*, penatalaksanaan kasus yang kurang tepat, pelacakan kasus yang belum secara rutin dilaksanakan serta kurangnya pelaporan pasien TB anak. Tantangan tersebut juga dihadapi oleh rumah sakit atau FPK yang telah menerapkan strategi DOTS.

4. Masyarakat Miskin serta Kelompok Rentan Lainnya

Keterbatasan akses terhadap pelayanan DOTS yang berkualitas masih dijumpai terutama pada masyarakat miskin dan rentan di perkotaan, populasi di rutan/lapas, dan penduduk dikawasan terpencil, perbatasan dan kepulauan terutama di kawasan Indonesia Timur khususnya. Masyarakat miskin di perkotaan mempunyai kendala sosial ekonomi untuk dapat mengakses pelayanan DOTS. Sebagian besar rutan dan lapas belum terintegrasi dalam program pengendalian TB dan belum melaksanakan upaya pengendalian infeksi TB, sehingga akses pelayanan DOTS juga terbatas. Selain kelompok masyarakat miskin-rentan tertentu, perhatian khusus perlu diberikan kepada Kawasan Timur Indonesia secara umum, termasuk masyarakat yang tinggal di daerah terpencil di wilayah tersebut. Papua khususnya memerlukan pendekatan spesifik terkait dengan epidemi HIV yang meluas. Kesenjangan kuantitas dan kualitas SDM di provinsi tersebut masih sangat lebar sehingga memerlukan investasi yang cukup besar untuk memenuhi persyaratannya. Tantangan lain di kawasan ini adalah tingginya angka kasus mangkir dikarenakan masalah akses serta tingginya biaya transportasi serta *opportunity cost*.

C. Kepatuhan Penyedia Pelayanan Pemerintah dan Swasta Terhadap *International Standards for TB Care*

Banyak kemajuan telah dicapai dalam perluasan program pengendalian TB nasional, namun penatalaksanaan TB di sebagian besar rumah sakit dan

praktik swasta belum sesuai dengan strategi DOTS dengan penerapan standar pelayanan berdasar *International Standards for Tuberculosis Care (ISTC)*. ISTC merupakan serangkaian standar yang digunakan secara internasional yang diharapkan dapat digunakan oleh semua praktisi medis, baik swasta maupun pemerintah. ISTC menunjang peningkatan pelayanan terhadap pasien TB dengan strategi DOTS oleh para pemberi layanan kesehatan.

Tingginya angka kasus mangkir menunjukkan hasil pengobatan yang belum optimal di rumah sakit dan praktik swasta. Hasil studi penilaian rumah sakit dalam melaksanakan strategi DOTS yang dilaksanakan oleh UGM, Direktorat Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan, dan JEMM menunjukkan berbagai kendala dalam ekspansi HDL. Kendala utama adalah pelaksanaan HDL yang sangat bervariasi antar rumah sakit yang terlibat serta pelaksanaan jejaring internal dan eksternal yang belum optimal (termasuk pencatatan pelaporan serta monitoring dan supervisi dari Dinas Kesehatan setempat). Selain itu, penatalaksanaan pasien TB belum sesuai dengan ISTC serta kebijakan pemerintah daerah belum mendukung pendanaan bagi pasien TB yang berobat di rumah sakit.

Ekspansi kegiatan PPM pada saat ini membutuhkan pembentukan kelompok kerja PPM atau tim DOTS yang komprehensif di tingkat kabupaten/kota (termasuk kluster kabupaten/kota) dan provinsi (misalnya dengan melibatkan organisasi profesi, Direktorat BUK Rujukan, Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia). Perlu diseminasi dan supervisi yang efektif dalam melaksanakan ISTC secara nasional. ISTC harus diintegrasikan dalam kurikulum pendidikan bagi dokter, perawat, bidan dan dalam akreditasi/sertifikasi fasilitas pelayanan kesehatan. Dokter dan spesialis yang tersertifikasi akan diberikan tanda dengan pemasangan logo/*brand* DOTS/ISTC sebagai penghargaan dan sekaligus informasi bagi pasien dalam mengambil keputusan untuk mencari FPK yang tepat. Wasor TB khusus yang bertugas memfasilitasi praktisi swasta dan rumah sakit perlu dipertimbangkan. Implementasi PPM akan diperkuat dalam upaya peningkatan jejaring pelayanan dengan praktisi swasta, Puskesmas dan rumah sakit, dilengkapi dengan supervisi yang efektif. Peningkatan sistem rujukan antara rumah sakit dan FPK serta keterlibatan laboratorium swasta dalam sistem jaminan mutu eksternal sangat penting dalam keberhasilan implementasi PPM.

D. Peran Masyarakat dan Pasien TB

Berbagai bentuk kemitraan dengan LSM telah ada sejak lama, meskipun baru pada tahun 2002 terbentuk kemitraan format antara pemerintah pusat dan LSM melalui Gerdunas dan CCM (*Country Coordinating Mechanism*) GF ATM pada tahun 2003. Meskipun demikian, koordinasi dan kerjasama antara pemerintah dan LSM di daerah masih terbatas. Pada umumnya pengetahuan dan pengertian masyarakat tentang penyakit TB dan pengobatannya masih rendah.

Masyarakat dan pasien TB perlu diberdayakan melalui pemberian informasi yang memadai tentang TB, pentingnya upaya pencegahan dan pengendalian TB, serta hak dan kewajiban pasien TB sebagaimana tercantum dalam TB *patient charter*. Pendampingan dan pemberdayaan sosial ekonomi pasien merupakan bagian dari

upaya pemenuhan kebutuhan tersebut. Upaya KIE dapat pula menunjang kebutuhan tersebut sekaligus memberdayakan masyarakat secara umum. Pemberdayaan masyarakat lebih lanjut dapat difasilitasi melalui penguatan desa siaga untuk pengendalian TB. Seluruh upaya tersebut memerlukan monitoring dan evaluasi serta payung hukum untuk menjaga kesinambungannya. Berkembangnya wacana revitalisasi Gerdunas ataupun pembentukan komisi nasional pengendalian TB akhir-akhir ini menggarisbawahi perlunya penguatan payung kemitraan dalam pengendalian TB.

E. Urgensi Penguatan Sistem Kesehatan dan Manajemen Program Pengendalian TB

Penguatan FPK secara umum dengan dukungan sumber daya manusia yang memadai merupakan salah satu kunci keberhasilan pengendalian TB. Pelatihan telah banyak dilakukan namun ketersediaan staf yang berkompeten masih mengalami kendala dari tingginya rotasi staf (10-20%). Kebijakan nasional untuk SDM secara umum masih membatasi upaya rekrutmen staf dan pengembangan posisi-posisi dalam struktur. Gaji secara umum masih rendah sedangkan beban kerja meningkat seiring dengan tantangan baru dalam program TB. Komitmen pemerintah semakin penting ditingkatkan sebagai prasyarat untuk meningkatkan sumber pendanaan eksternal dan bantuan teknis.

Program pengendalian TB nasional menghadapi permasalahan-permasalahan manajerial sebagai berikut: (1) keterbatasan kapasitas manajemen keuangan untuk menjamin pelaporan yang efektif dan tepat waktu dikarenakan besarnya wilayah yang harus dicakup (yaitu 33 provinsi, 462 kabupaten/kota); (2) keterbatasan kapasitas untuk pengadaan dan manajemen logistik serta monitoring evaluasi; dan (3) keterbatasan kapasitas pemerintah untuk menjalankan fungsi regulasi terkait pelaporan wajib, ketersediaan obat, dan SPM.

F. Komitmen Pemerintah Pusat dan Daerah

Dalam era desentralisasi, pembiayaan program kesehatan termasuk pengendalian TB sangat bergantung pada alokasi dari pemerintah pusat dan daerah. Alokasi APBD untuk pengendalian TB secara umum rendah dikarenakan tingginya pendanaan dari donor internasional dan banyaknya masalah kesehatan masyarakat lainnya yang juga perlu didanai. Pembiayaan program TB saat ini masih mengandalkan pendanaan dari donor internasional dan alokasi pendanaan pemerintah pusat untuk pengadaan obat. Alokasi anggaran pengadaan obat ini menurun dalam beberapa tahun terakhir sehingga menimbulkan *stock-out*. Rendahnya komitmen politis untuk pengendalian TB merupakan ancaman bagi kesinambungan program pengendalian TB. Program pengendalian TB nasional semakin perlu penguatan kapasitas untuk melakukan advokasi dalam meningkatkan pembiayaan dari pusat maupun daerah.

G. Penelitian, Pengembangan dan Pemanfaatan Informasi Strategik

Masih diperlukan intensifikasi penelitian melalui kemitraan, pelatihan, dan dukungan pendanaan untuk penelitian. Penelitian sebaiknya dikembangkan dan hasilnya didiseminasikan sebagai bagian dari sistem informasi strategik yang kemudian menghasilkan keluaran informasi-informasi strategik untuk pengambilan keputusan dalam program pengendalian TB.

Pelaporan data untuk surveilans dan monitoring evaluasi dari tingkat daerah ke pusat secara umum sudah menunjukkan perbaikan. Namun masih dijumpai tantangan dalam hal kualitas, ketepatan waktu dan integrasi dari berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan. Integrasi surveilans TB dengan sistim informasi kesehatan nasional perlu diupayakan.

BAB IV
VISI, MISI, TUJUAN, DAN SASARAN

A. Visi

“MENUJU MASYARAKAT BEBAS MASALAH TB, SEHAT, MANDIRI DAN BERKEADILAN”

B. Misi

1. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani dalam pengendalian TB.
2. Menjamin ketersediaan pelayanan TB yang paripurna, merata, bermutu, dan berkeadilan.
3. Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumberdaya pengendalian TB.
4. Menciptakan tata kelola program TB yang baik.

*Visi dan misi strategi nasional pengendalian TB 2011-2014 dirumuskan sejalan dengan visi dan misi renstra kementerian kesehatan 2010-2014.

C. Tujuan

Menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat TB dalam rangka pencapaian tujuan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

D. Sasaran

Sasaran strategi nasional pengendalian TB ini mengacu pada rencana strategis kementerian kesehatan dari 2010 sampai dengan tahun 2014 yaitu menurunkan prevalensi TB dari 235 per 100.000 penduduk menjadi 224 per 100.000 penduduk. Sasaran keluaran adalah: (1) meningkatkan persentase kasus baru TB paru (BTA positif) yang ditemukan dari 73% menjadi 90%; (2) meningkatkan persentase keberhasilan pengobatan kasus baru TB paru (BTA positif) mencapai 88%; (3) meningkatkan persentase provinsi dengan CDR di atas 70% mencapai 50%; (4) meningkatkan persentase provinsi dengan keberhasilan pengobatan di atas 85% dari 80% menjadi 88%.

Tabel 7. Sasaran strategi nasional pengendalian TB per tahun (2010-2014)

	Baseline	2010	2011	2012	2013	2014
Prevalensi TB (per 100.000)	228	217	207	197	188	180
Case detection rate (%)	73	73	75	80	85	90
Success rate (%)	91	88	88	88	88	88
Persentase provinsi dengan CDR \geq 70%	15	15	25	35	45	50
Persentase provinsi dengan SR \geq 85%	84	84	84	84	86	88

Guna mencapai sasaran-sasaran di atas maka strategi-strategi yang akan dilaksanakan adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan perluasan pelayanan DOTS yang bermutu
2. Menangani TB/HIV, MDR-TB, TB anak dan masyarakat miskin serta rentan lainnya
3. Melibatkan seluruh penyedia pelayanan kesehatan milik pemerintah, masyarakat dan swasta mengikuti *International Standards of TB Care*
4. Memberdayakan masyarakat dan pasien TB
5. Memperkuat sistem kesehatan, termasuk pengembangan SDM dan manajemen program pengendalian TB
6. Meningkatkan komitmen pemerintah pusat dan daerah terhadap program TB
7. Meningkatkan penelitian, pengembangan dan pemanfaatan informasi strategik

E. Sasaran khusus

1. Meningkatkan Perluasan Pelayanan DOTS yang Bermutu

Indikator	Sasaran 2014
Case notification rate (CNR)	85/100.000
Persentase laboratorium yang mengikuti pemantapan mutu eksternal (cross-check dan panel test) untuk pemeriksaan mikroskopis dahak	90%
Persentase laboratorium yang lulus pemantapan mutu eksternal (cross-check dan panel test) untuk pemeriksaan mikroskopis dahak	100%
Persentase kabupaten/kota yang melaporkan tidak ada <i>stock-out</i> obat TB lini pertama (kategori 1; kategori 2 dan anak) pada hari terakhir setiap kuartal	85%

2. Menangani TB/HIV, MDR-TB, TB Anak dan Masyarakat Miskin serta Rentan Lainnya

Indikator	Sasaran 2014
Persentase pasien TB anak di antara total pasien TB yang dilaporkan	5-10%
Persentase lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan yang menjalankan skrining TB rutin pada warga binaan pemasyarakatan baru	80%
Persentase pasien TB dengan hasil pemeriksaan HIV tercatat di register TB di antara total jumlah pasien TB yang di tes HIV di fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan TB-HIV	100%
Persentase ODHA yang diskriming TB di antara jumlah total ODHA yang berkunjung ke unit KTS/PDP	80%
Persentase ODHA yang mendapatkan pengobatan TB di antara ODHA yang terdiagnosis TB	100%
Persentase pasien TB yang terdiagnosis HIV dan mendapatkan pengobatan profilaksis kotrimoxazole	100%

Indikator	Sasaran 2014
(PPK) di antara pasien TB yang terdiagnosis HIV	
Persentase suspek TB MDR yang menjalani DST di antara seluruh suspek TB MDR yang ditemukan	100%
Persentase pasien TB MDR konfirmasi yang mendapat pengobatan MDR-TB di antara pasien TB MDR konfirmasi	80%

3. Melibatkan Seluruh Penyedia Pelayanan Kesehatan Milik Pemerintah, Masyarakat dan Swasta Mengikuti *International Standards for TB Care*

Indikator	Sasaran 2014
Jumlah dan persentase rumah sakit dan BBKPM/BKPM/BP4 yang sudah melaksanakan strategi DOTS	750 (45%)
Persentase kasus baru TB BTA positif yang dilaporkan oleh rumah sakit dan BBKPM/BKPM/BP4 di antara total kasus baru TB BTA positif	25%
Angka keberhasilan rujukan	80%
Angka putus berobat di Rumah sakit	<5%
Jumlah perusahaan yang memiliki unit DOTS dan melaporkan penemuan kasus TB	80

4. Memberdayakan Masyarakat dan Pasien TB

Indikator	Sasaran 2014
Jumlah Poskesdes yang melaksanakan pelayanan TB	250
Jumlah organisasi berbasis masyarakat yang memiliki kegiatan yang mendukung program pengendalian TB nasional	32
Jumlah organisasi berbasis masyarakat yang memiliki unit DOTS dan melaporkan penemuan kasus TB	18
Persentase kasus baru TB BTA positif yang merupakan hasil rujukan kader LSM di antara total kasus baru TB BTA positif yang dilaporkan	3-5%
Persentase populasi yang memiliki pemahaman yang benar tentang TB (cara penularan, tanda, gejala, pengobatan dan kesembuhan)	70%
Persentase pasien TB, petugas yang telah disosialisasikan piagam hak dan kewajiban pasien TB (PHKP)	5%

5. Memperkuat Sistem Kesehatan dan Manajemen Program Pengendalian TB

Indikator	Sasaran 2014
Persentase fasilitas pelayanan kesehatan DOTS yang memenuhi standar ketenagaan dalam program TB	≥80%
Persentase Kabupaten/Kota yang memenuhi standar ketenagaan dalam program TB	≥80%
Persentase Provinsi yang memenuhi standar ketenagaan dalam program TB	≥80%
Persentase institusi pendidikan kesehatan yang memasukkan strategi program pengendalian TB dalam kurikulum pendidikan	100%
DOTS dimasukkan dalam kriteria akreditasi Rumah sakit	Ya
DOTS dimasukkan dalam kriteria sertifikasi dokter praktik	Ya
Persentase fasilitas pelayanan kesehatan MDR-TB dan TB-HIV yang menerapkan pengendalian infeksi TB	100%
Persentase kabupaten/kota dengan staf TB yang terlatih dalam manajemen logistik (termasuk DMIS) dari seluruh kabupaten/kota	100%
Persentase unit pada seluruh tingkatan yang mengirimkan laporan penemuan kasus dan hasil pengobatan secara lengkap sesuai pedoman nasional	100%

6. Meningkatkan Komitmen Pemerintah Pusat dan Daerah

Indikator	Sasaran 2014
Persentase kontribusi dana pusat untuk program pengendalian TB dibanding kebutuhan total untuk program pengendalian TB nasional	30-50%
Persentase kontribusi dana lokal provinsi untuk program pengendalian TB dibanding kebutuhan total untuk program pengendalian TB provinsi tersebut	5-10%
Persentase kontribusi dana APBD kabupaten/kota untuk program pengendalian TB dibanding kebutuhan total untuk program pengendalian TB kabupaten/kota tersebut	15-30%
Persentase dana swasta (termasuk asuransi) dan masyarakat untuk program pengendalian TB dibanding kebutuhan total untuk program pengendalian TB kabupaten/kota tersebut	10-30%
Persentase provinsi yang memberikan kontribusi APBD untuk program pengendalian TB minimal 5%	80%
Persentase kabupaten/kota yang memberikan kontribusi APBD untuk program pengendalian TB minimal 15%	80%

7. Penelitian, Pengembangan dan Pemanfaatan Informasi Strategis Meningkat

Indikator	Sasaran 2014
Penelitian operasional yang diselesaikan dan hasilnya didiseminasikan dalam kegiatan sistem monitoring dan evaluasi TB nasional atau global	25

BAB V

PERUMUSAN STRATEGI

Bab ini mendeskripsikan rumusan strategi nasional program pengendalian TB, yang terdiri dari strategi umum dan strategi fungsional. Strategi umum merupakan strategi dasar untuk beradaptasi dengan lingkungan dan tantangan yang terus berubah, sedangkan strategi fungsional digunakan untuk memperkuat fungsi manajerial dalam mendukung pencapaian strategi umum.

Selama dekade terakhir, perkembangan program pengendalian TB semakin melaju. Pada tahun 2009, angka penemuan kasus dan keberhasilan pengobatan telah mencapai target global MDG's (yaitu 73% CDR dan 91% angka keberhasilan pengobatan). Fakta ini menegaskan bahwa strategi umum program pengendalian TB nasional adalah meningkatkan ekspansi, untuk lebih lanjut mencegah terjadinya MDR dan mengobati kasus MDR. Apabila sumber pembiayaan untuk pengendalian TB tetap terjaga ketersediaannya serta program pengendalian TB dikelola dengan baik, maka secara realistis diharapkan bahwa pada akhir tahun 2015 Indonesia akan mampu mencapai target MDG untuk TB.

Strategi umum program pengendalian TB 2011-2014 adalah ekspansi. Fase ekspansi pada periode 2011-2014 ini bertujuan untuk konsolidasi program dan akselerasi implementasi inisiatif-inisiatif baru sesuai dengan strategi Stop TB terbaru, yaitu Menuju Akses Universal: pelayanan DOTS harus tersedia untuk seluruh pasien TB, tanpa memandang latar belakang sosial ekonomi, karakteristik demografi, wilayah geografi dan kondisi klinis. Pelayanan DOTS yang bermutu tinggi bagi kelompok-kelompok yang rentan (misalnya anak, daerah kumuh perkotaan, wanita, masyarakat miskin dan tidak tercakup asuransi) harus mendapat prioritas tinggi.

Strategi nasional program pengendalian TB nasional terdiri dari 7 strategi, terdiri dari 4 strategi umum dan didukung oleh 3 strategi fungsional. Ketujuh strategi ini berkesinambungan dengan strategi nasional sebelumnya, dengan rumusan strategi yang mempertajam respons terhadap tantangan pada saat ini. Strategi nasional program pengendalian TB nasional sebagai berikut:

1. Memperluas dan meningkatkan pelayanan DOTS yang bermutu.
2. Menghadapi tantangan TB/HIV, MDR-TB, TB anak dan kebutuhan masyarakat miskin serta rentan lainnya.
3. Melibatkan seluruh penyedia pelayanan pemerintah, masyarakat (sukarela), perusahaan dan swasta melalui pendekatan *Public-Private Mix* dan menjamin kepatuhan terhadap *International Standards for TB Care*.
4. Memberdayakan masyarakat dan pasien TB.
5. Memberikan kontribusi dalam penguatan sistem kesehatan dan manajemen program pengendalian TB.
6. Mendorong komitmen pemerintah pusat dan daerah terhadap program TB.
7. Mendorong penelitian, pengembangan dan pemanfaatan informasi strategis.

Strategi 1 sampai dengan strategi 4 merupakan strategi umum, dimana strategi ini harus didukung oleh strategi fungsional yang terdapat pada strategi 5 sampai dengan strategi 7 untuk memperkuat fungsi-fungsi manajerial dalam program pengendalian TB.

A. Memperluas dan Meningkatkan Pelayanan DOTS yang Bermutu

Strategi ekspansi dilakukan dengan prinsip pelayanan DOTS yang bermutu dengan menerapkan lima komponen dalam strategi DOTS (yaitu komitmen politis, pemeriksaan mikroskopis, penyediaan OAT, tersedianya PMO serta pencatatan dan pelaporan) secara bermutu. Selain penerapan DOTS secara bermutu, pelayanan DOTS akan diperluas bagi seluruh pasien TB, tanpa memandang latar belakang sosial ekonomi, karakteristik demografi, wilayah geografi dan kondisi klinis. Pelayanan DOTS yang bermutu tinggi bagi kelompok-kelompok yang rentan (misalnya anak, daerah kumuh perkotaan, wanita, masyarakat miskin dan tidak tercakup asuransi) menjadi prioritas tinggi.

Tujuan

Terlaksananya lima komponen dalam pelayanan DOTS secara bermutu bagi seluruh pasien TB tanpa terkecuali, akses masyarakat miskin, rentan dan yang belum terjangkau terhadap pelayanan DOTS terjamin serta upaya peningkatan mutu dalam memberikan pelayanan DOTS yang berkesinambungan.

Program

Program yang akan dikembangkan memperkuat penerapan lima komponen dalam strategi DOTS, dengan fokus prioritas pada proses deteksi dini dan diagnosis yang bermutu, sistem logistik yang efektif untuk menjamin ketersediaan obat dan alat kesehatan, serta pengobatan yang terstandar disertai dengan dukungan yang memadai kepada pasien.

1. Menjamin Deteksi Dini dan Diagnosis Melalui Pemeriksaan Bakteriologis yang Terjamin Mutunya

Meskipun ilmu pengetahuan dan teknologi pemeriksaan laboratorium untuk TB berkembang dengan pesat, deteksi dini dan diagnosis melalui pemeriksaan sputum mikroskopis tetap merupakan kunci utama dalam penemuan kasus TB. Tujuan program ini adalah untuk meningkatkan mutu dan kinerja laboratorium TB mikroskopik, kultur, DST dan pemeriksaan lain untuk menunjang keberhasilan program pengendalian TB nasional. Selain pembentukan dan penguatan jejaring laboratorium mikroskopis TB, kultur dan uji kepekaan *Mycobacterium Tuberculosis*, aspek mutu dalam pelayanan laboratorium ini dikembangkan melalui pelaksanaan pemeriksaan laboratorium TB yang aman bagi petugas, pasien dan lingkungan, mutu fasilitas laboratorium dan tenaga yang terlatih khususnya di daerah yang melayani masyarakat miskin, rentan (termasuk anak) dan belum terjangkau serta penjaminan mutu melalui *quality assurance* internal dan eksternal seluruh fasilitas laboratorium dan upaya peningkatan mutu berkelanjutan yang tersertifikasi/akreditasi. Validasi berbagai metode diagnosis baru juga akan dilaksanakan seiring dengan perkembangan pengetahuan dan teknologi laboratorium untuk TB serta perluasan kegiatan DST di tingkat provinsi.

Selain strategi untuk meningkatkan ketersediaan, akses dan akurasi dalam pemeriksaan laboratorium untuk menegakkan diagnosis TB secara tepat, diperlukan pula strategi untuk mengurangi keterlambatan diagnosis, baik yang

disebabkan oleh faktor pelayanan kesehatan maupun faktor pasien. Intervensi yang dilakukan mencakup:

- Meningkatkan intensitas penemuan aktif dengan cara skrining pada kelompok rentan tertentu (a.l. HIV, anak kurang gizi, rutan/lapas, daerah kumuh, diabetes dan perokok)
- Memprioritaskan pemeriksaan kontak
- Meningkatkan kepekaan dan kewaspadaan penyedia pelayanan terhadap simtom TB dan pelaksanaan ISTC
- Meningkatkan kepatuhan terhadap alur standar diagnosis
- Melaksanakan upaya meningkatkan kesehatan paru secara komprehensif

2. Penyediaan Farmasi dan Alat Kesehatan: Sistem Logistik yang Efektif dalam Menjamin Suplai Obat yang Kontinu

Pencapaian angka keberhasilan pengobatan sangat bergantung pada efektivitas sistem logistik dalam menjamin ketersediaan obat (untuk obat lini pertama dan kedua) dan logistik non-obat secara kontinu. Berbagai intervensi yang dikembangkan untuk meningkatkan efektivitas sistem logistik dalam program pengendalian TB mencakup:

- Memfasilitasi perusahaan obat lokal dalam proses pra-kualifikasi (*white listing*)
- Memastikan ketersediaan obat dan logistik non-OAT (Reagen, peralatan dan suplai laboratorium) yang kontinu, tepat waktu dan bermutu di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan DOTS, termasuk di fasilitas yang melayani masyarakat miskin dan rentan
- Menjamin sistem penyimpanan dan distribusi obat TB yang efektif dan efisien, termasuk kemungkinan untuk bermitra dengan pihak lain
- Menjamin distribusi obat yang efisien dan efektif secara berjenjang sesuai kebutuhan
- Menjamin terlaksananya sistem informasi manajemen untuk obat TB (termasuk sistem *alert* elektronik dan laporan pemakaian dan stok OAT),

3. Memberikan Pengobatan Sesuai Standar dengan Pengawasan dan Dukungan yang Memadai terhadap Pasien

Agar mencapai tingkat kesembuhan yang tinggi, pengobatan pasien TB membutuhkan penggunaan obat TB secara rasional oleh tenaga kesehatan dan dukungan yang memadai dari berbagai pihak terhadap pasien TB dan pengawas minum obat (PMO). Setiap fasilitas pelayanan harus melaksanakan pendekatan pelayanan yang berfokus pada pasien (*patient-centered approach*) sebagai berikut:

- Memberikan informasi mengenai pilihan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan pengobatan TB dan implikasinya bagi pasien dengan tujuan meminimalkan *opportunity costs* dan memperhatikan hak-hak pasien
- Menjamin setiap pasien TB memiliki PMO
- Mengoptimalkan pelaksanaan edukasi bagi pasien dan PMO
- Mempermudah akses pasien terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang telah tersedia (seperti Puskesmas, Balai Kesehatan Paru Masyarakat, rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya)
- Mengembangkan pendekatan pelayanan DOTS berbasis komunitas

B. Menghadapi Tantangan TB/HIV, MDR-TB, TB Anak dan Kebutuhan Masyarakat Miskin serta Rentan Lainnya

Epidemi HIV merupakan ancaman serius bagi pengendalian TB di Indonesia. Pada saat ini, kolaborasi program TB dan HIV masih terbatas. Tantangan utama adalah mempercepat perluasan dan memperkuat pelaksanaan kolaborasi di semua wilayah dengan prevalensi HIV yang tinggi (*generalized* dan *concentrated*) termasuk mengembangkan kolaborasi TB dan HIV dalam berbagai aspek kegiatan programnya agar mampu menyediakan pelayanan yang terintegrasi dan komprehensif bagi pasien TB/HIV, baik di tingkat pelayanan primer ataupun pelayanan rujukan rumah sakit yang didukung implementasi kegiatan surveilans TB-HIV.

Tantangan MDR-TB semakin nyata dalam periode lima tahun ke depan dan beban kasus MDR-TB semakin meningkat oleh karena meningkatnya insidensi MDR-TB, meningkatnya penularan MDR-TB, serta penanganan kasus MDR-TB yang tidak optimal. Masalah ini serta implikasi biaya yang mungkin ditimbulkannya telah disadari penuh dengan melakukan upaya untuk meningkatkan penemuan dan penanganan kasus MDR-TB secara bertahap di fasilitas pelayanan kesehatan yang ditunjuk, pengembangan fasilitas laboratorium dan jejaringnya serta penguatan kapasitas untuk melakukan DRS. Tantangan utama adalah rendahnya akses terhadap diagnosis dan pengobatan (PMDT) dikarenakan lambatnya perluasan upaya-upaya di atas.

TB pada anak mencerminkan transmisi TB yang terus berlangsung di populasi. Kecenderungan yang berlebihan (*overdiagnosis*) dalam mendiagnosis TB anak, penatalaksanaan kasus yang tidak tepat, pelacakan kasus yang lemah serta kurangnya pelaporan pasien TB anak (*underreporting*) merupakan permasalahan yang dijumpai pada TB anak. Untuk itu program pengendalian TB pada anak perlu ditingkatkan implementasinya.

Untuk mengoptimalkan akses masyarakat miskin dan kelompok rentan (termasuk narapidana) pada pelayanan TB, sangat dibutuhkan pendekatan yang sistematis untuk menerapkan strategi DOTS. Daerah terpencil, perbatasan dan pulau-pulau kecil memberikan tantangan operasional kegiatan dalam program pengendalian TB yang memerlukan perhatian khusus.

Tujuan

Terdapat beberapa tujuan yang akan dicapai untuk menghadapi berbagai tantangan di atas:

- Peningkatan penemuan kasus dan penanganan pasien ko-infeksi TB/HIV
- Menurunkan insidensi dan transmisi MDR-TB serta menangani kasus MDR-TB melalui PMDT (*programmatic management of drug resistant TB*)
- Peningkatan kemampuan diagnostik dan penatalaksanaan kasus TB anak
- Uji coba dan implementasi model penanganan khusus untuk narapidana, kelompok rentan dan daerah terpencil, perbatasan dan pulau-pulau kecil

Program Intervensi

Intervensi utama terdiri dari

- memperluas kegiatan kolaborasi TB/HIV

- menangani MDR-TB dengan:
 - melaksanakan pelayanan DOTS yang bermutu di semua fasilitas pelayanan kesehatan untuk mencegah DR-TB
 - melaksanakan manajemen kasus DR-TB sesuai standar berdasarkan pedoman nasional manajemen TB dengan resistensi obat secara programatik (PMDT)
 - melaksanakan surveilans MDR-TB
- memperkuat metode diagnosis (termasuk validasi scoring TB anak) dan penatalaksanaan kasus TB anak,
- mengujicoba dan memperluas secara bertahap ke seluruh Indonesia model spesifik untuk pelayanan DOTS bagi populasi tertentu.

1. Memperluas Kegiatan Kolaborasi TB/HIV

Kebijakan nasional kolaborasi TB/HIV telah dikembangkan dan survei seroprevalensi TB/HIV sudah dilaksanakan di beberapa provinsi. Demikian pula penguatan kolaborasi dan aktivitas koordinasi pada semua tingkatan telah dikembangkan. Advokasi terus dilakukan ke seluruh pihak yang berkepentingan, untuk memperoleh komitmen yang lebih tinggi dalam menjamin pelayanan TB/HIV yang optimal, terutama bagi masyarakat berisiko tinggi (*Most at Risk Populations* atau MARPs). Guna meningkatkan kualitas sumber daya manusia di kelompok kerja TB/HIV di semua tingkatan, ketersediaan tim pelatih nasional yang kompeten dan terlatih dengan standar internasional merupakan kebutuhan yang mendesak. Di samping itu, standarisasi dan penggunaan format pencatatan dan pelaporan dilakukan untuk memperkuat sistem monitoring dan evaluasi TB/HIV.

Pelayanan TB/HIV yang terintegrasi difokuskan kepada masyarakat berisiko tinggi di fasilitas pelayanan kesehatan termasuk di Lapas/Rutan untuk meningkatkan kepatuhan berobat dan kunjungan pasien, skrining TB secara aktif bagi ODHA dan memperluas tes HIV bagi suspek TB serta segera memberikan ART bagi pasien dengan ko-infeksi TB-HIV. Dalam hal ini, keterlibatan LSM, organisasi berbasis keagamaan dan masyarakat umum dengan jejaringnya untuk mendukung Lapas/Rutan dan Puskesmas yang menyediakan pelayanan DOTS bagi masyarakat berisiko tinggi perlu ditingkatkan. Selain *active-case finding* dan pengendalian infeksi TB, ujicoba Pengobatan preventif INH (IPT) akan dilaksanakan sebagai bagian integral dari intervensi TB-HIV dengan fokus utama pada kelompok risiko tinggi.

2. Menghadapi Tantangan TB dengan Resistensi Obat (*Drug Resistant Tuberculosis/DR-TB*)

Program untuk menghadapi tantangan TB dengan resistensi obat dilaksanakan melalui dua intervensi utama, yaitu mencegah DR-TB melalui pelayanan DOTS dan ekspansi *Public-Private Mix* yang bermutu serta melaksanakan manajemen kasus DR-TB secara terstandarisasi sesuai dengan pedoman nasional PMDT. Kelompok intervensi pertama (pencegahan DR-TB) terkait dengan strategi lain dalam bab lima stranas ini, yaitu pelibatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam *Hospital DOTS Linkage*, peningkatan komitmen organisasi profesi dalam implementasi ISTC serta implementasi regulasi fasilitas

yang memberikan pelayanan DOTS melalui sertifikasi dan akreditasi pelayanan TB. Hal ini dideskripsikan lebih lanjut pada strategi ketiga.

Kelompok intervensi yang kedua adalah melaksanakan manajemen kasus TB dengan resistensi obat secara terstandarisasi, sesuai dengan pedoman nasional PMDT. Diharapkan pada tahun 2014 sejumlah 5.100 pasien DR-TB dapat ditangani di 33 fasilitas pelayanan untuk DR-TB yang mencakup 374 kabupaten-kota di Indonesia. Program yang akan dikembangkan adalah memperluas jejaring menjadi 17 laboratorium yang terjamin mutunya untuk pemeriksaan kultur dan DST, melaksanakan penanganan pasien DR-TB dengan mempersiapkan jejaring Puskesmas dan rumah sakit terpilih, pemantauan minum obat dan dukungan pasien komprehensif dengan *patient-centered approach*, monitoring dan surveilans MDR-TB yang terintegrasi dengan pelayanan DOTS, didukung bantuan teknis.

Pengendalian infeksi TB di fasilitas pelayanan kesehatan dan Lapas/Rutan (*congregate settings*) sangat penting, baik dalam penanganan TB/HIV maupun DR-TB. Berkolaborasi dengan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan di Kementerian Kesehatan, intervensi untuk pengendalian infeksi mencakup pembentukan kelompok kerja nasional pengendalian infeksi TB, pengembangan rencana operasional, kebijakan dan pedoman (termasuk infeksi ganda TB/HIV), analisis situasi pengendalian infeksi TB di berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan dan *congregate settings*, implementasi rencana aksi nasional, serta supervisi monitoring dan evaluasi, didukung oleh bantuan teknis.

Pelaksanaan berbagai intervensi di atas membutuhkan komitmen pemerintah, ketersediaan sumber dana dan regulasi yang memadai. Kolaborasi dengan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, direktorat lainnya di Kementerian Kesehatan, organisasi profesi serta kementerian dan pemangku kepentingan lainnya sangat penting dalam pengembangan dan pelaksanaan berbagai aspek intervensi untuk menghadapi tantangan DR-TB seperti halnya komunikasi dan mobilisasi sosial, rencana sumber daya manusia, manajemen obat TB lini kedua, serta perluasan PMDT.

3. Memperkuat Program Pengendalian TB Anak

Intervensi untuk meningkatkan pengendalian TB anak dimulai dengan meningkatkan kapasitas diagnosis yang berkualitas dan melaksanakan penatalaksanaan kasus sesuai standar nasional berdasarkan ISTC. Demikian pula diseminasi dari sistem skoring yang terstandarisasi pada TB anak, pelatihan berjenjang untuk tenaga kesehatan serta monitoring dan validasi sistem skoring TB anak. Peningkatan kapasitas diagnosis membutuhkan ketersediaan suplai untuk tes tuberkulin.

Dengan banyaknya rumah sakit yang telah melaksanakan strategi DOTS, maka peningkatan kapasitas diagnosis dan penatalaksanaan TB anak melalui penguatan jejaring internal termasuk dengan Bagian/Unit Pelayanan Kesehatan Anak serta peningkatan mutu pencatatan dan pelaporan kasus TB anak. Kinerja penatalaksanaan kasus TB anak dapat dimonitor tersendiri menggunakan indikator yang sama dengan TB pada dewasa.

4. Menjembatani Kebutuhan Masyarakat Miskin dan Rentan

Kebutuhan masyarakat miskin dan rentan terhadap pelayanan DOTS mempunyai berbagai tingkatan implikasi bagi program pengendalian TB. Implikasi pertama adalah memberikan pelayanan DOTS yang bermutu dengan meminimalkan *opportunity cost*, seperti yang telah dideskripsikan pada strategi sebelumnya. Fasilitas pelayanan kesehatan dan petugas kesehatan diharapkan mempunyai sikap sadar biaya (*cost-conscious*). Pada prinsipnya obat TB gratis bagi semua lapisan masyarakat.

Implikasi yang lebih luas dalam pengendalian TB untuk menjembatani kebutuhan masyarakat miskin-rentan adalah dengan mengembangkan model yang spesifik dalam implementasi strategi DOTS di provinsi dan kabupaten/kota. Model yang sudah ada saat ini adalah pos TB desa yang terintegrasikan dalam UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat) termasuk desa siaga yang diperuntukkan bagi daerah terpencil, perbatasan dan pulau-pulau kecil. Model yang lain masih perlu dikembangkan untuk menjangkau kelompok masyarakat miskin-rentan tertentu di kawasan kumuh perkotaan dengan prevalensi TB maupun HIV yang tinggi atau populasi rawan DR-TB.

C. Melibatkan Seluruh Penyedia Pelayanan Pemerintah, LSM, dan Swasta melalui Pendekatan *Public-Private Mix* (PPM) dan Menjamin Penerapan *International Standards for TB Care*

Strategi memperluas kemitraan yang bertujuan untuk melibatkan seluruh penyedia pelayanan dikembangkan berdasarkan pendekatan kemitraan dengan menggunakan *the International Standards for TB Care* (ISTC). PPM diterapkan untuk melibatkan berbagai jenis pelayanan kesehatan, a.l lapas/rutan, tempat kerja, praktis swasta, rumah sakit. PPM di Indonesia pada saat ini difokuskan pada penguatan dan perluasan rumah sakit (*Hospital DOTS Linkage*) karena memiliki peran yang besar pada program pengendalian TB. Penguatan dan ekspansi implementasi HDL diperlukan untuk memastikan seluruh pasien TB yang mengunjungi rumah sakit dan BBKPM/BKPM mendapatkan pelayanan DOTS yang berkualitas. Pada saat ini berbagai penyedia pelayanan kesehatan lainnya (sektor swasta, LSM, masyarakat, organisasi keagamaan, tempat kerja, praktisi swasta) telah terlibat pula dalam menerapkan strategi DOTS, meskipun dalam skala terbatas. Dengan banyaknya jumlah mitra dan penyedia pelayanan yang terlibat dalam pengendalian TB, intervensi untuk meningkatkan kapasitas pemerintah dan dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dalam mengelola kemitraan dengan fasilitas pelayanan kesehatan dan organisasi profesi penting dilakukan untuk ekspansi PPM-DOTS dan promosi ISTC.

Tujuan

Semua pasien TB mendapatkan akses layanan DOTS yang berkualitas dengan penerapan ISTC oleh seluruh pemberi pelayanan kesehatan.

Program intervensi

Dua intervensi utama yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut adalah memperluas dan melakukan akselerasi keterlibatan rumah sakit (*Hospital DOTS*

Linkage) serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dan mempromosikan ISTC kepada tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan DOTS.

1. Memperluas dan Melakukan Akselerasi Keterlibatan Rumah Sakit dan BBKPM/BKPM (*Hospital DOTS Linkage*)

Akselerasi keterlibatan rumah sakit dan BBKPM/BKPM telah dilakukan sejak periode 2006-2010. Pada fase 2010-2014 ini, perluasan dan akselerasi rumah sakit dan BBKPM/BKPM lebih difokuskan pada peningkatan mutu dengan mengacu pada ISTC dan memperhatikan hak-hak pasien TB, serta meningkatkan keterlibatan rumah sakit ataupun BBKPM/BKPM yang selama ini belum menggunakan strategi DOTS melalui kerjasama dengan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan di Kementerian Kesehatan serta pemangku kepentingan yang terkait .

Pemantapan jejaring internal rumah sakit yang terlibat dalam penyediaan pelayanan TB harus diperkuat, dengan memanfaatkan struktur dan mekanisme yang sudah ada di rumah sakit. Intervensi yang potensial antara lain: (1) penyusunan pedoman klinis rumah sakit dalam penanganan TB di pelayanan rawat jalan dan rawat inap mengacu pada ISTC, (2) advokasi ke dokter, perawat, tenaga kesehatan lainnya dan seluruh unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan TB, (3) pengembangan dan penerapan *tools* dan mekanisme untuk peningkatan mutu klinis dalam penanganan TB seperti halnya dengan audit klinik, *integrated clinical pathway*, supervisi klinis, kebijakan penggunaan dan monitoring penggunaan OAT, dan mekanisme lainnya; (4) penguatan pemantauan implementasi HDL. Selain upaya peningkatan mutu yang dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan, pengembangan mekanisme regulasi bagi rumah sakit juga diperlukan melalui aktivitas regulasi yang telah dikembangkan bagi rumah sakit secara umum, yaitu sertifikasi dan akreditasi rumah sakit yang menyediakan pelayanan DOTS, monitoring pelaksanaan Standar Pelayanan Medik rumah sakit dan mekanisme lainnya. Kapasitas Dinas Kesehatan dan pelayanan kesehatan untuk melaksanakan HDL perlu ditingkatkan dalam melaksanakan kegiatan untuk memantapkan jejaring eksternal dengan indikator keberhasilan rujukan, penurunan angka putus obat, dan peningkatan angka konversi.

Surveilans TB oleh fasilitas pelayanan kesehatan bersifat wajib. Oleh karenanya, seluruh fasilitas pelayanan kesehatan (baik di bawah kepemilikan Kemenkes, Dinkes Provinsi, Kementerian lainnya, dan swasta) yang memberikan pelayanan TB diharuskan untuk melakukan surveilans sebagai bagian dari pelayanan TB yang bertujuan untuk monitoring pasien TB dan pelaporan ke program pengendalian TB secara berjenjang.

Data di tingkat kabupaten/kota hingga pusat harus mampu menggambarkan kontribusi dan kinerja semua jenis fasilitas pelayanan kesehatan bagi program pengendalian TB.

2. Mempromosikan *the International Standards for Tuberculosis Care (ISTC)*

Organisasi profesi pada saat ini telah merekomendasikan ISTC sebagai standar untuk penatalaksanaan TB bagi seluruh anggotanya. Di tingkat nasional dan

provinsi telah dibentuk kelompok kerja ISTC untuk penguatan kebijakan dan implementasinya. Pada periode ini (2011–2014), intervensi terfokus pada implementasi ISTC melalui kelompok kerja ISTC di semua tingkatan melalui cabang-cabang organisasi profesi.

Sosialisasi ISTC versi kedua kepada tenaga kesehatan di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan terutama dokter spesialis, dokter umum dan perawat akan ditingkatkan intensitas dan efektivitasnya. Selain mensosialisasikan ISTC secara langsung kepada penyedia pelayanan, diseminasi ISTC juga akan dilakukan oleh rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan yang telah terlibat dalam inisiatif PPM. Pelatihan berbasis kasus dan pelatihan berbasis komputer (*computer-based training*) akan dikembangkan. Untuk mempersiapkan calon tenaga kesehatan di masa mendatang, ISTC akan dimasukkan dalam kurikulum pendidikan dan pendidikan berkelanjutan, khususnya bagi tenaga kesehatan dokter dan perawat. Model sertifikasi pelatihan ISTC untuk para praktisi swasta akan dikembangkan untuk proses perijinan.

Penilaian efektivitas pelatihan tersebut akan diintegrasikan dengan kegiatan monitoring dan evaluasi penerapan ISTC di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Sistem monitoring dan evaluasi pelaksanaan ISTC tersebut perlu dikembangkan oleh organisasi profesi.

D. Memberdayakan Masyarakat dan Pasien TB

Ekspansi program pengendalian TB membutuhkan peran serta aktif penderita TB dan masyarakat untuk melawan TB. Pemberdayaan masyarakat dan mobilisasi jejaring pasien TB dapat meningkatkan kebutuhan akan pelayanan TB yang lebih baik serta menggali sumber daya setempat lainnya dalam mendekatkan pelayanan TB ke masyarakat, melaksanakan pengendalian TB di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan di masyarakat, serta mengoptimalkan efisiensi biaya dalam konteks infrastruktur dan sumber daya manusia yang terbatas.

Tujuan

Kebutuhan akan pelayanan TB di masyarakat meningkat, kapasitas penyedia pelayanan dalam melakukan AKMS meningkat, sosialisasi piagam hak-hak dan kewajiban pasien TB meningkat, serta pelayanan DOTS berbasis masyarakat tersedia.

Program Intervensi

Intervensi yang dilakukan adalah mengembangkan strategi, media dan materi promosi kesehatan yang spesifik untuk promosi, kampanye dan branding DOTS kepada masyarakat luas, organisasi masyarakat dan penyedia pelayanan kesehatan serta intervensi untuk memperoleh sumber daya yang memadai untuk menerapkan pelayanan DOTS berbasis masyarakat. Piagam hak dan kewajiban pasien TB disosialisasikan kepada pasien TB, petugas kesehatan, penyedia layanan kesehatan.

1. Menciptakan Kebutuhan: Meningkatkan Jumlah Tersangka TB yang Menjalani Proses Diagnosis dan Pasien TB yang Berobat dengan Dukungan PMO

Kebutuhan akan pelayanan TB dapat ditingkatkan dengan mengadvokasi kebutuhan dan mengkomunikasikan hak-hak pasien TB (*TB Patient Charter*) kepada kelompok-kelompok masyarakat, organisasi masyarakat, organisasi keagamaan, penyedia pelayanan dan pihak lainnya yang terkait. Intervensi yang dilakukan mencakup kampanye nasional TB (*Stop TB Campaign*) untuk meningkatkan pengetahuan dan dukungan untuk Stop TB secara nasional, mengurangi stigma TB dengan cara meningkatkan jumlah tersangka TB yang memeriksakan ke fasilitas pelayanan kesehatan, mempromosikan obat TB program yang berkualitas dan tanpa biaya serta pengobatan pasien TB di setiap fasilitas kesehatan yang didampingi oleh PMO. Kampanye nasional yang efektif untuk meningkatkan pemahaman masyarakat dan menciptakan dukungan yang lebih baik kepada pasien TB membutuhkan materi promosi yang spesifik bagi kelompok sasaran tertentu (masyarakat, organisasi masyarakat, penyedia pelayanan dan lainnya).

2. Memperkuat Kapasitas Pelayanan Kesehatan dalam Melaksanakan AKMS: Meningkatkan Kapasitas Penyedia Pelayanan dan Petugas Lapangan dalam Mempromosikan DOTS dan Pelayanan Menggunakan Pendekatan yang Berfokus Pada Pasien

Kebutuhan akan advokasi komunikasi dan mobilisasi sosial akan terus meningkat selaras dengan strategi ekspansi program pengendalian TB lima tahun ke depan. Peningkatan jumlah aktivitas serta implementasi berbagai inovasi baru dalam program pengendalian TB membutuhkan AKMS yang berkelanjutan dan dengan tema yang lebih spesifik. Sebagai intensifikasi kegiatan AKMS melalui kampanye masal yang diselenggarakan oleh organisasi kemasyarakatan dan organisasi keagamaan, penyedia pelayanan kesehatan dan staf TB di tingkat kabupaten/kota/provinsi perlu ditingkatkan kemampuannya untuk merencanakan, mengkoordinasikan, dan mengorganisasi kegiatan AKMS. Intervensi yang dapat dilakukan antara lain: (1) intervensi untuk mengoptimalkan keterlibatan penyedia pelayanan kesehatan dan staf TB pada pelatihan AKMS untuk promosi dan pendidikan kesehatan, yang didukung oleh ketersediaan informasi yang spesifik dan materi komunikasi dan media untuk kelompok target spesifik (seperti pengunjung rumah sakit, sasaran masyarakat, dsb); (2) *branding* DOTS melalui kegiatan *outreach* dalam program pengendalian TB; (3) penghargaan kepada kabupaten/kota atau ataupun fasilitas pelayanan kesehatan yang berhasil menerapkan strategi DOTS yang bermutu.

3. Mempromosikan Piagam Hak dan Kewajiban Pasien TB

Piagam hak – hak pasien TB (*TB patient charter*) merupakan sebuah inovasi baru yang belum banyak dibahas secara luas dan diterapkan di Indonesia. Untuk itu, kebijakan dan pedoman untuk menerapkan hak-hak pasien TB dalam memberikan pelayanan perlu disusun, diikuti dengan analisis situasi mengenai kondisi pada saat ini yang terkait dengan hak-hak pasien TB. Hasil analisis situasi saat ini akan menjadi dasar dalam pengembangan rencana operasional untuk mempromosikan hak-hak pasien TB. Pada tahap awal, promosi hak-hak

pasien tersebut akan diintegrasikan dengan pemberian pelayanan TB di fasilitas pelayanan kesehatan dengan tujuan memberikan dukungan kepada pasien TB dan fasilitas pelayanan kesehatan dalam menerapkan strategi DOTS yang bermutu. Oleh karenanya, target utama promosi hak-hak pasien TB ini adalah kepada staf TB di semua tingkatan (kabupaten/kota, provinsi dan pusat), diikuti dengan penyedia pelayanan kesehatan yang bekerja di Puskesmas dan rumah sakit, pasien TB yang mencari pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut, serta terakhir, masyarakat luas.

4. Pengembangan DOTS Berbasis Masyarakat

Pada saat ini pelayanan DOTS disediakan di fasilitas pelayanan kesehatan. Di beberapa provinsi/kabupaten/kota, fasilitas pelayanan kesehatan tersebut belum tentu mudah diakses oleh masyarakat. Oleh karenanya, diperlukan intervensi berbentuk pengembangan, ujicoba dan pelaksanaan pelayanan DOTS di masyarakat melalui kemitraan dengan masyarakat setempat. Dengan tersedianya pelayanan DOTS berbasis masyarakat tersebut, diharapkan dapat mengurangi keterlambatan diagnosis, meningkatkan dukungan kepada PMO dan pasien yang sedang menjalani pengobatan. Intervensi ini menjadi sangat penting untuk mengatasi kendala geografis dalam mengakses pelayanan DOTS di fasilitas pelayanan kesehatan dan untuk meminimalkan kesempatan yang hilang (*opportunity cost*) dengan mendekatkan pelayanan DOTS kepada masyarakat yang lebih membutuhkan.

E. Memberikan Kontribusi Dalam Penguatan Sistem Kesehatan, Termasuk Pengembangan SDM Kesehatan dan Manajemen Program Pengendalian TB

Strategi ekspansi dalam program pengendalian TB nasional mempunyai implikasi besar dalam kebijakan dan implementasi fungsi-fungsi manajerialnya. Fungsi manajerial tersebut mencakup pengembangan sumber daya manusia, sistem informasi manajemen, sistem penilaian kinerja, manajemen logistik di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan, kabupaten/kota hingga pusat.

Tujuan

Tujuan yang ingin dicapai adalah kapasitas manajerial dan teknis dalam tata kelola dan pengendalian TB yang efektif diperkuat; mutu pelayanan TB di fasilitas pelayanan kesehatan dan *congregate setting* meningkat; dan tersedianya, dalam jumlah yang memadai, tenaga kesehatan di setiap jenjang sistem kesehatan yang memiliki kompetensi untuk mendukung keberhasilan implementasi dan kesinambungan strategi pengendalian TB nasional berdasar uraian tugas dan didukung dengan sistem yang memotivasi untuk menggunakan kompetensi mereka dalam penyelenggaraan pelayanan preventif dan kuratif yang berkualitas bagi seluruh populasi berdasar kebutuhan.

Program Intervensi

Program intervensi yang dilakukan berfokus pada tiga area utama: (1) memberikan kontribusi terhadap penguatan sistem kesehatan, terutama pengembangan kebijakan kesehatan dan sumber daya manusia, penganggaran, serta penyediaan pelayanan dan informasi di tingkat pelayanan primer sehingga bermanfaat bagi program kesehatan lain di fasilitas tersebut; (2) memperkuat program pengendalian

infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan, masyarakat dan rumah tangga; dan (3) menggunakan pendekatan multi-sektoral dan melakukan tindakan untuk memperbaiki determinan sosial yang mempengaruhi status kesehatan.

1. Tata Kelola (*Governance*): Memperkuat Kebijakan

Area kebijakan yang perlu diperkuat antara lain:

- Memperkuat implementasi kebijakan yang memihak pada kepentingan masyarakat rentan-miskin (*pro-poor policy*) dan pendekatan intersektoral dalam program pengendalian TB
- Mengintegrasikan dan mempertegas keterkaitan program TB dalam perencanaan dan pembangunan nasional dan wilayah
- Mengembangkan strategi nasional TB dalam kerangka rencana strategi nasional, perencanaan dan pembangunan wilayah, dengan berkonsultasi dengan pemegang kepentingan lainnya dan sektor lain di daerah
- Memperkuat kapasitas regulasi di tingkat pusat dan daerah untuk fasilitas pelayanan kesehatan di semua tingkatan (misalnya rumah sakit, laboratorium, apotek, toko obat, praktik swasta dan lainnya) dan profesi kesehatan (terutama dokter)
- Mengharuskan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan untuk melaporkan kasus TB
- Mengembangkan dan menerapkan instrumen regulasi yang relevan untuk kepentingan program pengendalian TB, bekerja sama dengan pemangku kepentingan terkait dengan mekanisme regulasi yang telah tersedia (misalnya sertifikasi rumah sakit yang menerapkan strategi DOTS, akreditasi rumah sakit, akreditasi laboratorium, sertifikasi-resertifikasi dokter oleh Konsil Kedokteran Indonesia dan pendidikan berkelanjutan oleh IDI, mekanisme regulasi internal rumah sakit untuk meningkatkan penggunaan obat-obat TB program serta membatasi obat lini kedua untuk pengobatan TB di rumah sakit, regulasi ketersediaan obat TB di toko obat, pemanfaatan FDC untuk pasien Jamkesmas dan Askes)
- Mendorong pemerintah daerah untuk meningkatkan retensi tenaga TB terlatih selama minimal tiga tahun setelah pelatihan

2. Upaya Peningkatan Pelayanan Kesehatan: Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan Berfokus pada Pelayanan Kesehatan Primer

Kontribusi program pengendalian TB untuk penguatan mutu pelayanan kesehatan secara umum, khususnya di pelayanan kesehatan primer dan *congregate setting*, dilakukan melalui akselerasi implementasi pengendalian infeksi dan implementasi strategi PAL (*practical approach to lung health*) di fasilitas pelayanan kesehatan secara memadai.

PAL merupakan *integrated case-management* pada pasien dengan gangguan system respirasi yang menggunakan pendekatan sindromik untuk tata laksana pasien dengan gejala respirasi yang mengunjungi fasilitas pelayanan kesehatan primer. Ada dua pendekatan utama yang digunakan dalam PAL yang berhubungan dengan penanggulangan TB yaitu 1) standardisasi diagnosis dan pengobatan pada gangguan respirasi dan 2) koordinasi diantara para petugas kesehatan. Kedua hal inilah yang menyebabkan PAL diprogramkan dalam Stop TB strategi sebagai bagian

dari *Health System Strengthening*. Pendekatan ini menunjang upaya peningkatan penemuan kasus melalui strategi DOTS.

Intervensi yang akan dilakukan untuk pengembangan dan akselerasi program pengendalian infeksi di pelayanan kesehatan primer adalah:

- Membentuk kelompok kerja pengendalian infeksi TB di tingkat nasional/provinsi dan menyusun pedoman pengendalian infeksi TB
- Mengembangkan dan menerapkan rencana aksi nasional pengendalian infeksi TB dengan mengacu pada kebijakan nasional
- Mengembangkan rencana pengendalian infeksi-TB di fasilitas pelayanan kesehatan berbasis pada hasil penilaian fasilitas kesehatan
- Melaksanakan rencana pengendalian infeksi-TB dengan prioritas di fasilitasi pelayanan kesehatan dengan VCT, rumah sakit yang menyediakan pengobatan ARV dan Puskesmas/rumah sakit yang menangani kasus TB dengan resistensi obat
- Menyediakan *technical assistance* dan pelatihan pengendalian infeksi TB di fasilitas pelayanan kesehatan prioritas

Untuk implementasi PAL, intervensi yang akan dilakukan adalah:

- Melakukan analisis situasi nasional dan penilaian fasilitas pelayanan terkait dengan PAL, dengan dukungan *technical assistance*
- Membentuk kelompok kerja PAL di tingkat pusat
- Menyusun pedoman implementasi PAL dan rencana nasional untuk menerapkan PAL melalui serangkaian pertemuan nasional dan lokakarya yang melibatkan para pemangku kepentingan yang terkait
- Mengembangkan materi pelatihan, rencana dan evaluasi pelatihan
- Mempersiapkan peralatan dan fasilitas yang diperlukan untuk penerapan PAL di Puskesmas dan rumah sakit yang dipilih berdasarkan hasil penilaian fasilitas pelayanan kesehatan
- Melaksanakan kegiatan pelatihan berjenjang. Pada tahun 2014, diharapkan 100 fasilitas pelayanan kesehatan telah menerapkan PAL

3. Pengembangan Sumber Daya Manusia

Dalam beberapa tahun ini, isu-isu terkait SDM kesehatan telah berkembang menjadi tantangan utama untuk mencapai dan mempertahankan target pengendalian TB. Intervensi-intervensi baru seperti TB-HIV, MDR-TB, TB-IC, berkontribusi terhadap peningkatan beban kerja dan memunculkan kebutuhan kompetensi-kompetensi baru. Kebijakan desentralisasi kesehatan juga meningkatkan kompleksitas pengembangan SDM. Tingginya rotasi dan tidak meratanya distribusi SDM meningkatkan kebutuhan SDM yang terlatih.

Intervensi untuk memperkuat rekrutmen, motivasi, retensi dan sistem pendukung masih belum optimal dan kerja sama dengan institusi-institusi lain yang terkait dengan SDM kesehatan secara umum masih terbatas.

Tujuan yang ingin dicapai adalah: (1) ketersediaan, dalam jumlah yang memadai, SDM kesehatan pada semua kategori yang terlibat dalam implementasi program pengendalian TB; (3) Semua SDM kesehatan yang terlibat dalam pengendalian TB di semua jenjang memiliki kompetensi

yang diperlukan berdasar uraian tugas; (3) Tersedianya sistim penunjang untuk memotivasi SDM kesehatan untuk menggunakan kompetensi mereka untuk menyelenggarakan pelayanan preventif dan kuratif TB bagi seluruh populasi berdasar kebutuhan.

Intervensi yang akan dikembangkan selama 2011-2014 meliputi:

- Berkontribusi pada perencanaan dan pengembangan kebijakan SDM kesehatan secara keseluruhan
- Menyelenggarakan pelatihan yang berkesinambungan untuk implementasi komponen dasar maupun baru dalam strategi Stop TB bagi pengelola dan penyedia pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta
- Berkontribusi terhadap penguatan program pendidikan dokter, perawat, laboratorium dan tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam implementasi strategi program pengendalian TB
- Memperkuat dan memperluas kemitraan strategis untuk pengembangan SDM kesehatan bagi pengendalian TB, termasuk:
 - Institusi pelatihan
 - Program pelatihan lain, misal HIV/AIDS
 - Kementerian Pendidikan Nasional dan kementerian lain
 - Ikatan profesi
 - Swasta, termasuk LSM
 - Badan-badan internasional dan bilateral
- Berkontribusi pada sistim manajemen SDM terpadu untuk memfasilitasi perencanaan, rekrutmen, evaluasi kinerja dan retensi SDM
- Monitoring dan supervisi kinerja SDM kesehatan untuk:
 - Memberikan dukungan dan mentoring
 - Mendeteksi masalah kinerja
 - Identifikasi staf baru yang memerlukan pelatihan
 - Identifikasi kebutuhan tambahan bagi staf untuk implementasi strategi-strategi dasar maupun baru

F. Mendorong Komitmen Pemerintah Pusat dan Daerah terhadap Program Pengendalian TB

Pencapaian empat strategi utama dalam program pengendalian TB di atas harus didukung dengan strategi yang tepat untuk memperkuat kebijakan dan komitmen, serta melaksanakan fungsi-fungsi manajerial secara efektif dalam pengendalian TB. Kebutuhan akan pelayanan TB yang terus meningkat dan berbagai tantangan baru yang dihadapi oleh program pengendalian TB sangatlah membutuhkan kebijakan dan komitmen pemerintah pusat dan daerah yang tinggi untuk menjamin akses yang universal.

Tujuan

Alokasi pembiayaan program TB dari sumber pembiayaan pemerintah pusat dan daerah meningkat serta dukungan dan sumber daya dari berbagai pihak pemangku kepentingan di luar program dan Kementerian Kesehatan meningkat.

Program Intervensi

Advokasi dilakukan secara sistematis untuk meningkatkan komitmen politis dan untuk menunjukkan bukti nyata kepemilikan dan komitmen tinggi dari pemerintah

pusat, daerah, dan pemangku kepentingan lainnya. Advokasi kepada pemerintah pusat dilakukan dengan memastikan ketersediaan 100% obat-obat TB, di luar *buffer stock*. Selain itu, akan dikembangkan sistem untuk menjamin kesetaraan dalam alokasi sumber daya keuangan (terutama dari sumber-sumber eksternal) ke provinsi/kabupaten/kota dengan kebutuhan tinggi. Implementasi advokasi kepada pemerintah daerah difokuskan pada kabupaten/kota/provinsi spesifik, seperti kabupaten/kota dan provinsi yang memiliki sumber daya finansial tinggi untuk mendapatkan alokasi pembiayaan yang bersumber dari dana lokal. Mobilisasi sumber daya juga harus dilakukan oleh kementerian selain Kementerian Kesehatan (seperti Kementerian Pekerjaan Umum, Kementerian Lingkungan Hidup, dsb) baik di tingkat pusat maupun daerah.

1. Membangun Komitmen Politik untuk Meningkatkan Alokasi Sumber Pembiayaan yang Berasal Dari Pemerintah Daerah Bagi Program Pengendalian TB

Komitmen politik yang tinggi dari para pembuat kebijakan terus diupayakan melalui: (a) *Briefing* mengenai dan advokasi TB yang efektif melalui penyediaan materi-materi *policy brief*, didukung dengan materi advokasi yang dikembangkan spesifik bagi para pembuat kebijakan, baik di tingkat Pusat maupun Daerah; (b) Duta/juru bicara TB yang terpilih dan terlatih; dan (c) Akuntabilitas masyarakat melalui Koalisi (Gerdunas) dan organisasi masyarakat setempat yang mengedepankan kepentingan pengendalian TB sebagai prioritas utama dan mendorong para pembuat kebijakan setempat untuk meningkatkan dukungan terhadap pelayanan bagi pasien TB dan program pengendalian TB secara umum.

2. Mobilisasi Dukungan Pemerintah dan Sumber Daya

Mobilisasi dukungan pemerintah dan sumber daya dilakukan dengan cara advokasi melalui kemitraan lokal/Gerdunas. Berbagai kegiatan advokasi akan dilakukan dengan meningkatkan intensitas dan efektivitas kegiatan untuk:

- Melibatkan pasien TB sebagai pemberi advokasi yang efektif dalam mengkomunikasikan TB, mengidentifikasi kebutuhan, masalah dan memberikan alternatif solusinya dari perspektif pasien
- Melakukan advokasi untuk mobilisasi sumber daya lokal dan sumber dana untuk pengendalian TB, melalui advokasi ke DPRD/pemerintah daerah serta sektor swasta
- Melakukan advokasi sebagai bagian dari strategi penurunan kemiskinan dengan kerangka Kesejahteraan Sosial (Menko Kesra) dan Biro Perencanaan (BAPPENAS dan Bappeda) untuk mendukung pengendalian TB sebagai strategi penurunan kemiskinan dalam mencapai Tujuan MDG's 1, dengan melibatkan lembaga swadaya masyarakat
- Membangun jejaring dengan sektor pemerintah lainnya: mobilisasi and sosialisasi sumber daya lain di luar sektor kesehatan untuk meningkatkan kondisi sosial ekonomi masyarakat, sehingga dapat mengurangi penularan TB dan penyakit TB di masyarakat. Kemitraan dengan organisasi profesi, institusi pendidikan dan lembaga swadaya masyarakat harus terus diperluas dengan pendekatan yang sistematis, demikian pula kolaborasi intersektoral.
- Membentuk Komite Nasional sebagai lembaga koordinasi di tingkat Nasional

G. Mendorong Penelitian, Pengembangan dan Pemanfaatan Informasi Strategik

Sejumlah tim penelitian operasional TB (yang merupakan kolaborasi antara pengelola program TB dan peneliti) telah melaksanakan studi-studi operasional dan mempublikasikan temuannya melalui publikasi jurnal dan lokakarya. Sejak tahun 2003, peneliti mempunyai kesempatan yang lebih luas untuk berpartisipasi dalam penelitian operasional TB melalui akses informasi yang lebih baik, lokakarya pengembangan proposal, implementasi penelitian operasional, dan lokakarya penulisan dan publikasi. Kegiatan ini dikoordinasikan oleh tim riset operasional TB (TORG).

Tantangan baru dan inovasi dalam program pengendalian TB serta kebutuhan untuk melakukan monitoring tingkat morbiditas dan mortalitas TB di Indonesia menciptakan sebuah kebutuhan untuk menetapkan agenda prioritas penelitian TB lima tahun ke depan. Selain menambah jumlah tim penelitian operasional TB, parade penelitian TB dan pertemuan rutin diperlukan untuk mengembangkan kapasitas TORG dan kelompok penelitian operasional di tingkat pusat (sebagai contoh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan - Balitbangkes, Kementerian Kesehatan) dan daerah. Periode Tahun 2011–2014 akan memberikan penekanan pada pemanfaatan informasi strategis untuk pengambilan keputusan dalam program pengendalian TB. Informasi akan disediakan baik oleh penelitian operasional maupun dari hasil surveilans rutin.

Tujuan

Meningkatkan kuantitas dan kualitas penelitian operasional TB serta pemanfaatan informasi strategis untuk perencanaan.

Program Intervensi

Untuk periode 2011-2014 perlu ditetapkan agenda nasional penelitian prioritas program TB yang bertujuan untuk: (a) Memantau intervensi dan kemajuan program pengendalian TB di Indonesia melalui survei nasional; (b) Mendukung penerapan inovasi baru dalam program TB dengan berkolaborasi dengan organisasi internasional; dan (c) Memperkuat kebijakan operasional dalam kegiatan program TB yang perlu ditingkatkan efektivitasnya, seperti halnya penerapan kegiatan supervisi dan surveilans secara menyeluruh.

Area penelitian TB untuk periode 2011-2014 meliputi:

- Pendekatan penemuan kasus
- Menjamin akses dan kepatuhan terhadap pengobatan
- Metode diagnostik
- Tata laksana klinis
- Sosial, ekonomi dan perilaku
- Sistem, kebijakan dan pembiayaan kesehatan
- Epidemiologi: tren, hasil dan dampak intervensi
- Pengembangan teknologi (a.l. vaksin, diagnostik, obat)

Strategi implementasi untuk mendukung area penelitian diprioritaskan pada:

- Penguatan perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan penelitian TB
- Peningkatan kapasitas institusional dalam penggalangan dana penelitian TB

- Peningkatkan kuantitas dan kualitas peneliti TB
- Pengembangan mekanisme monitoring dan evaluasi kinerja peneliti TB
- Peningkatan sarana prasarana pendukung penelitian TB terutama di tingkat daerah (misal: akses internet, perpustakaan)
- Pertemuan rutin untuk diskusi diseminasi hasil penelitian TB
- Peningkatan jumlah penelitian yang berkontribusi terhadap kesinambungan program pengendalian TB di Indonesia
- Peningkatan komunikasi hasil penelitian dalam format yang lebih sesuai bagi pengambil kebijakan, pengelola program serta pihak eksternal (misalnya melalui *policy brief*)

Selain memperluas kegiatan untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas penelitian operasional TB, fase ini akan memfokuskan pada pemanfaatan berbagai informasi rutin untuk pengambilan keputusan stratejik dan operasional dalam program pengendalian TB:

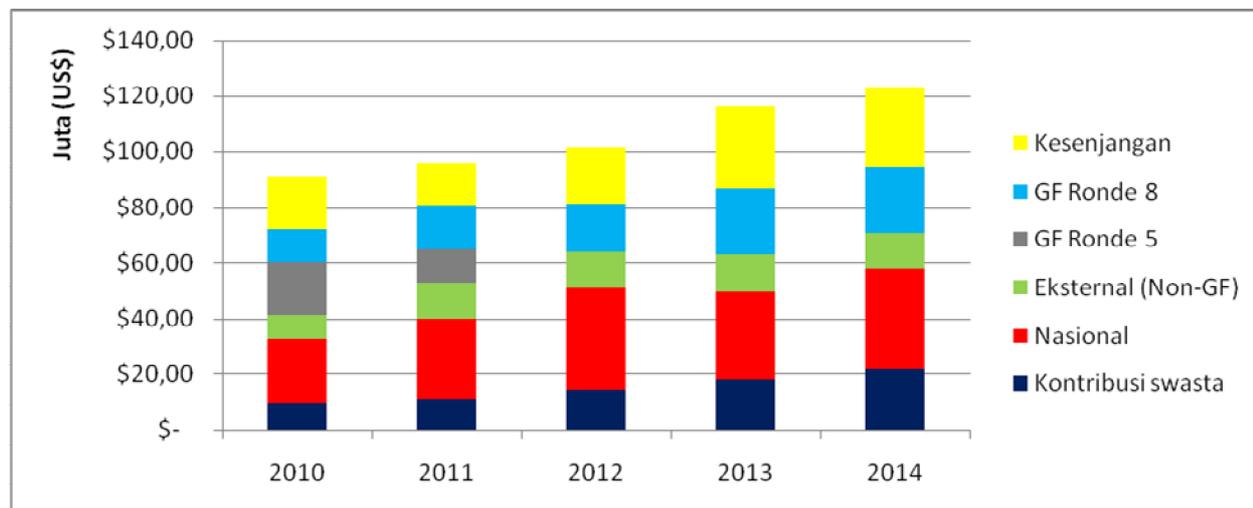
- memberikan umpan balik hasil monitoring dan evaluasi ke pemangku kepentingan, termasuk pemerintah daerah dan manajer fasilitas pelayanan kesehatan, secara periodik
- meningkatkan akses pengambil kebijakan dan manajer pelayanan terhadap informasi stratejik secara tepat waktu melalui sistem pelaporan elektronik (manajer e-TB, TB elektronik, register TB/HIV, dan sistem lain berbasis web)
- mengembangkan pelaporan rutin berbasis web oleh fasilitas pelayanan kesehatan
- memadukan standar pencatatan dan pelaporan TB dengan laporan morbiditas dan mortalitas rumah sakit guna mendapatkan informasi rutin mengenai kontribusi berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan di semua tingkatan
- Integrasi surveilans TB dalam SIKDA dan SIKNAS

BAB VI PENGANGGARAN DAN PEMBIAYAAN

Total biaya yang diperlukan untuk program pengendalian TB Tahun 2011–2014 adalah sebesar US\$ 527,265,544.00. Proporsi kontribusi nasional (pemerintah pusat, provinsi, kabupaten/kota, dan jaminan sosial dari pemerintah) diharapkan secara bertahap meningkat selama lima tahun. Hal ini menunjukkan peningkatan komitmen politis terhadap program pengendalian TB.

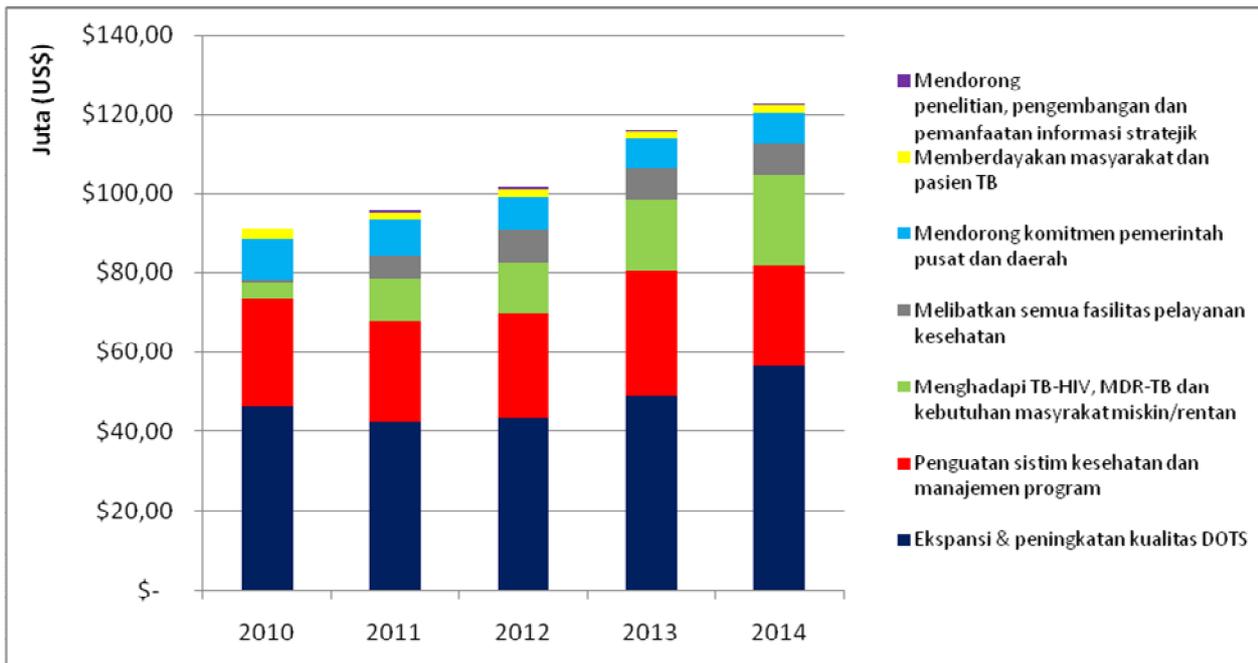
Kontribusi finansial dari sektor swasta (misalnya PT Askes, jamsostek) juga diharapkan meningkat sebagai hasil dari peningkatan advokasi. Ditjen P2PL bersama PT Jamsostek telah menandatangani *Memorandum of Understanding*. Jamsostek saat ini meliputi 159,811 perusahaan dengan 13 juta pegawai beserta keluarga. Diharapkan cakupan strategi DOTS dalam program Jamsostek dapat meningkat secara bertahap hingga mencapai 50% pada tahun 2014. PT ASKES saat ini telah mencakup 40% populasi. Diharapkan cakupan strategi DOTS dalam program PT ASKES dapat meningkat secara bertahap hingga mencapai 35% pada tahun 2014.

Meskipun demikian diperkirakan masih akan terjadi kesenjangan pembiayaan antara total biaya yang diperlukan untuk program pengendalian TB dengan anggaran yang tersedia selama periode tersebut, yaitu sebesar US\$ 112,028,239.00 atau 21% dari total biaya. Sumber pembiayaan eksternal dari GFATM ronde 10, USAID (TB CARE) dan sumber internasional lainnya diharapkan dapat membantu menjembatani kebutuhan finansial tersebut.



Gambar 2. Analisis kesenjangan pembiayaan program pengendalian TB, Tahun 2010 - 2014

Secara keseluruhan, berikut adalah anggaran lima tahunan yang dilakukan untuk setiap strategi dalam strategi nasional pengendalian TB (Grafik 3). Anggaran terbesar dialokasikan untuk ekspansi dan peningkatan kualitas layanan DOTS, diikuti dengan penguatan sistem kesehatan dan menghadapi tantangan khusus seperti MDR-TB, TB/HIV dan TB anak.



Gambar 3. Alokasi anggaran untuk tujuh strategi dalam pengendalian TB, Tahun 2010-2014

BAB VII

IMPLEMENTASI STRATEGI NASIONAL

Strategi nasional program pengendalian TB Tahun 2011–2014 dikembangkan dan diimplementasikan sejalan dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) Tahun 2010 – 2014, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan peraturan perundang-undangan lainnya yang terkait (seperti UU No. 44/2009 tentang Rumah Sakit, UU No. 29/2004 tentang Praktik Kedokteran, Inpres No. 1 dan No. 3 Tahun 2010), sistem kesehatan nasional Tahun 2009 dan *roadmap* reformasi kesehatan. Selain itu, dokumen ini juga selaras dengan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010 – 2014. Implementasi strategi nasional ini memberikan arahan strategis bagi program pengendalian TB dalam mencapai target-target MDG's, dengan mempertimbangkan variasi antar wilayah regional di Indonesia.

Menurut RPJMN Tahun 2010-2014, Indonesia terbagi menjadi beberapa regional atau wilayah sebagai berikut:

- Sumatra
- Jawa and Bali
- Kalimantan
- Sulawesi
- Maluku
- Nusa Tenggara, dan
- Papua

Dengan demikian strategi nasional ini perlu didiskusikan di tingkat regional dengan melakukan analisis situasi regional serta mengembangkan dokumen ini lebih lanjut dalam strategi dan perencanaan regional.

Secara geografis, sejalan dengan kebijakan pembangunan nasional, pelaksanaan strategi pengendalian TB nasional diprioritaskan pada daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan terutama yang belum memenuhi target penemuan kasus dan keberhasilan pengobatan (Papua Barat, Papua, Maluku, Riau). Secara teknis, sejalan dengan rencana global pengendalian TB, pelaksanaan strategi pengendalian TB diprioritaskan pada strategi perluasan pelayanan DOTS yang bermutu.

Di tingkat nasional, implementasi strategi nasional ini akan dielaborasi secara lebih operasional dalam dokumen Rencana Aksi Nasional 2010 – 2014, yang mendeskripsikan rencana tahunan setiap strategi dan komponen program pengendalian TB untuk periode lima tahun ke depan. Untuk itu pengembangan regional dari rencana aksi ini juga harus dilakukan demi keberhasilan implementasi strategi nasional dan rencana aksi. Gerdunas provinsi, kabupaten/kota direkomendasikan untuk mengadopsi strategi nasional ini selayaknya dengan prioritas regional sebagai acuan utama dalam mengembangkan strategi lokal pengendalian TB Tahun 2011–2014.

Komunikasi strategi nasional ini dari tingkat pemerintah pusat ke pemerintah daerah, pengelola program pengendalian TB di semua tingkatan, mitra nasional-internasional

dan masyarakat adalah tahap awal yang penting untuk keberhasilan implementasi strategi nasional (dan regional). Berbagai bentuk komunikasi dapat digunakan untuk menyebarluaskan dan membangun strategi regional/lokal, penyebaran informasi melalui pencetakan dokumen dan pengunggahan pada *website*, dan media lainnya untuk menjangkau masyarakat yang lebih luas. Implementasi strategi nasional dikoordinasi oleh Kementerian Kesehatan dengan melibatkan Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Bappenas dan kementerian terkait lainnya yang diperkuat oleh SK Menteri Kesehatan.

Tabel 8. Pemetaan Peran dalam Implementasi Stranas 2011-2014

Institusi	Peran dalam Implementasi Stranas	Institusi	Peran dalam Implementasi Stranas	Institusi	Peran dalam Implementasi Stranas
Pemerintah Pusat	• Pendanaan (APBN)	Kementerian Kesehatan	• Perencanaan dalam sektor kesehatan	Subdit Tuberkulosis	• Kebijakan dan pedoman program
	• Penetapan prioritas		• Pendanaan		• Perencanaan program pengendalian TB
	• Kebijakan		• Kepemimpinan teknis		• Pendanaan
	• Koordinasi antar kementerian		• Koordinasi antar program (mis. TB-HIV)		• Pengembangan SDM untuk pengendalian TB
			• Koordinasi antar Direktorat Jendral		• Monev dan Bimbingan Teknis
			• Pemenuhan kebutuhan dan peningkatan kemampuan SDM		• Distribusi obat dan alat kesehatan dan Perbekalan kesehatan lainnya
			• Pengadaan obat dan alat kesehatan, dan Perbekalan kesehatan lainnya		• Koordinasi kemitraan
			• Kebijakan dalam bentuk regulasi, SK, dll		• EQA Lab
				• Pencatatan dan Pelaporan	

Institusi	Peran dalam Implementasi Stranas
Dinas Kesehatan Provinsi	

Institusi	Peran dalam Implementasi Stranas
	<ul style="list-style-type: none"> • Perencanaan di tingkat provinsi • Koordinasi pelaksanaan kegiatan pengendalian TB di provinsi • Mendorong ketersediaan dan peningkatan kemampuan SDM • Monev dan Bimbingan Teknis • Membantu pengadaan dan distribusi obat, alat kesehatan dan perbekalan kesehatan lainnya yang diperlukan • Koordinasi dan kemitraan • EQA Lab • Pencatatan dan Pelaporan
Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota	<ul style="list-style-type: none"> • Perencanaan di tingkat kabupaten/kota • Pendanaan APBD • Koordinasi dan kemitraan • Implementasi program TB • Mendorong ketersediaan dan peningkatan kemampuan SDM • Membantu pengadaan dan distribusi obat, alat kesehatan dan perbekalan kesehatan lainnya yang diperlukan • Monev dan Bimbingan Teknis • Pencatatan dan Pelaporan • EQA Lab (External QA)
Fasilitas Pelayanan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Penjaringan suspek dan deteksi kasus TB • Rujukan pasien • Kegiatan diagnostic • Pengobatan pasien • Pemantauan pengobatan • Pelacakan kasus mangkir • Penyuluhan masyarakat dan dukungan bagi pasien • Pencatatan dan pelaporan • Surveilans (Monev dan supervisi) • Lab: QA internal
Masyarakat/LSM	<ul style="list-style-type: none"> • Rujukan suspek TB • Advokasi • Pemantauan pengobatan
Organisasi profesi	<ul style="list-style-type: none"> • Implementasi ISTC • Continuing education • Sertifikasi praktisi swasta
Institusi pendidikan/penelitian	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-service training • Penelitian

BAB VIII

MONITORING DAN EVALUASI STRATEGI NASIONAL

Pelaksanaan strategi nasional ini harus dimonitor secara berkala dan dievaluasi secara sistematis. Sebagai tahap awal sistem monitoring strategi nasional akan dikembangkan dan selanjutnya dilaksanakan setiap tahun sebagai bagian dari pertemuan rutin monitoring evaluasi nasional. Tujuan monitoring strategi nasional dalam pengendalian program TB 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. Oleh karena itu, keterlibatan para pemangku kepentingan yang terkait dalam monitoring tahunan ini perlu diperluas, tidak hanya melibatkan para pengelola program TB.

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 pengendalian TB dapat diaplikasikan pada evaluasi strategi nasional ini.

Berbagai sumber data dapat dimanfaatkan untuk kepentingan monitoring dan evaluasi strategi nasional. Data bersumber dari surveilans rutin (termasuk MDR-TB) dalam program pengendalian TB, temuan dari berbagai hasil studi oleh kelompok riset operasional dan kelompok-kelompok riset lainnya termasuk LSM, dan 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 pengendalian TB). Dampak pengendalian TB nasional akan dievaluasi melalui survei prevalensi dan analisis data mortalitas TB.

Untuk meningkatkan akuntabilitas publik dan transparansi, temuan monitoring dan evaluasi strategi nasional akan disebarluaskan melalui berbagai jalur komunikasi. Dengan demikian masyarakat mendapatkan haknya untuk mengakses hasil evaluasi tersebut secara terbuka. Diseminasi informasi kepada para pembuat kebijakan, pengelola program, dan masyarakat dapat dilakukan melalui berbagai media komunikasi seperti media cetak, elektronik dan jalur komunikasi lain yang mudah diakses oleh masyarakat. Informasi dari hasil monitoring dan evaluasi strategi nasional akan ditindaklanjuti dan digunakan untuk tujuan perbaikan yang berkelanjutan dalam upaya pengendalian TB di Indonesia. Informasi ini juga digunakan untuk menilai sinkronisasi kebijakan pusat dan daerah, pemerintah dan swasta, serta lintas sektor.

MENTERI KESEHATAN,

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH