



RENCANA OPERASIONAL TAHUN 2019 - 2023

**Jejaring Layanan Tuberkulosis
di Fasilitas Kesehatan Pemerintah dan Swasta
Berbasis Kabupaten/Kota**

***(District-Based Public-
Private Mix/DPPM)***

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT
2019**

KATA PENGANTAR

Tuberkulosis (TB) merupakan masalah kesehatan nasional maupun global yang banyak menimbulkan kematian. Berdasarkan Laporan Global WHO tahun 2017, Indonesia memiliki jumlah kasus baru sebanyak 1.020.000 kasus. Namun demikian saat ini baru 35% kasus TB yang dilaporkan, hal ini mendorong pemerintah untuk membuat strategi dalam upaya penemuan kasus yang lebih banyak.

Program penanggulangan TB dilaksanakan melalui enam strategi utama. Salah satu Strategi Nasional Program Pengendalian TB Tahun 2016-2020 adalah peningkatan akses layanan TB yang bermutu. *Public-Private Mix* (PPM) atau Jejaring Layanan Pemerintah-Swasta merupakan salah satu wujud peningkatan akses layanan TB yang bermutu dengan prinsip desentralisasi pada kabupaten/kota.

Peraturan Menteri Kesehatan No. 67 tahun 2016 mendefinisikan PPM sebagai pelibatan semua Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) baik pemerintah maupun swasta dalam upaya ekspansi pelayanan pasien TB dan kesinambungan program penanggulangan TB secara komprehensif dengan koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Tujuan dari pendekatan PPM ini adalah untuk menjamin ketersediaan akses layanan TB yang merata, bermutu, dan berkesinambungan bagi masyarakat terdampak TB untuk menjamin kesembuhan pasien TB dalam rangka menuju eliminasi TB.

Rencana Operasional Penguatan Jejaring Layanan Pemerintah-Swasta (*Public-Private Mix/PPM*) TB Berbasis Kabupaten/Kota ini ditujukan kepada seluruh Tim PPM TB, pelaksana program TB, penyedia pelayanan kesehatan, serta berbagai mitra terkait. Dokumen ini diharapkan dapat menjadi pedoman dan acuan agar seluruh pihak terkait bersatu dan bergerak secara sinergis untuk pengendalian TB di Indonesia.

Akhir kata, kami ucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan Rencana Operasional Penguatan Jejaring Layanan Pemerintah-Swasta (*Public-Private Mix/PPM*) TB Berbasis Kabupaten/Kota ini. Kami terbuka dengan segala kritik dan saran untuk perbaikan rencana operasional yang akan datang. Kami berharap dokumen ini dapat bermanfaat dalam upaya pengendalian TB di Indonesia.

Jakarta, Januari 2019

Direktur Jendral P2P,
Kementerian Kesehatan RI



dr. Anung Sugihantono, M.Kes
NIP 196003201985021002

TIM PENYUSUN

Pengarah:

dr. Anung Sugihantono, M.Kes
dr. Wiendra Waworuntu, M.Kes

Koordinator:

dr. Imran Pambudi, MPH

Editor:

dr. Sulistya Widada
Nurjannah, SKM, M.Kes

Penyusun:

Ajeng Sukmawati, dr.
Alfi Lailiyah, SKM
Anna Uyainah, dr. Sp.PD, K-P, MARS
Aturut Yansen, SKM
Bawa Wuryaningtyas, SKM, MM
Benyamin Sihombing, dr.
Betty Nababan, dr., M.Epid
Bey Sonata, dr.
Bobby Herman Simarmata, dr.
Budiarti Setyaningsih, SKM, M.Kes
Carmelia Basri, dr., M.Epid
Diah Handayani, dr., Sp.P(K)
Didik Eka Sunarja Putra, SKM, M.Si
Dikki Pramulya, dr.
Endang Lukitosari, dr., MPH
Era Renjana D., dr.
Erlina Burhan, Dr. dr., Sp.P(K), M.Sc
Fainal Wirawan, dr.
Firza Asnely Putri, dr.
Helmi Suryani Nasution, SKM
Hendry Iskandar Pane, dr., M.Kes
Ida Bagus Sila Wiweko, dr., Sp.P

Meilina Farikha, dr., M.Epid
Murni Luciana Naibaho, dr., MKM
Nastiti Kaswandani, dr., Sp.A(K)
Nining Mularsih, SKM, M.Epid
Novayanti Tangirerung, dr.
Ovi Norfiana, dr., MKM
R. A. Della Patrisia Pramesti, SKM
Regina Loprang, dr.
Rena Titis Nur Kusumawardani, SKM
Retno Kusuma Dewi, dr., MPH
Roro Antasari, SKM
Rudy E. Hutagalung, BSc
Setiawan Jatilaksono, dr.
Shena Masyita Deviernur, SKM
Shopia Talena Patty, SKM
Sity Kunarisasi, dr., MARS
Sudijanto Kamso, Prof. Dr., MPH, PhD
Suhardini, SKM, MKM
Sulistyo, SKM, M.Epid
Syarifah Khodijah, SKM
Widiastuti, dr., MKM
Wita Nursanthi, dr., MARS
Yeremia Prawiro Mozart Runtu, dr.
Yoana Anandita, SKM

DAFTAR SINGKATAN

APBD	:	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	:	Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional
ARSADA	:	Asosiasi Rumah Sakit Daerah
ARSSI	:	Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia
ARV	:	Antiretroviral
ASKLIN	:	Asosiasi Klinik Indonesia
BBKPM	:	Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat
BKPM	:	Balai Kesehatan Paru Masyarakat
BP4	:	Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru
BPJS	:	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
DM	:	Diabetes Mellitus
DOTS	:	<i>Directly Observed Treatment Short-course</i>
DPM	:	Dokter Praktik Mandiri
DPPM	:	<i>District-Based Public Private Mix</i>
FKRTL	:	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
FKTP	:	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
GF ATM	:	<i>Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria</i>
HIV	:	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IAI	:	Ikatan Apoteker Indonesia
IDAI	:	Ikatan Dokter Anak Indonesia
IDI	:	Ikatan Dokter Indonesia
ILKI	:	Ikatan Laboratorium Kesehatan Indonesia
INA-CBGs	:	<i>Indonesian Case Based Groups</i>
ISPA	:	Infeksi Saluran Pernapasan Atas
JKN	:	Jaminan Kesehatan Nasional
KARS	:	Komite Akreditasi Rumah Sakit
KDT	:	Kombinasi Dosis Tetap
KIA	:	Kesehatan Ibu dan Anak
KOPI TB	:	Koalisi Organisasi Profesi Indonesia dalam Penanggulangan TB
MDR	:	<i>Multi Drug Resistant</i>
MoU	:	<i>Memorandum of Understanding</i>
MTBS	:	Manajemen Terpadu Balita Sakit
NTP	:	<i>National TB Program</i>
OAT	:	Obat Anti Tuberkulosis
ODHA	:	Orang Dengan HIV/AIDS
P2JK	:	Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan
PAL	:	<i>Practical Approach to Lung Health</i>
PAMKI	:	Perhimpunan Ahli Mikrobiologi Klinik Indonesia
PAPDI	:	Perhimpunan Ahli Penyakit Dalam Indonesia
PATELKI	:	Persatuan Ahli Teknologi Laboratorium Kesehatan Indonesia

PBI	:	Penerima Bantuan Iuran
PDKI	:	Perhimpunan Dokter Keluarga Indonesia
PDPI	:	Perhimpunan Dokter Paru Indonesia
PDS PatKlin	:	Perhimpunan Dokter Spesialis Patologi Klinik dan Kedokteran Indonesia
PDSRI	:	Perhimpunan Dokter Spesialis Radiologi Indonesia
PDUI	:	Perhimpunan Dokter Umum Indonesia
PERDOKI	:	Perhimpunan Spesialis Kedokteran Okupasi Indonesia
PERSI	:	Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia
PKFI	:	Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia
PPKP	:	Pendekatan Praktis Kesehatan Paru
PPM	:	<i>Public-Private Mix</i>
PPNI	:	Persatuan Perawat Nasional Indonesia
PTM	:	Penyakit Tidak Menular
RAD	:	Rencana Aksi Daerah
RS	:	Rumah Sakit
SDM	:	Sumber Daya Manusia
SIP	:	Sistem Informasi Puskesmas
SIRS	:	Sistem Informasi Rumah Sakit
SITT	:	Sistem Informasi Tuberkulosis Terpadu
SK	:	Surat Keputusan
SNARS	:	Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit
SOP	:	Standar Operasional Prosedur
SPM	:	Standar Pelayanan Minimal
TB	:	Tuberkulosis
TCM	:	Tes Cepat Molekuler
UKM	:	Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	:	Upaya Kesehatan Perorangan
WBP	:	Warga Binaan Pemasyarakatan
WiFi TB	:	Wajib Notifikasi Tuberkulosis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
KATA PENGANTAR	i
TIM PENYUSUN	ii
DAFTAR SINGKATAN	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II ANALISA SITUASI	3
A. Penemuan Kasus	3
B. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Pola Pencarian Pengobatan	3
C. Fasilitas Pelayanan Kesehatan TB	4
D. Obat Anti Tuberkulosis	4
E. Sumber Daya Manusia (SDM) Penanganan TB	5
F. Pembiayaan Program TB	5
BAB III PERUMUSAN STRATEGI	7
A. Konsep Jejaring Layanan Tuberkulosis di Fasilitas Kesehatan Pemerintah-Swasta Berbasis Kabupaten/Kota (<i>District-Based Public-Private Mix/DPPM</i>)	7
B. Tujuan	7
C. Indikator dan Target	8
D. Strategi	8
1. Penguatan Kepemimpinan DPPM	9
2. Peningkatan Keterlibatan Seluruh Fasilitas Pelayanan Kesehatan	9
3. Penguatan Sistem Surveilans	9
4. Perencanaan Pembiayaan untuk TB	9
BAB IV RENCANA KEGIATAN	10
BAB V MONITORING DAN EVALUASI RENCANA OPERASIONAL	24
BAB VI PEMBIAYAAN DAN PENGANGGARAN	25

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Situasi Terkini Penemuan Kasus TB di Indonesia	3
Gambar 2. Ilustrasi <i>District-Based Public-Private Mix</i>	7
Gambar 3. Kebutuhan Pendanaan Program TB (dalam rupiah) Berdasarkan Pendanaan, 2016-2020.....	25
Gambar 4. Kebutuhan Pendanaan Program DPPM (dalam rupiah) berdasarkan 4 Strategi Periode 2018-2023.....	27

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Persentase Tenaga Kesehatan Berdasarkan Status Pelatihan dan Fasilitas Kesehatan.....	5
Tabel 2. Indikator dan Target	8
Tabel 3. Rencana Kegiatan DPPM TB 2018-2023	11
Tabel 4. Total Kebutuhan Anggaran DPPM TB Sesuai 4 Strategi Tahun 2018-2023.....	26
Tabel 5. Total Ketersediaan Anggaran DPPM TB Tahun 2018-2020	27

BAB I

PENDAHULUAN

Indonesia merupakan negara yang mempunyai beban tuberkulosis (TB) yang tinggi dan menempati posisi ke-3 di dunia saat ini. Selain itu, kasus TB-MDR, TB-HIV, TB-DM, TB pada anak dan masyarakat rentan lainnya juga semakin bertambah dan menjadi tantangan. Berdasarkan Laporan Global TB tahun 2018, estimasi insiden kasus TB di Indonesia sebanyak 842.000 kasus (termasuk 36.000 kasus TB-HIV) dan 23.000 kasus TB-RR/MDR. Dari total kasus tersebut, hanya 446.732 kasus TB (53%) yang dilaporkan sehingga masih terdapat 395.268 kasus TB yang belum ditemukan dan dilaporkan (missing cases).

Indonesia memiliki banyak jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes). Terdapat lebih dari 15.000 fasyankes yang terdiri atas rumah Sakit (RS) pemerintah dan swasta, Balai Besar/Balai Kesehatan Paru Masyarakat (B/BKPM) puskesmas, Dokter Praktik Mandiri (DPM), klinik dan lain-lain. Sebanyak 75% dari total RS pemerintah dan hampir semua puskesmas sudah terlibat dalam Program Nasional TB (*National TB Program/NTP*). RS pemerintah dan puskesmas berkontribusi dalam tatalaksana kasus TB masing-masing sebesar 27%, sementara tatalaksana kasus TB pada layanan swasta mencapai 42%. Berdasarkan Survei Prevalensi Nasional Tahun 2014, fasyankes swasta memiliki peran penting sebagai penyedia layanan TB di Indonesia.

Meskipun fasyankes swasta berkontribusi cukup besar dalam hal menyediakan layanan TB, namun angka notifikasi kasus TB dari fasyankes swasta masih tergolong rendah (RS Swasta 8% dan DPM 1%) dibandingkan dengan fasyankes pemerintah (Puskesmas 72% dan RS Pemerintah 18%).

Di sisi lain, dalam hal mencari pengobatan awal ketika memiliki gejala batuk, sebanyak 52% masyarakat mengunjungi apotek atau toko obat (fasilitas kesehatan swasta). Lebih dari setengah dari masyarakat masih belum memahami bahwa gejala batuk yang lebih dari 2 minggu (gejala TB) perlu dilakukan konfirmasi diagnosis dan pengobatan standar di fasyankes.

Dalam hal pembiayaan, pengobatan pasien TB dapat dilakukan baik secara swadana (*out of pocket*) maupun melalui asuransi kesehatan. Saat ini Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menanggung hampir 173.000.000 jiwa (67%) dari total populasi di Indonesia dan diharapkan dapat menanggung 100% pada tahun 2019. Dalam pelaksanaannya merujuk pada Permenkes No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN, pelayanan bagi peserta penderita TB dilakukan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang merupakan bagian dari pembayaran kapitasi dan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) dapat diklaimkan sesuai tarif INA-CBGs serta Obat Anti Tuberkulosis (OAT) disediakan menggunakan obat program sehingga pelayanan dan pengobatan TB bagi peserta JKN gratis dan tersedia di hampir semua fasyankes baik pemerintah maupun swasta.

Dari kondisi di atas yang menunjukkan tingginya prevalensi TB di Indonesia dan angka penemuan kasus yang rendah, diperlukan adanya pelibatan fasyankes yang lebih luas dan bermutu yang dapat diakses oleh masyarakat dalam bentuk jejaring pelibatan layanan pemerintah-swasta yang kemudian disebut sebagai *Public-Private Mix* (PPM).

Penerapan PPM di Indonesia dimulai dengan kegiatan *Hospital DOTS Linkage* (HDL) yang melibatkan rumah sakit dan B/BKPM, pertama kali diinisiasi di provinsi DIY. Beberapa perubahan strategi diperlukan dalam melibatkan fasyankes pemerintah-swasta sehingga pelayanan TB memenuhi standar mutu yang telah ditetapkan dan dapat meningkatkan angka notifikasi kasus TB.

Dalam perkembangannya saat ini, jejaring layanan TB di fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta berbasis kabupaten/kota (*District-Based Public Private Mix /DPPM*) akan menjadi sebuah pendekatan yang komprehensif untuk keterlibatan secara sistematis dari semua fasyankes di kabupaten/kota, baik pemerintah maupun swasta yang relevan dalam penanggulangan TB. Diharapkan dengan adanya DPPM, semua komponen fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) dapat terlibat aktif dalam mencapai target pengendalian TB nasional dan global.

Rencana Operasional Jejaring Layanan Tuberkulosis di Fasilitas Kesehatan Pemerintah dan Swasta Berbasis Kabupaten/Kota (DPPM) disusun sebagai acuan untuk melibatkan seluruh layanan pemerintah dan swasta (*Public-Private Mix/PPM*) dalam penanggulangan TB di Indonesia.

BAB II

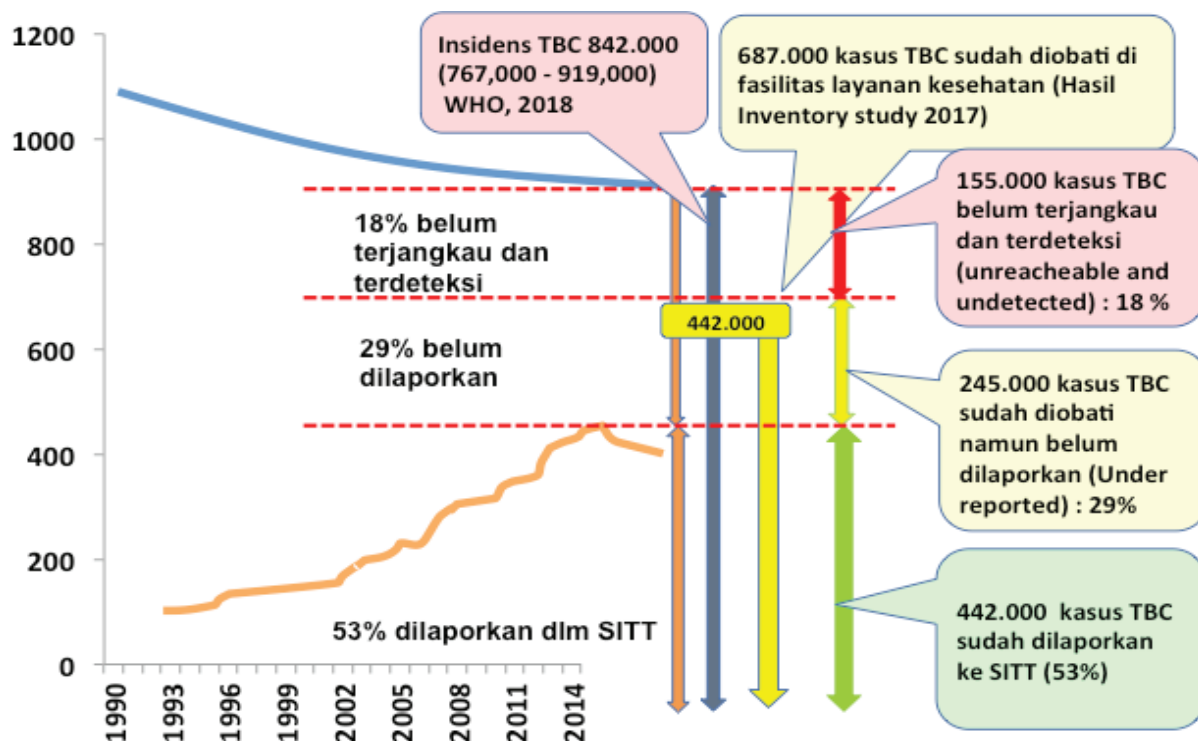
ANALISA SITUASI

A. Penemuan Kasus

Hasil survei prevalensi TB (Kementerian Kesehatan, 2014) menunjukkan bahwa prevalensi semua jenis TB untuk semua umur sebesar 1.600.000 orang, dengan prevalensi 660 per 100.000 penduduk dan kasus baru (insidens) sebesar 1.000.000 kasus per tahun. Sementara kasus yang ternotifikasi dalam Program TB Nasional (NTP) pada tahun 2014 masih rendah, yaitu 310,729 kasus.

Pada tahun 2016 dengan perkiraan angka insidensi TB sebesar 1.020.000 kasus, yang ternotifikasi hanya 360.566 kasus (35%). Dengan kata lain, masih ada 65% kasus TB di Indonesia yang belum ditemukan dan dilaporkan (*missing cases*) ke Program TB Nasional.

Berdasarkan Laporan Global TB WHO tahun 2018, Indonesia merupakan salah satu negara dengan beban TB tertinggi dengan insiden mencapai 842.000 kasus.



Gambar 1. Situasi Terkini Penemuan Kasus TB di Indonesia

B. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Pola Pencarian Pengobatan

Pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat dalam mencari pengobatan TB berdasarkan Survei Prevalensi 2014 menunjukkan gambaran yang cukup baik, dimana masyarakat yang mengetahui gejala utama penyakit TB sebesar 78,6%, mengetahui cara penularan sebesar 69,1% serta mengetahui TB bisa disembuhkan sebesar 73,5%. Namun, meskipun obat TB gratis, hanya sebagian kecil (21,3%) yang mengetahui bahwa obat TB gratis di fasyankes. Selain itu, masih ada masyarakat yang mempunyai stigma negatif dan merahasiakan anggota keluarga yang terkena TB (11,7%).

C. Fasilitas Pelayanan Kesehatan TB

Fasyankes yang saat ini menyediakan layanan TB meliputi 9.997 puskesmas dimana hanya 9.227 (92%) yang menerapkan strategi DOTS, dan 2.671 RS dan B/BKPM dimana hanya 1.340 (50%) yang menerapkan strategi DOTS.

Tatalaksana pasien TB dilaksanakan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). Dua fasilitas ini merupakan bagian dari jejaring DPPM yang harus saling bekerjasama agar layanan TB bisa terselenggara maksimal.

Dalam hal tatalaksana pasien TB, diperlukan sarana diagnosis yang dapat diakses oleh pasien. Jenis dan ketersediaan sarana diagnosis TB beragam di fasyankes sesuai dengan tingkatannya. Pemeriksaan TB secara mikroskopis dapat dilakukan di hampir sebagian besar FKTP maupun FKRTL, namun pemeriksaan diagnosis dengan menggunakan Tes Cepat Molekuler (TCM) sampai dengan Mei 2018 ada di 570 TCM yang ditempatkan di RS dan sejumlah puskesmas. Penempatan TCM di fasyankes didasarkan pada kriteria tertentu, salah satunya adalah jumlah beban kasus TB yang tinggi di suatu wilayah. Pemeriksaan penunjang radiologis untuk ronsen dada tersedia di FKRTL. Pemeriksaan biakan tersedia di 19 laboratorium rujukan, uji kepekaan lini pertama tersedia di 14 laboratorium dan uji kepekaan lini kedua tersedia di 9 laboratorium rujukan tersertifikasi. Dengan adanya keterbatasan beberapa sarana diagnosis yang dimiliki di fasyankes, diperlukan adanya jejaring diagnostik TB antara FKTP dan FKRTL, serta kejelasan pembiayaannya.

Kedua jenis fasyankes baik FKTP dan FKRTL perlu dilibatkan dalam program penanggulangan TB melalui jejaring DPPM sebagai salah satu strategi untuk akselerasi penemuan kasus TB dan tatalaksana TB yang standar (mencakup pengobatan dan pencatatan pelaporan TB).

D. Obat Anti Tuberkulosis

Selain sistem diagnosis dan tatalaksana pasien TB, pemberian obat kepada pasien TB juga perlu menjadi perhatian. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis menjelaskan bahwa paduan pemberian obat anti

tuberkulosis (OAT) kategori 1 dan kategori 2 disediakan dalam bentuk paket kombinasi dosis tetap (KDT). Tablet kombinasi dosis tetap obat anti tuberkulosis (OAT KDT) terdiri atas kombinasi 2 dan 4 jenis obat. Panduan ini dikemas dalam satu paket untuk satu pasien dalam satu masa pengobatan. Dalam pengobatan tuberkulosis, dikenal istilah paket kombipak. Paket kombipak adalah paket obat lepas yang terdiri atas Isoniasid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z) dan Etambutol (E) yang dikemas dalam bentuk blister. Panduan ini disediakan untuk pasien yang tidak bisa menggunakan panduan OAT KDT.

E. Sumber Daya Manusia (SDM) Penanganan TB

Sumber daya manusia (SDM) yang menangani TB terdiri dari tenaga medis (dokter umum, dokter spesialis paru, spesialis penyakit dalam, spesialis radiologi, spesialis patologi klinik dan lainnya), tenaga paramedis (perawat, bidan), tenaga laboratorium dan tenaga farmasi. Namun, tenaga pengumpul, pencatat dan pelapor kasus TB di rumah sakit yang belum tersedia menjadi salah satu penyebab banyak kasus TB tidak tercatat dan dilaporkan.

Peningkatan keterampilan tenaga medis, paramedis dan laboratorium dalam program TB baik di FKTP maupun FKRTL terus dilakukan melalui pelatihan yang dilaksanakan Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Namun, tingginya pergantian (*turn over*) SDM yang terlatih mengakibatkan tatalaksana TB menjadi tidak optimal.

Tabel 1. Persentase Tenaga Kesehatan Berdasarkan Status Pelatihan dan Fasilitas Kesehatan

Faskes	Tenaga Kesehatan	Terlatih (%)	Tidak Terlatih (%)
Puskesmas	Dokter	55.4	44.6
	Perawat	80.8	19.2
	Laboran	55.9	44.1
Rumah Sakit Pemerintah	Dokter	61.2	49.8
	Perawat	63	37
	Laboran	60.1	39.9

Data HRD Subdit TB, Kementerian Kesehatan RI per Juni 2018.

F. Pembiayaan Program TB

Pembiayaan Program TB berasal dari anggaran pemerintah dan sumber lainnya sehingga semua potensi sumber dana dapat dimobilisasi. Mobilisasi alokasi sumber dana, baik di tingkat pusat maupun daerah harus dilaksanakan melalui komitmen pembiayaan pemerintah pusat dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional (APBN), peningkatan pemerintah daerah dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), serta penerimaan dana hibah. Kebutuhan pembiayaan untuk program TB mencakup kebutuhan untuk pelayanan langsung kepada pasien dan kebutuhan

biaya untuk kegiatan program. Kebutuhan untuk pelayanan langsung kepada pasien meliputi biaya untuk penegakan diagnosis serta pengobatan, sementara kebutuhan biaya untuk kegiatan program antara lain kegiatan penemuan kasus TB secara aktif di masyarakat serta kegiatan promotif lainnya.

Perubahan besar terjadi dalam alur pendanaan program TB setelah dilaksanakan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Alur Pendanaan Program TB setelah adanya JKN, berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan JKN, pelayanan TB yang masuk dalam skema pembiayaan JKN yaitu kapitasi pada FKTP dan INA CBG's pada FKRTL, namun untuk pembiayaan obat masih ditanggung oleh program yakni dari Kementerian Kesehatan.

Hasil analisis kebijakan pembiayaan program TB dalam 3 tahun pelaksanaan jaminan kesehatan nasional yang dilakukan oleh FKMK UGM menunjukkan ada perbedaan besar dalam alur pendanaan, dimana dalam era JKN, Kementerian Kesehatan, bukan satu-satunya instansi yang berperan dalam alokasi anggaran program TB. Badan Pelaksana Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS-Kesehatan), menjadi instansi pendamping yang juga mempunyai peran yang sangat besar. Tidak kurang dari 300 miliar dana dari pemerintah yang berasal dari iuran penerimaan premi (PBI maupun non PBI) digunakan untuk layanan rawat-jalan program TB (data hanya terbatas di FKRTL). Tidak diketahui berapa komposisi dana kapitasi di FKTP yang digunakan untuk membantu program TB. Secara agregat, jumlah dana yang menjadi sumber pendanaan program TB, melalui pembiayaan pemerintah meningkat tajam; dari 667 miliar rupiah tahun 2013, menjadi 967,5 miliar pada tahun 2014, tahun pertama dilaksanakannya kebijakan JKN. Anggaran program TB juga selanjutnya mengalami kenaikan.

BAB III

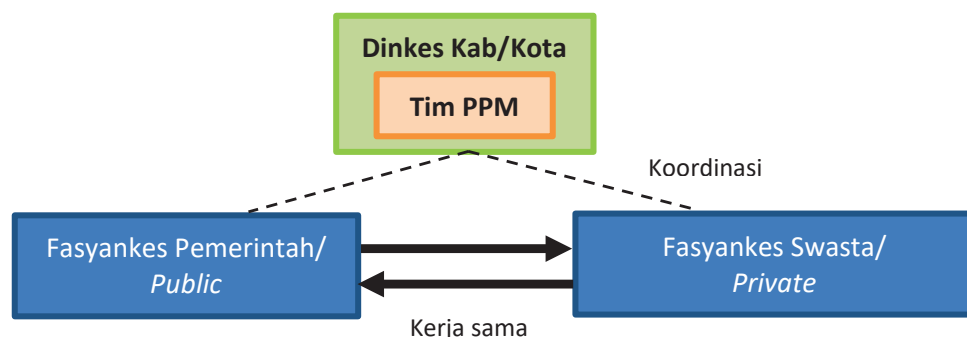
PERUMUSAN STRATEGI

A. Konsep Jejaring Layanan Tuberkulosis di Fasilitas Kesehatan Pemerintah-Swasta Berbasis Kabupaten/Kota (*District-Based Public-Private Mix/DPPM*)

Dalam rangka melaksanakan peningkatan akses terhadap layanan TB yang berkualitas dan sesuai standar, dibutuhkan sebuah jejaring layanan TB yang saling terintegrasi antar semua layanan di kabupaten/kota. Pendekatan ini dilakukan melalui jejaring layanan TB antara fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta berbasis kabupaten/kota.

Jejaring Layanan TB di Fasilitas Kesehatan Pemerintah dan Swasta Berbasis Kabupaten/Kota (*District-Based Public-Private Mix/DPPM*) adalah jejaring layanan tuberkulosis dalam satu kabupaten/kota yang melibatkan seluruh fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta yang dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Jejaring ini terdiri dari seluruh fasyankes baik milik pemerintah maupun swasta mulai dari puskesmas, RS pemerintah maupun swasta, klinik dan dokter praktik mandiri (DPM), serta layanan pendukung apotek dan laboratorium.



Gambar 2. Ilustrasi District-Based Public-Private Mix (DPPM), serta layanan pendukung apotek dan laboratorium.

B. Tujuan

Tujuan Umum:

Penerapan DPPM TB bertujuan agar semua fasilitas layanan kesehatan yang menangani TB berpartisipasi dalam jejaring sehingga semua pasien TB dapat **ditemukan** dan **diobati** sesuai standar dan **tercatat** dalam sistem informasi Program TB Nasional.

Tujuan Khusus :

1. Terbentuknya Tim DPPM TB di seluruh kabupaten/kota pada tahun 2023.
2. Melakukan upaya untuk memastikan 100% dari fasilitas layanan kesehatan pemerintah NTP melaporkan kasus TB pada tahun 2023.
3. Melakukan upaya untuk memastikan 100% dari fasilitas layanan kesehatan pemerintah non-NTP melaporkan kasus TB pada tahun 2023.
4. Melakukan upaya untuk memastikan sekurangnya 57% dari fasilitas layanan kesehatan swasta melaporkan kasus TB pada tahun 2023.
5. Memastikan peningkatan notifikasi kasus TB dari fasilitas pelayanan kesehatan swasta mencapai 38% pada tahun 2023.

C. Indikator dan Target

Tabel 2. Indikator dan Target

Indikator	Baseline	Target					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1. Proporsi kabupaten/kota yang mempunyai Tim PPM kab/kota*	5%	10%	30%	50%	70%	90%	100%
2. Proporsi fasyankes pemerintah NTP yang melaporkan kasus TB diantara seluruh fasyankes pemerintah NTP (Puskesmas dan BKPM/BBKPM)	94%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3. Proporsi fasyankes pemerintah non-NTP yang melaporkan kasus TB diantara seluruh fasyankes pemerintah non- NTP (Rumah Sakit Pemerintah, Klinik pemerintah)	31%	67%	75%	82%	89%	96%	100%
4. Proporsi fasyankes swasta yang melaporkan kasus TB diantara seluruh fasyankes swasta (Rumah Sakit Swasta, Klinik, DPM)	6%	44%	49%	51%	53%	55%	57%
5. Proporsi notifikasi kasus TB dari Fasyankes Swasta (%)	13%	24%	29%	38%	38%	38%	38%

Keterangan:

*ditandai dengan ditetapkan berdasarkan SK Kepala Daerah/Kepala Dinas Kesehatan;

D. Strategi

Program Nasional Tuberkulosis telah menetapkan 6 strategi untuk mencapai eliminasi TB, di antaranya strategi kedua adalah peningkatan akses layanan TB yang bermutu. Salah satu caranya melalui DPPM TB yang komprehensif.

Berdasarkan Permenkes No. 67 tahun 2016, *Public-Private Mix* (PPM) merupakan pelibatan semua fasilitas layanan kesehatan dalam upaya ekspansi layanan pasien TB dan kesinambungan program penanggulangan TB secara komprehensif di bawah koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Untuk melaksanakan upaya peningkatan akses layanan bermutu melalui DPPM maka ditetapkan empat strategi sebagai berikut:

1. Penguatan kepemimpinan DPPM;
2. Peningkatan keterlibatan seluruh fasyankes;
3. Penguatan sistem surveilans;
4. Perencanaan pembiayaan untuk TB;

Berikut adalah penjabaran mengenai keempat strategi tersebut.

1. Penguatan Kepemimpinan DPPM

- a. Menetapkan dan memperkuat mekanisme koordinasi DPPM di bawah koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, termasuk struktur yang jelas, tugas/tanggung jawab hukum dan penyediaan alokasi dukungan anggaran.
- b. Memperkuat peran Koalisi Organisasi Profesi (KOPI TB) Kabupaten/Kota sebagai bentuk keterlibatan organisasi profesi dalam advokasi, dukungan teknis, pendampingan, pengawasan dan pengembangan kapasitas.
- c. Memperkuat peran dan kapasitas puskesmas untuk mengkoordinasikan dan memfasilitasi jejaring antar penyedia layanan kesehatan di wilayahnya.

2. Peningkatan Keterlibatan Seluruh Fasilitas Pelayanan Kesehatan

- a. Membuat pemetaan seluruh fasyankes yang memberikan layanan TB di masing-masing wilayah kabupaten/kota.
- b. Memperkuat mutu dan jejaring layanan:
 - 1) Melakukan upaya penjaminan mutu layanan TB di fasilitas kesehatan melalui sistem akreditasi, sertifikasi, dan kredensial yang berlaku.
 - 2) Memperkuat peran semua penyedia layanan kesehatan yang ada di kabupaten/kota sebagai layanan TB, termasuk fasilitas kesehatan swasta, apoteker dan fasilitas diagnostik.
 - 3) Memastikan semua fasilitas kesehatan baik pemerintah maupun swasta mempunyai akses yang sama terhadap tersedianya sarana diagnosis dan pengobatan TB yang berkualitas.
 - 4) Memperkuat alur rujukan dari fasilitas kesehatan (apotek dan laboratorium) ke penyedia layanan TB.
 - 5) Meningkatkan kolaborasi layanan melalui TB-HIV, TB-DM, MTBS, PAL, dan lain sebagainya di semua fasilitas kesehatan baik pemerintah maupun swasta.

- 6) Inovasi diagnosis TB sesuai dengan alat/sarana diagnostik yang baru.
- 7) Kepatuhan dan kelangsungan pengobatan pasien atau *case holding*.
- c. Memperkuat peran lintas program, lintas sektor dan masyarakat.

3. Penguatan Sistem Surveilans

- a. Memperkuat sistem wajib lapor TB.
- b. Memperkuat sistem pengumpulan data.

4. Perencanaan Pembiayaan untuk TB

- a. Memperkuat kolaborasi program dengan asuransi kesehatan, baik BPJS maupun asuransi kesehatan lain, dalam rangka mencapai Cakupan Layanan Semesta (*Universal Health Coverage*).
- b. Meningkatkan pendanaan daerah untuk kegiatan DPPM, melalui:
 - 1) Memastikan kegiatan DPPM masuk dalam anggaran kabupaten/kota.
 - 2) Mengupayakan penganggaran dari internal fasilitas kesehatan maupun dari sektor lain (termasuk swasta dan potensi masyarakat).

BAB IV

RENCANA KEGIATAN

Pelaksanaan jejaring layanan TB di kabupaten/kota (DPPM) bertujuan untuk memastikan bahwa pasien bisa mendapatkan akses terhadap layanan TB berkualitas dan sesuai standar nasional. Pendanaan kegiatan terkait pelaksanaan DPPM menjadi tanggung jawab dari masing-masing kabupaten/kota.

Kegiatan DPPM TB dilaksanakan berdasarkan empat strategi yang kemudian dijabarkan seperti dalam tabel berikut (Tabel 3).

Tabel 3. Rencana Kegiatan DPPM TB 2018-2023

No	Strategi	Sub-Strategi	Kegiatan	Keluaran	Pelaksana	Waktu									
						2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
1	Penguatan kepemimpinan DPPM	1.1 Menetapkan dan memperkuat mekanisme koordinasi DPPM di bawah koordinasi Dinkes kabupaten/kota, termasuk struktur yang jelas, tugas/tanggung jawab hukum dan penyediaan alokasi dukungan.	1.1.1 Penyusunan dan integrasi DPPM ke dalam Rencana Aksi Daerah	- PPM TB menjadi bagian dari RAD - Tersedianya anggaran TB - Adanya peraturan daerah	Provinsi/KK	V									
			1.1.2 Pengembangan DPPM TB	- Tersusunnya juknis DPPM TB - Adanya surat keputusan (SK) Tim DPPM TB											
			1.1.2.1 Pertemuan penyusunan juknis DPPM TB		Pusat	V									
			1.1.2.2 Finalisasi penyusunan juknis DPPM TB		Pusat	V									
			1.1.2.3 Pengadaan dan pendistribusian ke kabupaten/kota		Pusat	V									
			1.1.2.4 Pembentukan/revitalisasi tim DPPM TB		Pusat/Provinsi/KK	V									V
			1.1.2.5 Pertemuan rutin tim DPPM TB		Pusat/Provinsi/KK	V									V
			1.1.2.6 Assessment/evaluasi DPPM TB		Pusat/Provinsi/KK	V									

No	Strategi	Sub-Strategi	Kegiatan	Keluaran	Pelaksana	Waktu							
						2	2	2	2	2	2	2	2
		1.2 Memperkuat peran koalisi organisasi profesi kabupaten/kota sebagai bentuk keterlibatan organisasi profesi dalam advokasi, dukungan teknis, pendampingan, pengawasan dan pengembangan kapasitas.	1.2.1 Pelibatan Organisasi Profesi Kesehatan dalam Program Pengendalian TB 1.2.1.1 Lokakarya/workshop pembentukan dan penguatan jejaring layanan 1.2.1.2 Pertemuan penyusunan rencana kerja koalisi organisasi profesi untuk penanggulangan TB 1.2.1.3 Pembentukan koalisi organisasi profesi a Pemetaan organisasi profesi untuk mendukung program penanggulangan TB di provinsi dan kabupaten/kota b Pertemuan pembentukan	- Terbentuknya KOPI TB tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota - Adanya rencana kerja KOPI TB pusat, provinsi dan kabupaten/kota - Adanya tools evaluasi		0	0	0	0	0	0	0	0
					Pusat	1	1	2	2	2	2	2	2
					Pusat	8	9	0	1	1	2	2	3
					Provinsi/KK								
						V	V	V	V	V	V	V	V
					Provinsi/KK	V	V	V	V	V	V	V	V

No	Strategi	Sub-Strategi	Kegiatan	Keluaran	Pelaksana	Waktu									
						2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
			koalisi organisasi profesi												
			c Penyusunan rencana kerja		Provinsi/KK	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
			1.2.1.4 Penyusunan materi lokakarya TB bagi fasilitator		Pusat	V	V								
			1.2.1.5 Lokakarya/workshop TB bagi fasilitator tingkat provinsi		Pusat		V								
			1.2.1.6 Lokakarya/workshop TB bagi fasilitator tingkat kabupaten/kota		Provinsi		V	V							
			1.2.1.7 Lokakarya/workshop TB bagi anggota KOPI TB		KK		V	V	V	V	V	V	V		
			1.2.1.8 Evaluasi pasca pelatihan (termasuk <i>performance evaluation</i>)		KK/Provinsi /Pusat		V	V	V	V	V	V	V	V	V
			a Penyusunan tools		Pusat	V	V								
			b Pelaksanaan evaluasi pasca pelatihan		Provinsi/KK		V	V	V	V	V	V	V	V	V

No	Strategi	Sub-Strategi	Kegiatan	Keluaran	Pelaksana	Waktu					
						2	2	2	2	2	2
			c Pelaksanaan evaluasi untuk melihat kinerja/ <i>performance</i>		Provinsi/KK	0	0	0	0	0	0
			1.2.1.9 Lokakarya/ <i>workshop</i> evaluasi tahunan			1	1	2	2	2	2
			1.3.1 Pemetaan layanan kesehatan primer di tingkat puskesmas	- Tersedianya data fasyankes	Provinsi	8	9	0	1	2	3
		1.3 Memperkuat peran dan kapasitas puskesmas untuk mengkoordinasikan dan memfasilitasi jejaring antar penyedia layanan kesehatan di wilayahnya..	1.3.1.1 Pertemuan koordinasi antara puskesmas dan FKTP di wilayah kerja puskesmas				V	V	V	V	V
2	Pelibatan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan	2.1 Membuat pemetaan fasilitas kesehatan	2.1.1 Pemetaan layanan dan unit/organisasi yang terlibat dalam penanggulangan TB	- Tersedianya data	Puskesmas						

No	Strategi	Sub-Strategi	Kegiatan	Keluaran	Pelaksana	Waktu							
						2	2	2	2	2	2	2	2
						0	0	0	0	0	0	0	0
						1	1	2	2	2	2	2	2
						8	9	0	1	2	3		
		yang memberikan layanan TB di masing-masing wilayah kabupaten/kota menggunakan <i>tools</i> pemetaan yang standar	2.1.1.1 Pertemuan koordinasi bersama dengan organisasi profesi/koalisi		Provinsi/KK	V	V	V					
			2.1.1.2 Pemetaan layanan dan organisasi yang terlibat TB di kabupaten/kota		Provinsi/KK								
		2.2 Memperkuat mutu dan jejaring layanan	2.2.1 Peningkatan mutu layanan TB termasuk sistem <i>reward/punishment</i>	- Adanya penilaian program TB dalam Standar Nasional Akreditasi (RS dan puskesmas)									
			2.2.1.1 Pertemuan koordinasi dengan Dit. Pelayanan Dasar dan Rujukan	- Adanya sistem <i>reward/punishment</i>	Pusat		V						
			2.2.1.2 Pertemuan koordinasi dengan Dit. Mutu dan Akreditasi		Pusat		V						

No	Strategi	Sub-Strategi	Kegiatan	Keluaran	Pelaksana	Waktu							
						2	2	2	2	2	2	2	2
			2.2.1.3 Pengkajian ulang dokumen akreditasi layanan TB RS dan puskesmas dengan pihak terkait		Pusat	0	0	0	0	0	0	0	0
			2.2.1.4 Evaluasi hasil akreditasi layanan TB di RS dan puskesmas		Pusat/Provisi	1	1	2	2	2	2	2	2
			2.2.2 Penguatan jejaring layanan di kabupaten/kota	- Adanya MoU antara Dinkes dan fasyankes		8	9	0	1	2	1	2	3
			2.2.2.1 Penyusunan dan pembentukan MoU dalam jejaring layanan TB berbasis kabupaten/kota	- Adanya SK Tim DOTS dan SOP layanan TB di fasyankes	KK		V						
			a Pertemuan persiapan	- Adanya alur kesepakatan antar FKTP dan FKRTL									
			b Pertemuan penandatanganan MoU antara Dinkes dan faskes di wilayah kerjanya	- Adanya kesepakatan/SK/SOP penguatan kolaborasi layanan TB di dalam fasyankes	KK		V	V					
			2.2.2.2 Penguatan										

No	Strategi	Sub-Strategi	Kegiatan	Keluaran	Pelaksana	Waktu					
						2	2	2	2	2	2
			kolaborasi layanan TB di dalam fasilitas layanan kesehatan dalam bentuk kesepakatan kerja (SK, SOP) dll			0	0	0	0	0	0
			a Sosialisasi DOTS di RS pemerintah dan swasta		KK	1	1	2	2	2	2
			b Pembentukan/revitalisasi tim DOTS dengan melibatkan dokter di unit terkait RS pemerintah dan swasta		Fasyankes	8	9	0	1	2	3
			c Pertemuan koordinasi antar unit layanan di RS pemerintah dan swasta		KK						
			d Penyusunan SK dan SOP kerja untuk layanan TB di fasyankes		Fasyankes						
			2.2.3 Membangun koordinasi	- Adanya							

No	Strategi	Sub-Strategi	Kegiatan	Keluaran	Pelaksana	Waktu						
						2	2	2	2	2	2	2
			dengan organisasi/perhimpunan pemberi layanan TB (PERSI, ARSADA, ARSSI, Asosiasi Apotik Indonesia, ILKI, ASKLIN, PKFI, dll)	kesepakatan antar organisasi/perhimpunan pemberi layanan TB		0	0	0	0	0	0	0
			2.2.3.1 Advokasi pengurus asosiasi fasilitas kesehatan		Pusat	V	V					
			2.2.3.2 Pertemuan koordinasi asosiasi fasilitas kesehatan		Pusat/Provinsi	V	V	V	V	V	V	V
			2.2.3.3 Pertemuan penyusunan kesepakatan dan jejaring layanan dengan Dinas Kesehatan		Provinsi/KK	V	V	V	V	V	V	V
			2.2.4 Koordinasi dan pembentukan jejaring antara pemberi layanan TB dengan layanan lainnya	- Adanya kesepakatan jejaring antara pemberi layanan TB dengan layanan HIV, DM, Gizi, dan								
			2.2.4.1 Koordinasi lintas		Pusat/Provinsi	V	V	V	V	V	V	V

No	Strategi	Sub-Strategi	Kegiatan	Keluaran	Pelaksana	Waktu						
						2	2	2	2	2	2	2
			program dan lintas sektor	KIA	nsi/KK	0	0	0	0	0	0	0
			2.2.4.2 Perencanaan bersama baik panduan maupun rencana kerja untuk integrasi layanan TB dengan layanan HIV, DM, Gizi, dan KIA	- Tersedianya data TB HIV, TB-DM, TB-Gizi, TB-KIA	Pusat/Provisi/PPK	1	1	2	2	2	2	2
			2.2.4.3 Koordinasi untuk kolaborasi layanan melalui pendekatan praktis kesehatan paru (PPKP) antara program TB, PTM dan ISPA	- Adanya kesepakatan kolaborasi layanan		8	9	0	1	2	3	3
			2.2.5 Sinkronisasi inovasi alat/sarana layanan TB dalam jejaring PPM	- Tersedianya data PPKP	Pusat/Provisi/PPK	V	V	V	V	V	V	V
			2.3.1 Pengembangan juknis penemuan kasus TB secara aktif dan investigasi kontak	- Jejaring pemanfaatan alat/sarana layanan TB	Pusat/Provisi/PPK	V	V	V	V	V	V	V
		2.3 Memperkuat peran lintas program, lintas sektor		- Adanya Petunjuk Teknis Akselerasi Penemuan Kasus TB	Pusat	V	V					

No	Strategi	Sub-Strategi	Kegiatan	Keluaran	Pelaksana	Waktu						
						2	2	2	2	2	2	2
		dan masyarakat	2.3.2 Penemuan aktif di wilayah risiko tinggi (<i>urban slum, high prevalence HIV dll</i>) dan dipopulasi risiko tinggi (pengungsi, warga binaan pemasyarakatan dll)	- Tersedianya data penemuan di wilayah risiko tinggi		0	0	0	0	0	0	0
			2.3.2.1 Penemuan kasus TB di lapas/rutan (skrining gejala pada WBP baru dan skrining massal)		KK	1	1	2	2	2	2	2
			2.3.2.2 Penemuan kasus di masyarakat pelabuhan		KK	8	9	0	1	1	2	3
			2.3.2.3 Penemuan kasus di tempat kerja		KK							
			2.3.2.4 Penemuan kasus di institusi pendidikan berasma		KK							
			2.3.2.5 Penemuan kasus di tempat lain yang teridentifikasi berisiko		KK							

No	Strategi	Sub-Strategi	Kegiatan	Keluaran	Pelaksana	Waktu						
						2	2	2	2	2	2	2
3	Penguatan sistem surveilans	3.1 Memperkuat sistem wajib lapor TB di fasilitas kesehatan	2.3.3 Peningkatan penemuan kasus TB berbasis masyarakat	- Tersedianya data		0	0	0	0	0	0	0
			2.3.3.1 Pemetaan orang terduga TB berdasarkan endemisitas wilayah		KK	1	1	2	2	2	2	2
			2.3.3.2 Penjarangan dan pelacakan orang terduga TB		KK	8	9	0	1	2	2	3
			2.3.3.3 Pelacakan kasus mangkir		KK							
			3.1.1 Pertemuan koordinasi dan monitoring terkait sistem wajib lapor TB	- Tersedianya data dari semua fasyankes	Pusat/Provisi/Provi/KK							
			3.1.2 Pertemuan integrasi sistem wajib lapor di FKTP (WIFI TB, SITT) – kegiatan dapat terintegrasi dengan kegiatan 2.2.2									
			3.1.3 Pertemuan integrasi sistem wajib lapor di FKRTL (SITT, SIMRS) – kegiatan dapat									

No	Strategi	Sub-Strategi	Kegiatan	Keluaran	Pelaksana	Waktu						
						2	2	2	2	2	2	2
			terintegrasi dengan kegiatan 2.2.2			0	0	0	0	0	0	0
		3.2 Memperkuat sistem pengumpulan data	3.2.1 Validasi data kasus TB – terintegrasi dengan kegiatan Tim Surveilans	- Tersedianya data	Provinsi/KK	1	1	2	2	2	2	2
						8	9	0	1	2	3	
4	Perencanaan pembiayaan untuk TB	4.1 Memperkuat kolaborasi program dengan asuransi kesehatan, baik BPJS maupun asuransi kesehatan lain, dalam rangka mencapai Cakupan Layanan Semesta (Universal health	4.1.1 Pertemuan koordinasi dengan P2JK dan BPJS terkait integrasi layanan TB dalam skema JKN	- Adanya kesepakatan pembiayaan layanan TB dalam skema JKN	Pusat	V	V	V	V	V	V	V

BAB V

MONITORING DAN EVALUASI RENCANA OPERASIONAL

Pelaksanaan Rencana Operasional DPPM TB 2018 sd 2023 harus dimonitor secara berkala dan dievaluasi secara sistematis. Monitoring dan evaluasi Rencana Operasional DPPM TB tidak terlepas dari monitoring dan evaluasi penanggulangan TB yang lain. Tingkat nasional, Subdit TB bersama dengan mitra dan *stakeholder* terkait akan melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan rencana operasional. Tingkat provinsi dan kabupaten/kota, monitoring akan dilaksanakan oleh tim DPPM TB setiap enam bulan dalam pertemuan rutin dan setiap tahun sebagai bagian dari pertemuan rutin monitoring evaluasi program TB nasional.

Tujuan untuk monitoring Rencana Operasional DPPM TB adalah untuk:

1. Memantau proses dan perkembangan implementasi Rencana Operasional DPPM TB dengan mengacu pada indikator dan target yang telah ditetapkan dalam dokumen Rencana Operasional DPPM TB;
2. Mengidentifikasi masalah dan kesenjangan pada waktu implementasi Rencana Operasional DPPM TB;
3. Mengatasi masalah yang teridentifikasi dan mengantisipasi dampak dari permasalahan.

Evaluasi Rencana Operasional DPPM TB yang akan dilaksanakan oleh tim DPPM TB bertujuan antara lain untuk menganalisis relevansi, efisiensi, efektivitas, dampak dan keberlanjutan Rencana Operasional DPPM TB untuk memberikan arah kebijakan DPPM TB jangka panjang. Selain melakukan kajian evaluasi secara khusus (data primer), tim DPPM TB akan memanfaatkan berbagai sumber data sekunder untuk kepentingan evaluasi Rencana Operasional DPPM TB. Data sekunder evaluasi dapat bersumber dari laporan monitoring Rencana Operasional DPPM TB, pelaporan rutin fasilitas pelayanan kesehatan yang terlibat dalam DPPM TB.

Untuk meningkatkan akuntabilitas publik dan transparansi, laporan temuan monitoring dan evaluasi Rencana Operasional DPPM TB akan disebarluaskan melalui pertemuan pertemuan nasional (misal Kongres Nasional) dan internasional (misal Kongres IUATLD), pencetakan laporan, bulletin dan *website*. Dengan demikian para pemangku kepentingan DPPM TB di tingkat lokal, nasional maupun internasional dapat mengakses hasil evaluasi tersebut untuk kepentingan pembelajaran dan terutama perbaikan yang berkelanjutan dalam upaya pengendalian TB.

BAB VI

PEMBIAYAAN DAN PENGANGGARAN

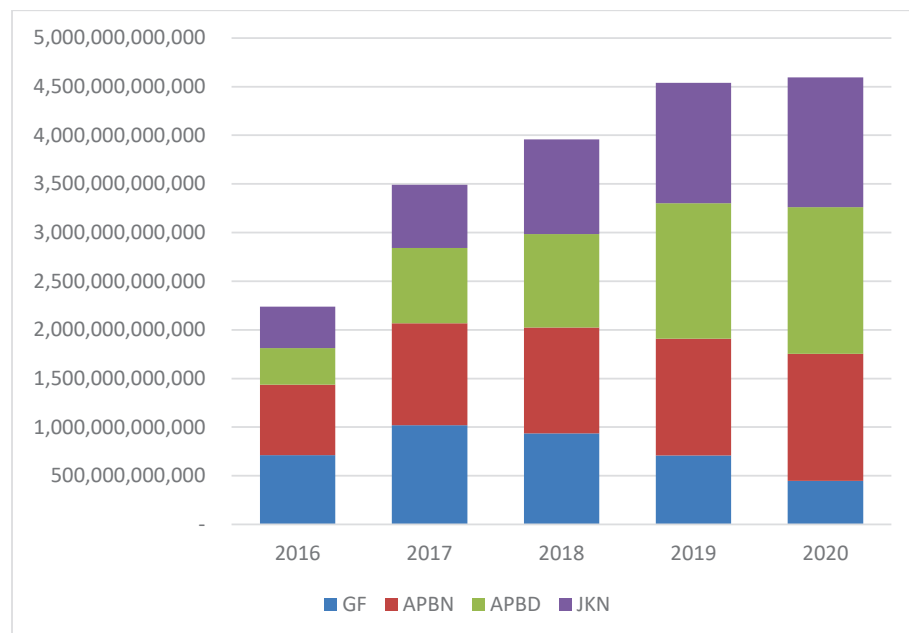
Penganggaran Program TB berorientasi pada kebutuhan program dimana seluruh pembiayaan memperhatikan antara pendanaan dan capaian/output yang dihasilkan. Alokasi dana dari pemerintah daerah diutamakan untuk kegiatan prioritas di daerah masing-masing.

Pembiayaan kegiatan program TB bersumber dari pembiayaan melalui anggaran pemerintah baik pusat maupun daerah dan dana hibah atau donor. Adanya dana dari pemerintah daerah dapat mengindikasikan komitmen dari pemerintah daerah, sehingga pembiayaan program TB akan terjaga kesinambungannya dalam mencapai target indikator program.

Hingga saat ini, sumber pembiayaan untuk sebagian besar kegiatan Program TB masih sangat tergantung pada donor, antara lain dari GF ATM komponen TB, Challenge TB dan pendanaan lainnya. Kebutuhan pendanaan Program TB berdasarkan sumber pendanaan tahun 2016-2020 adalah:

- Tahun 2016 sebesar Rp. 2.237.844.761.399
- Tahun 2017 sebesar Rp. 3.491.680.429.728
- Tahun 2018 sebesar Rp. 3.958.397.985.776
- Tahun 2019 sebesar Rp. 4.540.108.951.303
- Tahun 2020 sebesar Rp. 4.593.869.836.412

Gambaran pendanaan program TB berdasarkan sumber pendanaan dapat dilihat dibawah ini.



**Gambar 3. Kebutuhan Pendanaan Program TB (dalam rupiah)
Berdasarkan Pendanaan, 2016-2020**

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 pengendalian TB. Kontribusi sosial dari pihak swasta (misal Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) baik sektor kesehatan maupun ketenagakerjaan juga diharapkan meningkat sebagai hasil dari peningkatan advokasi.

Hingga saat ini sumber pembiayaan untuk kegiatan DPPM TB masih sangat bergantung pada donor, antara lain dari GFATM Komponen TB dan Challenge TB. Total anggaran yang diperlukan untuk kegiatan DPPM TB tahun 2018-2023 adalah sebesar Rp 1.218.577.515.417.

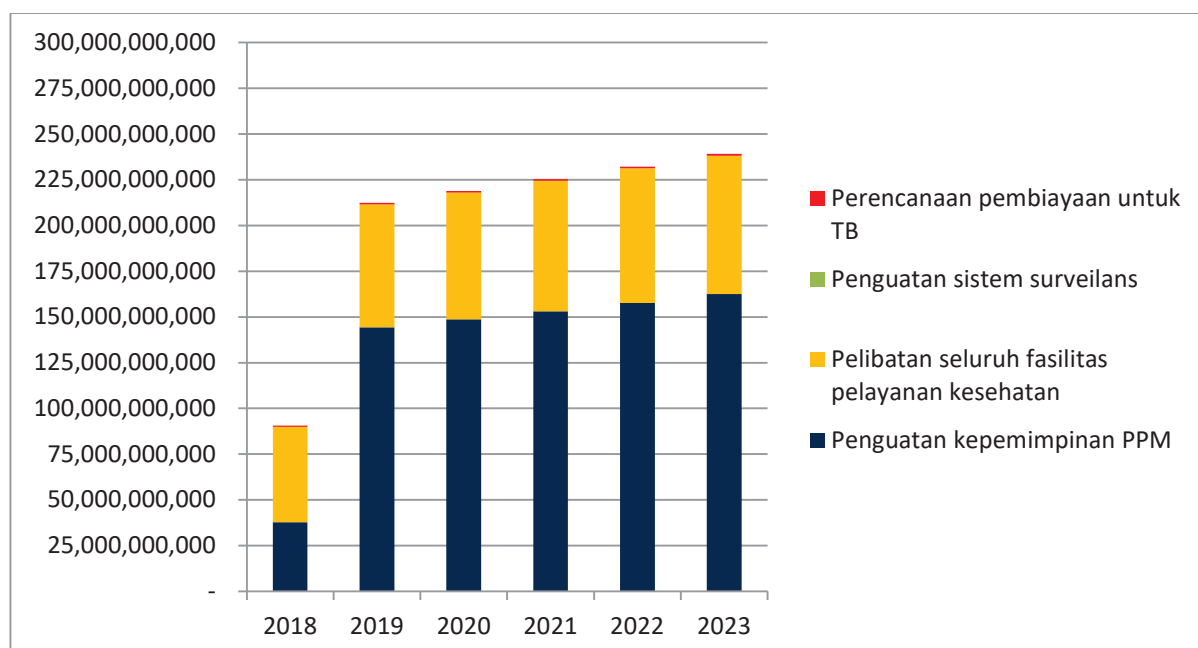
Total kebutuhan anggaran DPPM TB sesuai 4 Strategi untuk periode tahun 2018-2023 sebagai berikut:

Tabel 4. Total Kebutuhan Anggaran DPPM TB Sesuai 4 Strategi Tahun 2018-2023

Strategi	2018	2019	2020
Strategi 1. Penguatan kepemimpinan DPPM	37.840.918.333	144.336.811.546	148.666.915.893
Strategi 2. Pelibatan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan	52.037.937.547	67.259.272.999	69.277.051.189
Strategi 3. Penguatan sistem surveilans	-	-	-
Strategi 4. Perencanaan pembiayaan untuk TB	820.342.235	844.952.502	870.301.077
Total Kebutuhan Dana	90.699.198.116	212.441.037.047	218.814.268.159

Strategi	2021	2022	2023
Strategi 1. Penguatan kepemimpinan DPPM	153.126.923.370	157.720.731.071	162.452.353.003
Strategi 2. Pelibatan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan	71.355.362.724	73.496.023.606	75.700.904.314
Strategi 3. Penguatan sistem surveilans	-	-	-
Strategi 4. Perencanaan pembiayaan untuk TB	896.410.110	923.302.413	951.001.485
Total Kebutuhan Dana	225.378.696.203	232.140.057.090	239.104.258.802

Gambaran kebutuhan anggaran untuk 4 strategi dalam DPPM TB dapat dilihat sebagai berikut:



Gambar 4. Kebutuhan Pendanaan Program DPPM (dalam rupiah) berdasarkan 4 Strategi Periode 2018-2023

Sebagai gambaran, biaya yang tersedia untuk pembiayaan kegiatan DPPM selama periode 2018-2020 sebanyak Rp 81.486.640.082, sedangkan total kebutuhan selama periode 2018-2020 sebanyak Rp 521.954.503.322, sehingga masih terdapat kesenjangan antara total biaya yang diperlukan dengan anggaran yang tersedia sebesar Rp 440.467.863.240 atau 84,4% dari total biaya yang dibutuhkan.

Tabel 5. Total Ketersediaan Anggaran DPPM TB Tahun 2018-2020

	2018	2019	2020
Total Ketersediaan Dana	212.430.000	50.936.700.725	30.337.509.357

