

SALINAN



**WALI KOTA BATU
PROVINSI JAWA TIMUR
PERATURAN WALI KOTA BATU**

NOMOR 14 TAHUN 2026

TENTANG

**RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN TUBERKOLOSIS
TAHUN 2026-2030**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA BATU,

- Menimbang : a. bahwa negara menjamin hak setiap warga negara untuk mewujudkan kehidupan yang baik, sehat, serta sejahtera demi tercapainya tujuan nasional dalam melindungi segenap bangsa Indonesia untuk memajukan kesejahteraan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
- b. bahwa dalam rangka peningkatan kualitas hidup dan sumber daya manusia serta mengatasi dampak akibat tuberkulosis bagi masyarakat, diperlukan rencana aksi daerah sebagai pedoman dan acuan untuk melaksanakan penanggulangan tuberkulosis, yang dimuat dalam suatu dokumen kebijakan dan pengembangan program;
- c. bahwa untuk memberikan arah, landasan, dan kepastian hukum dalam penanggulangan tuberkulosis yang tepat, serta guna menciptakan sinergitas penanggulangan tuberkulosis secara terarah, terpadu, efektif, dan efisien maka perlu pengaturan tentang rencana aksi daerah penanggulangan tuberkulosis;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkolosis Tahun 2025-2030;

- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2001 tentang Pembentukan Kota Batu (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 91, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4118);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
5. Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkolosis (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 166);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : **PERATURAN WALI KOTA TENTANG RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN TUBERKOLOSIS TAHUN 2026-2030.**

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Batu.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota Batu.
3. Wali Kota adalah Wali Kota Batu.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Wali Kota dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Tuberkulosis yang selanjutnya disebut TBC adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang paru dan organ lainnya.

6. Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TBC yang selanjutnya disebut RAD Penanggulangan TBC adalah program aksi daerah berupa langkah konkrit dan terukur yang telah disepakati oleh para pemangku kepentingan.
7. Penanggulangan TBC adalah segala upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif untuk melindungi kesehatan masyarakat, menurunkan angka kesakitan, kecacatan atau kematian, memutuskan penularan, mencegah resistensi obat TBC, dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan akibat TBC.

Pasal 2

- (1) Maksud disusunnya RAD Penanggulangan TBC sebagai pedoman dan acuan Pemerintah Daerah dalam melaksanakan Penanggulangan TBC.
- (2) Tujuan RAD Penanggulangan TBC sebagaimana sebagai berikut:
 - a. memastikan upaya terfokus dan terukur untuk mencapai target eliminasi TBC di Daerah;
 - b. memberikan acuan bagi Pemerintah Daerah dan pihak terkait untuk memperkuat komitmen dan kepemimpinan dalam Penanggualangan TBC;
 - c. memberikan panduan dalam menyusun perencanaan dan penganggaran program Penanggulangan TBC; dan
 - d. memberikan pedoman untuk melaksanakan koordinasi perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi agar upaya bersama dalam mengatasi TBC dapat berjalan lebih selaras dan efektif; dan
 - e. memastikan pelayanan yang komprehensif melalui aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Pasal 3

- (1) RAD Penanggulangan TBC disusun dengan sistematika sebagai berikut:
 - a. bab I memuat tentang pendahuluan;

- b. bab II memuat tentang analisis situasi;
 - c. bab III memuat tentang indikator dan target kinerja;
 - d. bab IV memuat tentang isu strategis;
 - e. bab V memuat tentang strategi, kegiatan, dan keluaran; dan
 - f. bab VI memuat tentang pembiayaan.
- (2) RAD Penanggulangan TBC sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

Pasal 4

- (1) Wali Kota membentuk tim percepatan Penanggulangan TBC.
- (2) Tim percepatan Penanggulangan TBC sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki tugas mengoordinasikan, mensinergikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan percepatan eliminasi TBC secara efektif, menyeluruh, dan terintegrasi dengan melibatkan lintas sektor di Daerah
- (3) Tim Percepatan Penanggulangan TBC sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Wali Kota.

Pasal 5

- (1) Wali Kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap RAD Penanggulangan TBC.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintah daerah di bidang kesehatan.
- (3) Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan Pemerintah Daerah di bidang kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) melaporkan hasil pembinaan dan pengawasan kepada Wali Kota setiap 6 (enam) bulan atau sewaktu-waktu apabila diperlukan.

Pasal 6

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Batu
pada tanggal 3 Maret 2026

WALI KOTA BATU,

ttd

NUROCHMAN

Diundangkan di Batu
pada tanggal 3 Maret 2026

Pj. SEKRETARIS DAERAH KOTA BATU,

ttd

EKO SUHARTONO

BERITA DAERAH KOTA BATU TAHUN 2026 NOMOR 14/E

	Salinan sesuai dengan aslinya, Ditandatangani secara Elektronik oleh: KEPALA BAGIAN HUKUM Badrut Tamam Widarto, S.H., M.H. NIP. 19700117 200501 1 007
---	--

**RENCANA AKSI DAERAH PENANGGULANGAN TUBERKOLOSIS
TAHUN 2026-2030**

**BAB I
PENDAHULUAN**

1.1 Latar belakang

Tuberkulosis (TBC) merupakan masalah kesehatan yang signifikan dan masih menjadi tantangan di tingkat global. Indonesia termasuk dalam salah satu negara dengan beban TBC yang paling tinggi di antara lima negara yaitu India, China, Nigeria, dan Pakistan. Selain itu, terdapat tantangan yang perlu diperhatikan seperti meningkatnya kasus TBC-MDR, TBC-HIV, TBC pada penderita diabetes, serta TBC pada anak-anak dan masyarakat yang rentan.

Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Penularannya terjadi melalui udara ketika seseorang yang menderita TBC mengeluarkan kuman, misalnya saat batuk. Meski paling sering menyerang paru-paru, kuman TBC juga dapat menjangkiti organ lain di luar paru (TBC ekstra paru). Menurut WHO Global TB Report, diperkirakan hampir seperempat populasi dunia telah terinfeksi bakteri ini. Sekitar 89% kasus TBC terjadi pada orang dewasa, dengan proporsi 56,5% pada laki-laki dan 32,5% pada perempuan, sedangkan 11% kasus terjadi pada anak-anak. Hingga kini, TBC masih menjadi salah satu penyebab kematian terbesar di dunia setelah HIV/AIDS dan termasuk dalam 20 penyebab kematian utama secara global. Sebagian besar kematian akibat TBC berasal dari empat negara, yaitu India, Indonesia, Myanmar, dan Filipina. Pada tahun 2023, jumlah kematian akibat TBC pada pasien HIV negatif secara global diperkirakan mencapai 1,09 juta, sedikit menurun dibandingkan 1,1 juta pada tahun 2021 (WHO, 2024).

Indonesia sendiri menempati posisi kedua sebagai negara dengan jumlah penderita TBC tertinggi di dunia setelah India, dengan kontribusi sekitar 10% kasus baru TBC global. Secara keseluruhan, WHO memperkirakan terdapat 10,8 juta orang yang mengidap TBC pada tahun 2023. Sehingga diperkirakan estimasi insiden TBC Indonesia pada 2023 adalah 1,08 juta kasus (WHO, 2024). Dengan kata lain, pada tahun 2023 estimasi angka insiden TBC di Indonesia adalah sebesar 387 per 100.000 penduduk. Angka ini meningkat sedikit jika dibandingkan dengan angka insiden TBC tahun 2022 yaitu sebesar 386 per 100.000 penduduk. Sementara itu angka kematian TBC tahun 2023 sebesar 44 per 100.000 penduduk.

Namun, Profil Kesehatan Indonesia 2024 menyebutkan bahwa tahun 2024 jumlah semua kasus Tuberkulosis yang ditemukan sebanyak 856.420 kasus. Angka ini meningkat cukup tinggi bila dibandingkan semua kasus Tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2023 yaitu sebesar 821.200 kasus. Jumlah kasus tertinggi dilaporkan dari provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Data SITB Kota Batu menunjukkan bahwa hingga September 2025 terdapat kesenjangan penting dalam penanggulangan. Dari estimasi 814 kasus TBC, baru 345 kasus yang ditemukan (42.38%), termasuk tujuh kasus resistan obat, sehingga sekitar 469 kasus masih belum terdeteksi dan berpotensi menularkan. Cakupan Investigasi Kontak (IK) juga rendah, karena dari 273 pasien yang seharusnya di-IK, baru 67 yang ditindaklanjuti. Padahal, IK penting untuk menemukan kasus baru, terutama pada anak, serta memberikan Terapi Pencegahan TBC (TPT) kepada kontak serumah. Selain itu, masih terdapat 20 dari 345 pasien yang belum memulai pengobatan, terdiri dari 12 yang meninggal dan 8 orang *Lost To Follow Up* (LTFU). Tingkat putus berobat juga menjadi masalah yaitu 9.59% pada 2024 dan 11 kasus hingga September 2025. Situasi ini menunjukkan perlunya penguatan penemuan kasus, Investigasi Kontak, dan pendampingan pengobatan guna mencegah penularan serta resistensi obat (SITB, 2025).

Untuk mengatasi kesenjangan dan tantangan di atas, diperlukan sebuah landasan hukum dan panduan strategis yang kuat yaitu Peraturan Wali Kota Batu. Penyusunan peraturan tersebut memerlukan landasan yang kuat yaitu berupa Rencana Aksi Daerah (RAD) TBC. RAD TBC merupakan produk hukum yang akan digunakan sebagai dasar pelaksanaan upaya strategis. Penyusunan RAD TBC ini krusial untuk meningkatkan secara signifikan cakupan penemuan kasus TBC, memastikan inisiasi dan keberhasilan pengobatan pasien, meningkatkan pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT), dan menyelaraskan seluruh upaya yang melibatkan sektor kesehatan dan non-kesehatan di Kota Batu. Penyusunan RAD TBC ini merupakan langkah fundamental untuk mencapai target eliminasi TBC nasional pada tahun 2030, di mana Kota Batu telah menetapkan target cakupan penemuan kasus TBC sebesar 90% dan Angka Keberhasilan Pengobatan (TSR) sebesar 90% untuk tahun-tahun mendatang.

Setiap orang memiliki hak untuk mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya sebagaimana tertuang dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan pasal 4. Hak-hak tersebut mencakup kesehatan fisik, mental, dan sosial. Hak tersebut meliputi akses terhadap informasi dan edukasi kesehatan yang benar, layanan kesehatan yang aman, bermutu, terjangkau, serta perawatan sesuai standar. Setiap individu juga berhak mendapatkan akses terhadap sumber daya kesehatan, memilih

layanan kesehatan secara mandiri dan bertanggung jawab, serta menikmati lingkungan yang sehat. Selain itu, masyarakat berhak menerima atau menolak tindakan medis setelah memperoleh informasi lengkap, menjaga kerahasiaan data kesehatan pribadi, mengetahui informasi mengenai kondisi dan tindakan medis yang diterimanya, serta memperoleh perlindungan dari berbagai risiko kesehatan.

Namun setiap orang juga memiliki kewajiban menjaga kesehatan sebagaimana tertuang dalam Pasal 9 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023. Pasal tersebut menyatakan setiap orang berkewajiban menjaga, meningkatkan, dan mewujudkan derajat kesehatan masyarakat serta kesehatan individu yang menjadi tanggung jawabnya. Kewajiban tersebut mencakup menghormati hak orang lain untuk mendapatkan lingkungan yang sehat, menerapkan perilaku hidup sehat, serta mematuhi upaya penanggulangan KLB atau wabah. Selain itu, setiap orang wajib mengikuti program jaminan kesehatan sesuai ketentuan perundang-undangan. Pelaksanaan kewajiban untuk menjaga kesehatan mencakup upaya kesehatan perorangan, upaya kesehatan masyarakat, dan pembangunan yang berwawasan kesehatan.

Sementara itu dalam Pasal 6 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 disebutkan bahwa pemerintah pusat dan pemerintah daerah memiliki tanggung jawab yang besar dalam merencanakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, merata, dan terjangkau oleh masyarakat. Dalam Pasal 14 juga disebutkan bahwa pemerintah bertanggung jawab memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan.

Dampak sosial ekonomi dari TBC telah banyak dikaji. WHO telah menetapkan cara baku untuk melakukan survei nasional guna menghitung total biaya yang harus ditanggung pasien TBC dan keluarganya. Total biaya ini mencakup biaya medis langsung, biaya non medis seperti transportasi atau makanan, serta biaya tidak langsung seperti hilangnya pendapatan. Suatu biaya disebut “katastrofik” apabila jumlahnya melebihi 20% dari pendapatan atau pengeluaran rumah tangga dalam satu tahun. Biaya langsung non medis meliputi transportasi, makanan, akomodasi, suplemen nutrisi, dan pengeluaran non medis lainnya, sedangkan biaya tidak langsung meliputi hilangnya pendapatan, kehilangan pekerjaan, atau waktu yang terbuang selama mencari atau menjalani perawatan. TBC berkaitan erat dengan kemiskinan. Masyarakat yang hidup di lingkungan padat, berpenghasilan rendah, dengan sanitasi buruk dan nutrisi tidak memadai memiliki risiko lebih tinggi terkena TBC (WHO, 2024).

Perjalanan layanan TBC bersifat panjang, kompleks, dan rentan kehilangan pasien di setiap tahapnya. Karena itu untuk dapat memahami kesenjangan di tiap tahapan pengelolaan pasien

TBC maka diperlukan kerangka kerja *Cascade of care*. Kerangka kerja ini biasanya digunakan untuk mengidentifikasi dan mengukur kesenjangan dan penundaan dalam langkah-langkah berurutan dari perjalanan perawatan kesehatan pasien, mulai dari diagnosis hingga penyelesaian perawatan. Dalam konteks tuberkulosis resisten obat (MDR-TBC), *Cascade of care* membantu menentukan area dimana pasien hilang atau tertunda dalam proses, seperti diagnosis, inisiasi pengobatan, atau penyelesaian pengobatan. Dengan memahami kesenjangan ini, sistem perawatan kesehatan dapat mengalokasikan sumber daya dengan lebih baik untuk meningkatkan kelangsungan perawatan, mengoptimalkan manajemen klinis, meningkatkan hasil pengobatan, dan mengurangi penularan penyakit (Lestari et al, 2024).

Cascade of care memastikan bahwa seluruh proses penanganan TBC berjalan efektif, berkesinambungan, dan berfokus pada hasil akhir: pasien benar-benar sembuh dan transmisi penyakit dapat dihentikan. Di Indonesia, kerangka kerja ini telah diterapkan dalam Strategi Temukan Obati Sampai Sembuh (TOSS). TOSS merupakan upaya kunci untuk memutus rantai penularan dan menurunkan insiden TBC, sekaligus mencerminkan komitmen moral, etis, dan profesional dalam penanggulangannya.

Pelaksanaan strategi TOSS TBC memerlukan komitmen kuat pemerintah serta dukungan penuh sektor swasta dan berbagai pemangku kepentingan, kerana TBC merupakan persoalan bersama, bukan hanya urusan sektor kesehatan. Untuk mewujudkannya, perlu disusun Rencana Aksi Daerah (RAD) penanggulangan TBC di tingkat Kota Batu yang mengacu pada RPJMD Kota Batu 2025–2029, Renstra Dinas Kesehatan Kota Batu 2025–2029, serta Strategi Nasional Penanggulangan TBC 2020–2024, dimana pengendalian TBC menjadi bagian dari upaya pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan.

1.2 Maksud, Tujuan, Fungsi, dan Nilai Strategis Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TBC

RAD penanggulangan TBC adalah dokumen kebijakan daerah yang berisi komitmen untuk menjalankan berbagai tindakan dan langkah yang dirancang untuk mencapai eliminasi TBC. Dokumen ini disusun dengan mengacu pada kebijakan nasional, seperti RPJMN, Renstra Kemenkes, dan RAN TBC. RAD dibuat sebagai dasar dan panduan bagi pemerintah daerah serta masyarakat di Kota Batu Provinsi Jawa Timur dalam melaksanakan upaya penanggulangan TBC.

1.2.1 Tujuan

Penyusunan Rencana Aksi Daerah (RAD) Penanggulangan TBC bertujuan memberikan panduan yang jelas bagi semua pihak yang terlibat dalam upaya mengatasi TBC. Melalui RAD, diharapkan muncul komitmen yang lebih kuat, perencanaan yang lebih teratur, serta koordinasi yang

lebih baik antar instansi dan pihak terkait. Tujuan yang ingin dicapai dari RAD Penanggulangan TBC ini meliputi:

- a. memberikan acuan bagi pemerintah daerah dan pihak terkait untuk memperkuat komitmen dan kepemimpinan dalam penanggulangan TBC;
- b. memberikan panduan dalam menyusun perencanaan dan penganggaran program penanggulangan TBC;
- c. memberikan dasar dalam penyusunan regulasi terkait penanggulangan TBC; dan
- d. memberikan pedoman untuk koordinasi perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi agar upaya bersama dalam mengatasi TBC dapat berjalan lebih selaras dan efektif.

1.2.2 Fungsi

Penyusunan Rencana Aksi Daerah (RAD) Penanggulangan TBC di Kota Batu Jawa Timur juga bertujuan memberikan panduan penting bagi berbagai pihak agar dapat bekerja bersama mencapai target eliminasi TBC pada tahun 2030. RAD membantu memastikan koordinasi yang baik, integrasi berbagai program pelayanan publik, serta sinergi antara pemerintah daerah dan masyarakat dalam upaya penanggulangan TBC secara berkelanjutan. Fungsi RAD ini meliputi:

- a. menjadi pedoman bagi perangkat daerah dalam melaksanakan upaya menuju eliminasi TBC 2030;
- b. mendukung koordinasi dan integrasi program pelayanan publik yang berkaitan dengan eliminasi TBC;
- c. menyelaraskan berbagai upaya penanggulangan TBC antar instansi dan pihak terkait; dan
- d. menjadi rujukan bagi masyarakat dan pihak berkepentingan untuk memantau pelaksanaan program penanggulangan TBC di daerah.

1.2.3 Nilai Strategis

Penyusunan RAD Penanggulangan TBC Kota Batu Jawa Timur memiliki nilai penting dalam meningkatkan pelayanan kesehatan. Dokumen ini menunjukkan komitmen pemerintah daerah dalam menyediakan layanan kesehatan dasar, termasuk upaya penanggulangan TBC, serta memastikan strategi yang diterapkan dapat berjalan efektif dan berkualitas. Nilai strategis RAD meliputi:

- a. penanggulangan TBC merupakan bagian dari pelayanan kesehatan dasar yang wajib disediakan pemerintah daerah sebagai bagian dari pelayanan publik;
- b. strategi dalam RAD fokus pada promosi kesehatan, pencegahan, dan peningkatan mutu layanan;

- c. RAD yang disusun dengan baik dan didukung penganggaran sesuai aturan akan mendorong pemerintah daerah lebih aktif dalam upaya penanggulangan TBC; dan
- d. RAD menjadi bagian dari tugas dan fungsi perangkat daerah, termasuk bekerja sama dengan lembaga nonpemerintah yang dapat memberikan masukan untuk memperbaiki pelaksanaannya.

1.3 Landasan Hukum dan Kebijakan Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TBC

Pola penanggulangan dan pengendalian TBC dilandaskan pada peraturan dan undang-undang yang berlaku agar penyelenggaraan program dan kegiatannya sesuai aturan dan tidak melanggar norma serta hak asasi penderita, masyarakat, maupun petugas kesehatan.

1.3.1 Landasan Hukum dan Dasar Penyusunan RAD Penanggulangan TBC

Berdasarkan Pasal 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 dan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 50 Tahun 2022, pemerintah daerah berkewajiban menyediakan layanan kesehatan dasar termasuk penanggulangan TBC, sementara masyarakat juga turut bertanggung jawab dalam pelaksanaan upaya tersebut. Oleh karena itu, penyusunan Rencana Aksi Daerah (RAD) Penanggulangan TBC diperlukan sebagai dasar kebijakan dan pedoman bagi seluruh pemangku kepentingan dalam mempercepat eliminasi TBC. Dengan insiden TBC sebesar 250 per 100.000 penduduk (557 kasus) pada tahun 2024, dan perkiraan kasus sebesar 816 kasus; untuk mencapai target nasional 90% penemuan kasus, Kota Batu harus menemukan sekitar 734 kasus. Hal ini menjadi dasar penting bagi penyusunan RAD guna mendorong percepatan eliminasi TBC di Kota Batu.

Adapun landasan hukum lain yang turut menjadi landasan dalam penyusunan Rencana Aksi Daerah (RAD) Penanggulangan Tuberkulosis di Jawa Timur pada tahun 2024-2026, antara lain sebagai berikut:

- a. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
- b. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;

- c. Undang-Undang Nomor 59 Tahun 2024 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2025-2045;
- d. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
- e. Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis;
- f. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024;
- g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan;
- h. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 1 Tahun 2009 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Provinsi Jawa Timur Tahun 2005–2025;
- i. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 2 Tahun 2016 tentang Upaya Kesehatan (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Timur Tahun 2016 Nomor 2 Seri D, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 56);
- j. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 5 Tahun 2024 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Provinsi Jawa Timur Tahun 2025–2045;
- k. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 19 Tahun 2024 Tentang Rencana Kerja Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Timur Tahun 2025;
- l. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 20 Tahun 2024 Tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 41 Tahun 2023 Tentang Rencana Kerja Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Timur Tahun 2024;
- m. Peraturan Daerah Kota Batu Nomor 2 Tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kota Batu Tahun 2025-2029.

1.3.2 Kebijakan RAD Penanggulangan TBC

Kebijakan penanggulangan TBC di Kota Batu diarahkan pada penguatan pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier. Kolaborasi yang melibatkan semua komponen meliputi unsur pemerintah, dunia usaha, akademisi, organisasi non pemerintah, media massa, dan komunitas diperlukan untuk keberhasilannya.

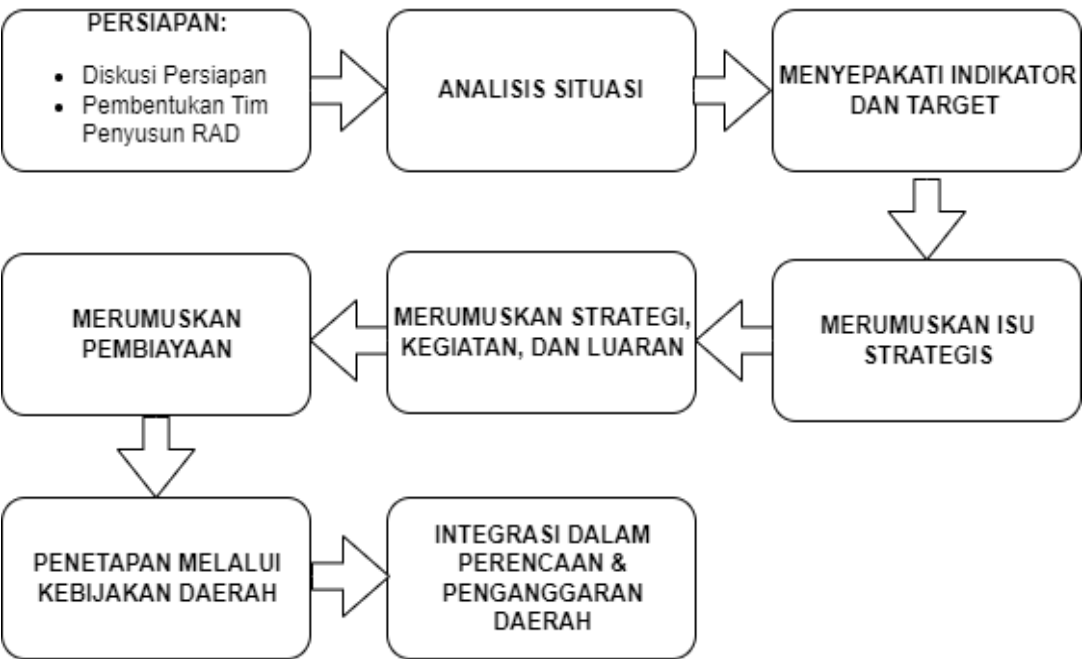
Secara umum kebijakan dalam RAD penanggulangan TBC di Kota Batu berfokus pada:

- a. penemuan semua penderita TBC seluruh kasus minimal 90%
- b. persentase keberhasilan pengobatan TBC minimal 90%

- c. persentase pemberian terapi pencegahan Tuberkulosis kontak serumah minimal 80%
- d. adanya komitmen pemerintah dan swasta tentang program TBC dengan DOTS
- e. meningkatkan kerjasama lintas program dan lintas sektor
- f. mempersiapkan tenaga yang terlatih di semua unit pelayanan kesehatan
- g. menyediakan kelengkapan sarana dan prasarana termasuk obat yang berkesinambungan
- h. meningkatkan dukungan serta peran serta aktif masyarakat dalam penemuan dan pengawasan minum obat pada penderita TBC
- i. menyediakan sarana dan prasarana untuk program TBC seperti sputum pot, obat, reagen, mantoux test, slide, dan lain-lain

1.4 Proses penyusunan Rencana Aksi Daerah Pengendalian TBC

Penyusunan RAD penanggulangan TBC di Kota Batu ini telah dilakukan mulai bulan Oktober 2025 setelah Dinas Kesehatan Kota Batu mengkaji Perpres 67 tahun 2021 tentang penanggulangan TBC dan tim percepatan dan penanggulangan TBC Kota Batu yang sudah terbentuk, namun belum ada aksi yang nyata dalam penanggulangan TBC di Kota Batu. Tahapan-tahapan penyusunan RAD penanggulangan TBC mengacu pada Petunjuk Teknis Penyusunan RAD. Rangkaian proses penyusunan RAD penanggulangan TBC Kota Batu dilaksanakan sesuai Petunjuk Penyusunan RAD Penanggulangan TBC (Kementerian Kesehatan Tahun 2017) dapat digambarkan seperti pada gambar di bawah ini.



Gambar 1.4. Langkah-langkah dan Proses Penyusunan RAD TBC

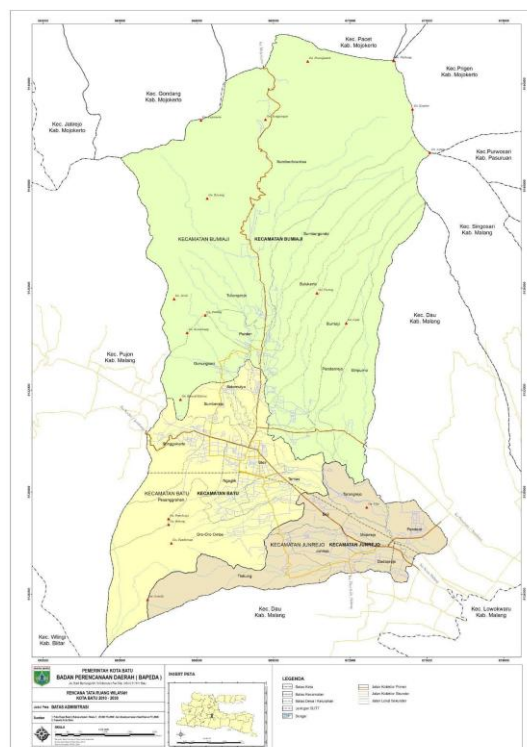
BAB II
ANALISIS SITUASI

2.1 Situasi Umum Daerah

2.1.1 Geografi dan Demografi

Kota Batu merupakan salah satu kota di Provinsi Jawa Timur yang terletak di wilayah dataran tinggi. Secara geografis, Kota Batu berada pada kisaran $122^{\circ}17'$ sampai dengan $122^{\circ}57'$ Bujur Timur dan $7^{\circ}44'$ sampai dengan $8^{\circ}26'$ Lintang Selatan. Kota ini memiliki luas wilayah sekitar $194,17 \text{ km}^2$ dan terdiri atas tiga kecamatan, yaitu Kecamatan Batu, Junrejo, dan Bumiaji. Ketiga kecamatan tersebut terbagi menjadi 19 desa dan 5 kelurahan. Kota Batu memiliki batas wilayah sebagai berikut (BPS Kota Batu, 2025).

- sebelah utara: Kabupaten Mojokerto dan Kabupaten Pasuruan
- sebelah selatan: Kecamatan Dau, Kabupaten Malang
- sebelah barat: Kecamatan Pujon, Kabupaten Malang
- sebelah timur: Kecamatan Karangploso, Kabupaten Malang



Gambar 2.1.1. Peta Administrasi Kota Batu
Sumber: PPID Kota Batu

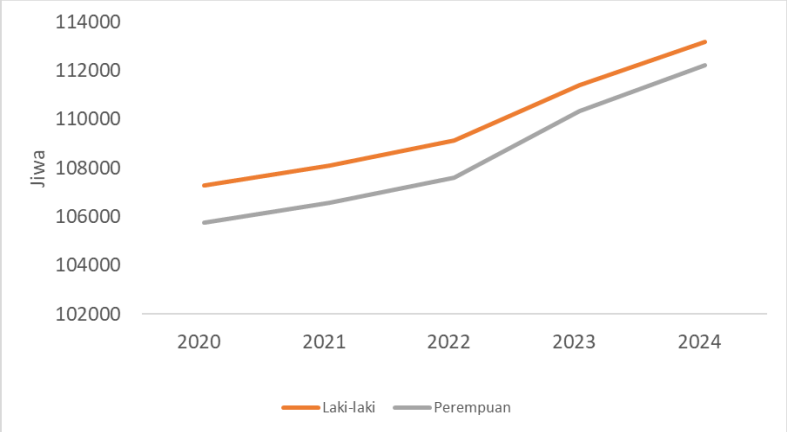
Secara geografis, Kota Batu berada pada elevasi sekitar 921 meter di atas permukaan laut dan dikelilingi oleh sejumlah gunung, termasuk Gunung Panderman, Gunung Arjuno, serta Gunung Wukir (BPS Kota Batu, 2025).

Luas kawasan Kota Batu secara keseluruhan adalah sekitar 199,20 km² terbagi ke dalam 3 kecamatan dan Kecamatan Bumiaji merupakan kecamatan yang wilayahnya paling luas dibandingkan dua kecamatan lainnya. Kota Batu terletak pada ketinggian rata-rata 862 meter di atas permukaan laut. Dilihat dari ketinggian wilayahnya, sebagian besar daerah di

Kota Batu terletak di daerah perbukitan/lereng. Kota Batu terbagi menjadi 3 kecamatan, 19 desa, 5 kelurahan, 243 RW dan 1.155 RT. Dilihat komposisi jumlah Desa/kelurahan, Kecamatan Bumiaji memiliki jumlah desa terbanyak yaitu 9 desa.

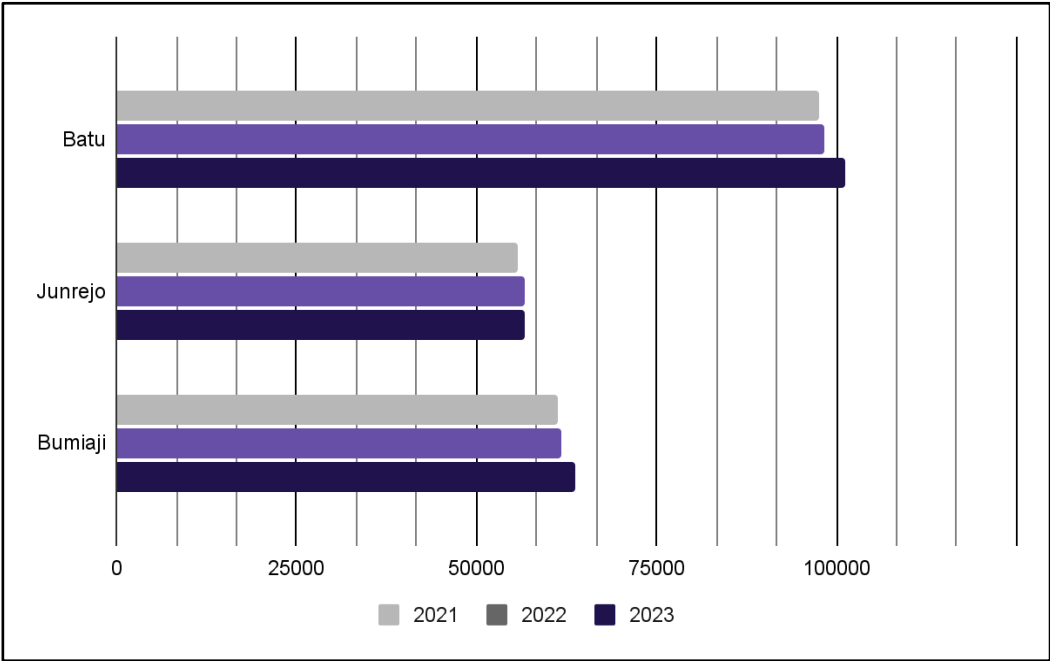
2.1.2 Penduduk dan Ketenagakerjaan

Grafik 2.1.2 menunjukkan adanya peningkatan jumlah penduduk baik laki-laki maupun perempuan di Kota Batu sepanjang tahun 2021 hingga 2023. Pada tahun 2021, jumlah penduduk laki-laki tercatat sebesar 108.091 jiwa, sedangkan perempuan 106.562 jiwa. Pada tahun berikutnya (2022), kedua kelompok mengalami kenaikan, di mana laki-laki meningkat menjadi 109.119 jiwa dan perempuan menjadi 107.616 jiwa. Peningkatan yang lebih tajam terlihat pada tahun 2023. Jumlah penduduk laki-laki naik signifikan mencapai 111.390 jiwa, sementara jumlah perempuan juga meningkat cukup besar menjadi sekitar 110.324 jiwa. Secara keseluruhan, tren ini menggambarkan pertumbuhan penduduk yang konsisten selama tiga tahun terakhir, dengan peningkatan relatif sejalan antara laki-laki dan perempuan.



Gambar 2.1.2.1. Tren Jumlah Penduduk Kota Batu menurut Jenis Kelamin tahun 2020-2024 Sumber: BPS Kota Batu

Pada tahun 2024, jumlah penduduk Kota Batu mencapai 225.408 jiwa, dengan populasi laki-laki lebih besar dibandingkan perempuan. Tingkat kepadatan penduduk Kota Batu pada tahun 2024 tercatat sebesar 1.161 jiwa per kilometer persegi. Variasi kepadatan terlihat di tiga kecamatan, dengan Kecamatan Batu sebagai wilayah terpadat, sedangkan Kecamatan Bumiaji memiliki kepadatan penduduk paling rendah.



Grafik 2.1.2.2. Jumlah Penduduk Menurut Kecamatan Kota Batu 2021-2023 Sumber : BPS Kota Batu

Grafik 2.1.2.2 menunjukkan perkembangan jumlah penduduk di tiga kecamatan di Kota Batu yaitu Batu, Junrejo, dan Bumiaji, selama periode 2021 hingga 2023. Secara umum, seluruh kecamatan mengalami peningkatan jumlah penduduk dari tahun ke tahun. Kecamatan Batu memiliki jumlah penduduk tertinggi dibanding dua kecamatan lainnya. Pada 2021, jumlah penduduknya berada mendekati angka 100.000 jiwa, kemudian meningkat pada 2022, dan kembali mengalami kenaikan signifikan pada 2023 yang mencapai lebih dari 105.000 jiwa.

Pada Kecamatan Junrejo, jumlah penduduk berada pada kisaran sekitar 50.000–60.000 jiwa. Terlihat adanya kenaikan secara konsisten dari tahun 2021 ke 2023, meskipun peningkatannya tidak sebesar Kecamatan Batu. Kecamatan Bumiaji juga menunjukkan tren peningkatan yang stabil. Jumlah penduduknya meningkat dari sekitar 60.000 jiwa pada 2021 menjadi lebih tinggi pada 2022, dan kembali naik pada tahun 2023 dengan nilai mendekati 70.000 jiwa. Secara keseluruhan, grafik ini menggambarkan bahwa ketiga kecamatan di Kota Batu mengalami pertumbuhan penduduk yang positif selama tiga tahun terakhir, dengan Kecamatan Batu tetap menjadi wilayah dengan populasi terbesar.

Pada tahun 2024, kondisi ketenagakerjaan di Kota Batu menunjukkan partisipasi angkatan kerja yang cukup tinggi, yaitu mencapai 73,53 persen. Angka ini menggambarkan proporsi penduduk usia kerja yang aktif bekerja atau sedang mencari pekerjaan. Tingkat pengangguran terbuka pada tahun yang sama tercatat sebesar 3,63 persen, menunjukkan bahwa sebagian kecil angkatan kerja masih belum

memperoleh pekerjaan. Dari sisi sektor pekerjaan, terdapat 22.884 penduduk yang bekerja di bidang pertanian, menunjukkan bahwa sektor ini masih menjadi salah satu pilar penting perekonomian Kota Batu. Sementara itu, jumlah penduduk yang bekerja sebagai buruh atau karyawan mencapai 51.222 orang, menandakan dominasi sektor formal dan jasa dalam struktur ketenagakerjaan kota ini.

Secara keseluruhan, data ini memberikan gambaran bahwa perekonomian Kota Batu ditopang oleh kombinasi sektor pertanian dan sektor berbasis tenaga kerja formal, dengan tingkat partisipasi kerja yang tinggi dan tingkat pengangguran yang relatif rendah (BPS Kota Batu, 2025).

2.1.3 Pendidikan

Data sosial dan kesejahteraan masyarakat Kota Batu tahun 2024 menunjukkan gambaran tingkat pendidikan penduduk usia 15 tahun ke atas. Secara keseluruhan, sebagian besar penduduk telah menamatkan pendidikan menengah atas (SMA/SMK/MA), dengan proporsi sebesar 33,59%. Kelompok terbesar berikutnya adalah mereka yang berpendidikan SD/MI ke bawah, yaitu 23,98%, disusul oleh lulusan SMP/MTS sebesar 22,70%. Sementara itu, penduduk yang telah menyelesaikan pendidikan tinggi (Diploma atau Sarjana) mencapai 12,78% (BPS Kota Batu, 2024).

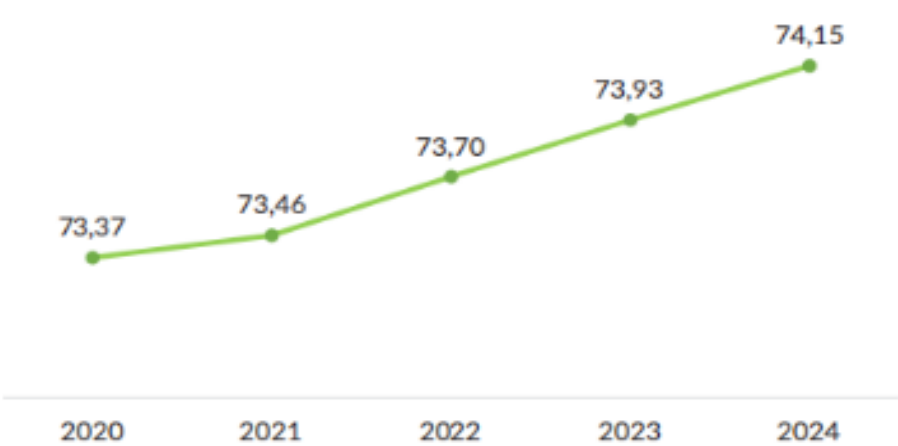
Jika dilihat dari capaian pendidikan formal, ketuntasan pendidikan dasar (SD/MI) telah mencapai 100%, menunjukkan bahwa seluruh penduduk telah menyelesaikan pendidikan dasar. Pada tingkat pendidikan menengah pertama (SMP/MTS), angka ketuntasannya mencapai 87,86%, sedangkan pada pendidikan menengah atas (SMA/SMK/MA) ketuntasan berada pada angka 72,37% (BPS Kota Batu, 2025).

Data ini mengindikasikan bahwa sebagian besar penduduk Kota Batu telah memperoleh akses pendidikan yang baik, terutama pada tingkat dasar dan menengah pertama. Namun, masih terdapat ruang peningkatan untuk mendorong lebih banyak penduduk melanjutkan pendidikan hingga jenjang menengah atas dan pendidikan tinggi (BPS Kota Batu, 2025).

2.1.4 Angka Harapan Hidup

Angka (Usia) Harapan Hidup adalah rata-rata tahun hidup yang masih akan dijalani oleh seseorang yang telah berhasil mencapai umur x, pada suatu tahun tertentu, dalam situasi mortalitas yang berlaku di lingkungan masyarakatnya pada suatu waktu tertentu. Indikator usia harapan hidup merupakan alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk pada umumnya, dan meningkatkan derajat kesehatan pada khususnya. Namun demikian, indikator usia harapan hidup ini tidak dapat sepenuhnya tergantung dari kinerja sektor

kesehatan dan sektor kesehatan sendiri hingga saat ini belum memiliki intervensi khusus untuk meningkatkan usia harapan hidup. Data usia harapan hidup di Kota Batu yang diperoleh dari Badan Pusat Statistik (BPS) Kota Batu adalah sebagai berikut:



Gambar 2.1.4. AHH Kota Batu Tahun 2020-2024

Dari data pada gambar 5 didapatkan bahwa pada tahun 2024 Usia Harapan Hidup di Kota Batu mencapai 74,15. Pada gambar tersebut juga dapat diamati bahwa usia harapan hidup mengalami peningkatan sejak tahun 2020 hingga 2024.

2.1.5 Strategi Pembangunan Kesehatan

Dinas Kesehatan menyelaraskan seluruh strategi pembangunan kesehatan dengan arah RPJMD yaitu “pemerataan pelayanan dan sarana prasarana kesehatan sesuai kondisi wilayah, peningkatan kualitas, produktivitas, daya saing, serta pemenuhan sistem perlindungan sosial yang terintegrasi berbasis satu data”. Keselarasan ini diwujudkan melalui tujuh strategi utama yang saling terkait dan mendukung untuk mencapai pelayanan kesehatan yang berkualitas dan merata.

Tujuh Strategi Utama Dinas Kesehatan

Pertama, menjamin ketersediaan Unit Pelayanan Kesehatan sampai di tingkat Desa dan Kelurahan. Dinas Kesehatan berkomitmen memenuhi kebutuhan sarana dan prasarana kesehatan, alat kesehatan, obat dan BMHP (Bahan Medis Habis Pakai), serta menyediakan SDM (Sumber Daya Manusia Kesehatan) terlatih dengan kompetensi sesuai peraturan yang berlaku. Strategi ini memastikan setiap desa dan kelurahan memiliki akses pelayanan kesehatan dasar yang memadai, mengurangi kesenjangan geografis dalam pelayanan kesehatan, dan menjamin standar kualitas yang homogen di seluruh wilayah.

Kedua, menyelenggarakan Cek Kesehatan Gratis sebagai amanat Asta Cita. Program ini diimplementasikan di Puskesmas dan jaringannya untuk memberikan akses pemeriksaan kesehatan tanpa biaya bagi seluruh masyarakat. Cek kesehatan gratis menjadi instrumen penting dalam deteksi dini penyakit, pencegahan komplikasi, dan promosi kesehatan masyarakat. Program ini akan diintegrasikan dengan sistem informasi kesehatan untuk membangun database kesehatan masyarakat yang komprehensif dan mendukung perencanaan program kesehatan berbasis bukti.

Ketiga, meningkatkan Layanan Kesehatan Sesuai Siklus Hidup. Pendekatan komprehensif diterapkan untuk memberikan layanan kesehatan yang spesifik sesuai tahapan kehidupan meliputi ibu, bayi, balita, anak pra sekolah (apras), anak usia pendidikan dasar, usia produktif, pra lansia, lansia, dan kelompok usia 70 tahun ke atas. Setiap kelompok usia mendapat paket layanan yang disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan spesifik, risiko penyakit, dan tantangan kesehatan yang dihadapi pada tahap kehidupan tersebut.

Keempat, meningkatkan Kampanye Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS). Strategi ini memperkuat upaya promotif dan preventif melalui mobilisasi masyarakat untuk mengadopsi perilaku hidup bersih dan sehat. GERMAS menjadi platform utama dalam mengubah pola pikir dan perilaku masyarakat dari paradigma kuratif menuju preventif, melibatkan seluruh komponen masyarakat dalam menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan, dan membangun budaya sadar kesehatan yang berkelanjutan.

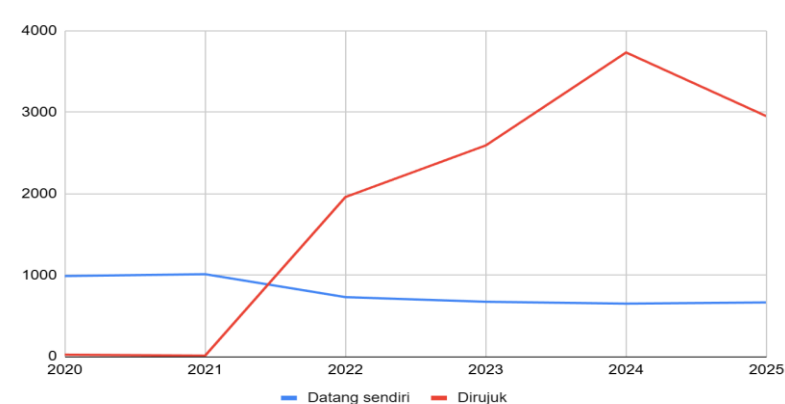
Kelima, percepatan penurunan Stunting. Program ini dilaksanakan melalui pendekatan konvergensi yang melibatkan berbagai sektor terkait, penguatan sistem surveilans gizi, intervensi gizi spesifik dan sensitif yang tepat sasaran, serta pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan stunting. Target penurunan stunting hingga di bawah 10% menjadi fokus utama dengan strategi yang komprehensif mulai dari masa prakonsepsi hingga 1000 hari pertama kehidupan.

Keenam, optimalisasi Jaminan Kesehatan. Strategi ini diarahkan untuk mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) melalui perluasan kepesertaan jaminan kesehatan, peningkatan kualitas layanan, dan penyediaan subsidi bagi masyarakat kurang mampu. Optimalisasi dilakukan dengan memanfaatkan data terintegrasi untuk identifikasi sasaran yang tepat, koordinasi dengan BPJS Kesehatan, dan penguatan sistem rujukan untuk memastikan kontinuitas pelayanan.

Ketujuh, mengembangkan kawasan pengelolaan sampah terpadu berbasis komunitas. Strategi inovatif ini didukung infrastruktur berkelanjutan, sistem monitoring digital, pemberdayaan kelembagaan lokal, serta perluasan praktik ekonomi sirkular. Tujuannya adalah meningkatkan mutu lingkungan dan ketahanan wilayah terhadap dampak sampah, yang secara langsung berkontribusi pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui perbaikan kualitas lingkungan hidup.

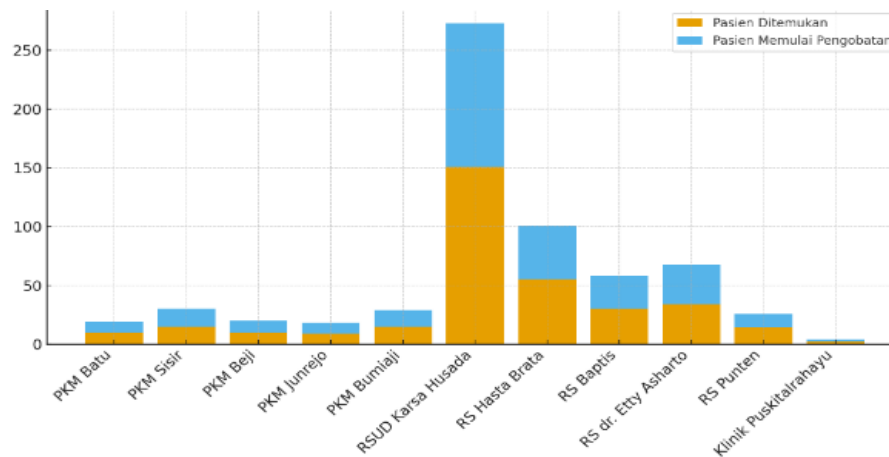
2.1.6 Sarana Kesehatan

Fasilitas kesehatan baik Puskesmas/Puskesmas Pembantu/ Klinik maupun Rumah Sakit termasuk sarana penunjang seperti apotek juga sudah tersebar secara merata di wilayah kota Batu. Sarana kesehatan lain seperti apotek juga sudah tersedia di seluruh Kecamatan Kota Batu yaitu total 44 apotek yang terdaftar di Satu Sehat.



Gambar 2.1.6.1. Perbandingan Rujukan dan Kemandirian Pasien 2020–2025

Grafik 2.1.6.1 menunjukkan adanya perubahan pola akses layanan kesehatan yang cukup mencolok. Jumlah pasien yang datang sendiri sempat meningkat dari 989 orang pada tahun 2020 menjadi 1.012 orang pada tahun 2021, namun kemudian terus mengalami penurunan hingga mencapai titik terendah pada tahun 2024, yaitu 650 orang, dan hanya meningkat sedikit menjadi 665 orang pada tahun 2025. Sebaliknya, jumlah pasien yang dirujuk justru mengalami lonjakan sangat tajam mulai tahun 2022, dari hanya 11 kasus pada tahun 2021 menjadi 1.960 kasus pada tahun 2022, lalu meningkat kembali pada tahun 2023 dan mencapai puncaknya pada tahun 2024 sebesar 3.736 kasus, sebelum menurun sedikit pada tahun 2025 menjadi 2.953 kasus. Tren ini menunjukkan bahwa mekanisme rujukan dari fasilitas kesehatan primer ke layanan yang lebih lanjut semakin aktif dan efektif, yang sekaligus mencerminkan adanya penguatan sistem surveilans dan kolaborasi antar fasilitas kesehatan dalam mendeteksi serta menangani suspek TBC secara lebih sistematis dibandingkan mengandalkan inisiatif masyarakat untuk datang sendiri.



Gambar 2.1.6.2. Jumlah Pasien ditemukan dan Pasien Memulai Pengobatan Tahun 2020–2025

Penemuan kasus TBC di Kota Batu dilaksanakan melalui jejaring layanan TBC yang terdiri dari 5 Puskesmas, 5 Rumah Sakit, dan 1 Klinik layanan TBC. Fasilitas-fasilitas tersebut menjadi ujung tombak dalam kegiatan skrining, penegakan diagnosis, rujukan, dan pengobatan pasien TBC, baik yang berasal dari wilayah Kota Batu maupun dari luar wilayah administratifnya.

Berdasarkan hasil penemuan kasus yang tercatat per 3 September 2025, jumlah pasien yang terdeteksi sebanyak 345 orang. Dari total tersebut, sebanyak 216 orang (63%) merupakan penduduk Kota Batu, sedangkan sisanya sebanyak 129 orang (37%) berasal dari kabupaten/kota lain. Kondisi ini menunjukkan bahwa layanan TBC di Kota Batu tidak hanya berperan dalam menangani kasus lokal, tetapi juga menjadi rujukan dan tempat pelayanan bagi masyarakat dari wilayah sekitar. Hal ini mengindikasikan adanya kepercayaan masyarakat terhadap kualitas layanan TBC di Kota Batu, khususnya pada fasilitas yang telah memiliki kapasitas dalam diagnosis dan tata laksana TBC.

Selanjutnya, pasien yang telah ditemukan tersebut diarahkan untuk segera memulai pengobatan TBC. Proses pengobatan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) awal tempat pasien ditemukan, atau melalui mekanisme rujukan ke fasyankes yang lebih dekat dengan domisili pasien, terutama bagi pasien yang berasal dari luar Kota Batu. Dari total 345 pasien yang ditemukan, sebanyak 323 orang (94%) tercatat telah memulai pengobatan, sementara sisanya masih dalam proses tindak lanjut atau penelusuran lebih lanjut.

Angka 94% pasien yang memulai pengobatan menunjukkan capaian yang sangat baik dalam hal keterjangkauan layanan dan keberhasilan tindak lanjut kasus. Hal ini mencerminkan efektivitas koordinasi antara petugas program TBC, fasilitas pelayanan kesehatan, dan sistem rujukan yang berjalan dengan relatif optimal. Namun demikian, masih terdapat

sekitar 6% pasien yang belum memulai pengobatan, yang perlu menjadi perhatian khusus agar tidak terjadi keterlambatan pengobatan, putus berobat, maupun potensi penularan di masyarakat.

Secara keseluruhan, data ini menggambarkan bahwa program penemuan dan tindak lanjut kasus TBC di Kota Batu telah berjalan dengan baik, ditunjukkan oleh tingginya jumlah kasus yang berhasil diidentifikasi serta tingginya persentase pasien yang langsung memulai pengobatan. Meskipun demikian, upaya peningkatan penjangkauan, edukasi, dan pelacakan pasien (follow-up) tetap perlu diperkuat agar seluruh kasus yang ditemukan dapat tertangani secara optimal dan berkontribusi pada penurunan angka penularan TBC di Kota Batu dan wilayah sekitarnya

2.1.6.1 Pusat Kesehatan Masyarakat

2.1.6.2 Jaringan Puskesmas

Total sarana Puskesmas yang dimiliki Kota Batu ada 5 yaitu Puskesmas Batu, Puskesmas Sisir, Puskesmas Junrejo, Puskesmas Beji, dan Puskesmas Bumiaji. Selain itu terdapat 6 Puskesmas Pembantu yang tersebar di Kecamatan Batu sebanyak 1 puskesmas pembantu, di Kecamatan Junrejo sebanyak 1 puskesmas pembantu, dan di Kecamatan Bumiaji sebanyak 4 Puskesmas Pembantu.

2.1.6.3 Jejaring Puskesmas

a. Klinik

Terdapat total 16 klinik pratama, dua diantaranya adalah klinik utama.

b. Praktek Mandiri Tenaga Kesehatan

Terdapat 103 praktek yang terdaftar dalam Satu Sehat meliputi TPMD, TPMDG, dan praktek bidan mandiri.

c. Rumah Sakit

Pada tahun 2024 terdapat total 6 Rumah Sakit yang terdiri dari rumah sakit umum dan rumah sakit swasta. sementara itu, terdapat 1 rumah sakit khusus di Kecamatan Batu. Keenam rumah sakit tersebut adalah RS Bhayangkara Hasta Brata, RS Dr. Etty Asharto, RSIA Haji, RS Puntan, RS Karsa Husada, dan RS Baptis.

d. Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM)

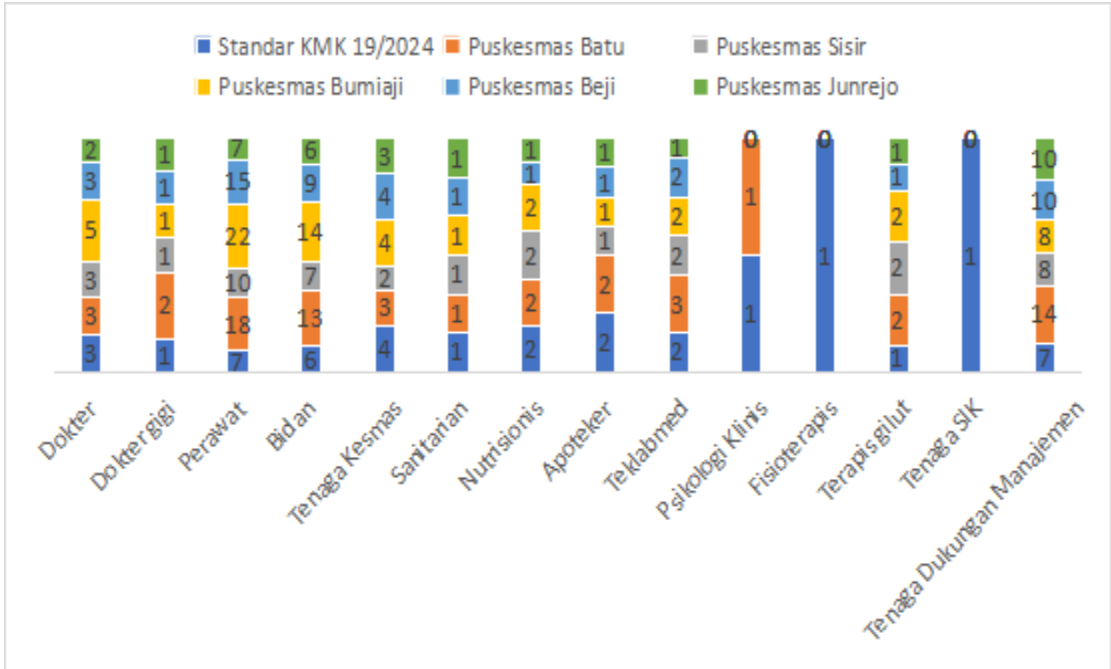
Kota Batu memiliki beberapa UKBM yang merupakan bagian dari pembangunan kesehatan yang terdiri dari 193 Posyandu aktif, 24 Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), 193 Posyandu Penyakit Tidak Menular (PTM), dan 11 Pondok Bersalin Desa (Polindes).

2.1.7 Sumber Daya Manusia Kesehatan

2.1.7.1 Data Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis Berdasarkan Wilayah

Tenaga medis berdasarkan fungsi yaitu tenaga medis yang memberikan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai fungsinya. Tenaga medis di Puskesmas meliputi dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan Masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, ahli gizi, tenaga kefarmasian, dan ahli teknologi laboratorium. Kota Batu memiliki 5 Puskesmas yang semuanya memberikan pelayanan rawat jalan.

Gambar 2.1.7.1. Jumlah Pasien ditemukan dan Pasien memulai



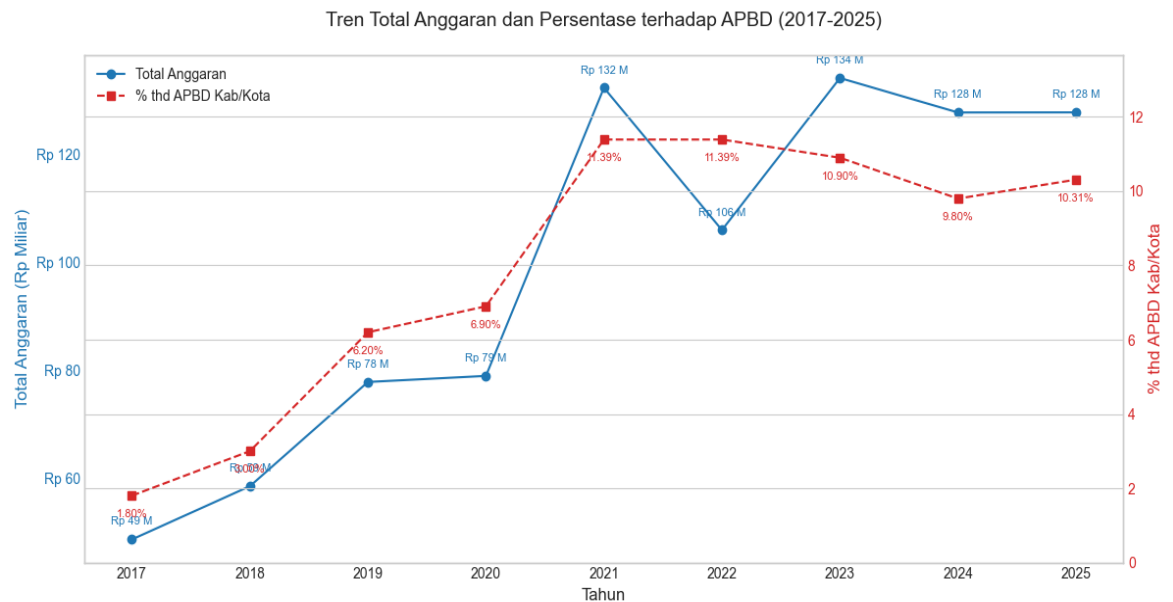
Pengobatan Tahun 2020–2025

Tenaga kesehatan terlatih penanganan TB antara lain 1 orang dokter umum di masing-masing Puskesmas dan dokter spesialis paru di 6 RS. Tenaga kesehatan lainnya meliputi perawat, ATLM, tenaga farmasi dan promkes di masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit).

2.1.8 Pembiayaan Kesehatan

Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 menegaskan bahwa pembiayaan kesehatan berfungsi memastikan tersedianya dana kesehatan yang berkelanjutan, memadai, dialokasikan secara adil, serta dimanfaatkan secara optimal. Secara garis besar, sumber pembiayaan kesehatan terbagi menjadi dua, yaitu dana yang berasal dari anggaran Pemerintah Daerah dan dana yang berasal dari Pemerintah Pusat. Alokasi anggaran kesehatan pada tahun 2025 adalah sebesar Rp127.819.887.333,00 dengan realisasi sebesar 88,04%. Dana dukungan terbesar untuk pembiayaan kesehatan adalah bersumber di luar APBD II, yaitu APBD I, DAK, DBHCHT. Untuk spesifik TB mendapatkan pagu

sebesar Rp126.962.000,00 dan terealisasi Rp116.232.500,00 atau sebesar 91,55%. Dukungan alokasi anggaran APBD terhadap kesehatan dalam lima tahun terakhir adalah sebagai berikut.



Gambar 2.1.8.2. Tren Total Anggaran dan Persentase Terhadap APBD Tahun 2017-2025

2.1.9 Tata pemerintahan

Wilayah administrasi Kota Batu terdiri atas 3 kecamatan, 19 desa, dan 5 kelurahan. Berdasarkan jumlah desa dan kelurahan, Kecamatan Bumiaji merupakan wilayah dengan desa terbanyak, yaitu mencapai 9 desa. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD). Jumlah anggota DPRD Kota Batu adalah 30 orang, yang terdiri dari 23 laki-laki dan 7 perempuan. Sepanjang tahun 2024, para anggota legislatif tersebut menghasilkan 220 keputusan.

2.1.10 Epidemiologi TBC

Gambaran mengenai distribusi geografis Tuberkulosis Sensitif Obat (TBC SO) dan Resisten Obat (RO), termasuk penemuan, pengobatan, penolakan, kematian pasien, serta sebaran fasilitas pelayanan kesehatan, baik puskesmas, rumah sakit pemerintah, maupun rumah sakit swasta disajikan dalam Gambar 2.1.10. Secara keseluruhan, peta sebaran menggambarkan pola sebaran TBC yang cenderung terkonsentrasi di area pemukiman padat, terutama di bagian tengah dan selatan kota Batu, yang memiliki aktivitas sosial ekonomi lebih intens. Sebagian besar titik kasus yang terlihat pada peta didominasi oleh kasus TBC SO yang ditemukan dan diobati (warna hijau). Konsentrasi kasus ini tampak di wilayah Puskesmas Beji, Puskesmas Bumiaji, dan Puskesmas Junrejo. Hal ini mengindikasikan tingginya mobilitas penduduk dan kepadatan pemukiman di area tersebut yang berdampak pada peningkatan risiko penularan TBC. Meskipun demikian, terdapat beberapa titik yang menandakan pasien menolak atau putus berobat. Namun

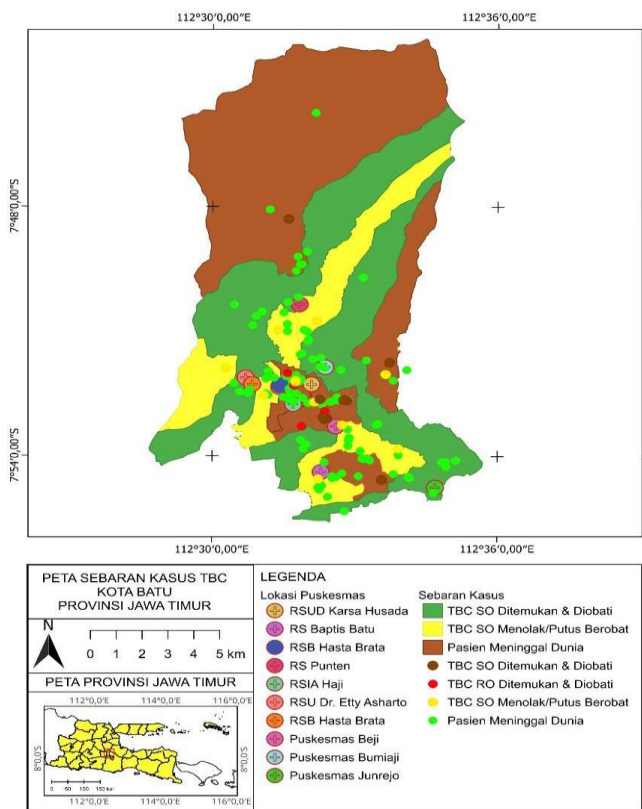
titik-titik ini jumlahnya relatif lebih sedikit namun menyebar.

Selain itu, peta tersebut menggambarkan sebaran kasus TBC RO (warna merah). Meskipun jumlahnya kecil namun keberadaannya penting untuk diperhatikan karena TBC RO membutuhkan penanganan khusus serta berpotensi menyebabkan transmisi yang lebih sulit diatasi. TBC RO tampak tersebar di wilayah tengah kota Batu.

Kasus kematian karena TBC (warna coklat tua) tampak di beberapa titik. Kematian ini menunjukkan kemungkinan keterlambatan penanganan, tingkat keparahan penyakit, atau komorbiditas yang memperburuk kondisi pasien. Kasus kematian banyak terdistribusi di area yang memiliki konsentrasi kasus aktif, yang menandakan perlunya peningkatan intervensi pada wilayah tersebut.

Lokasi fasilitas kesehatan seperti RSUD Karsa Husada, RS Baptis Batu, RSIA Haji, serta beberapa puskesmas yang tersebar memberikan gambaran kapasitas layanan di Kota Batu. Kedekatan lokasi kasus dengan fasilitas kesehatan menegaskan pentingnya akses layanan yang cepat, terutama untuk penanganan TBC RO dan pasien yang memiliki risiko putus berobat.

Informasi yang diberikan peta tersebut dapat menjadi dasar bagi pemerintah daerah dan puskesmas setempat untuk mengoptimalkan strategi Active Case Finding (ACF), Investigasi Kontak (IK), penguatan edukasi masyarakat, serta penanganan pasien putus berobat. Dengan demikian, intervensi dapat difokuskan pada wilayah prioritas guna menurunkan penularan dan meningkatkan keberhasilan pengobatan TBC di Kota Batu.



Gambar 2.1.10. Sebaran Kasus TBC di Kota Batu Tahun 2025

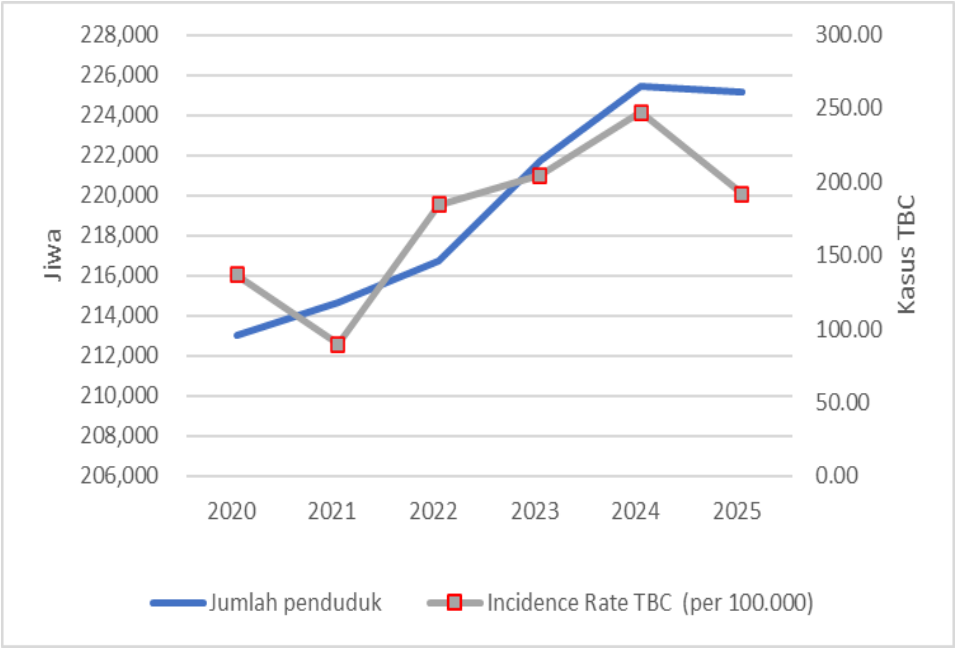
2.2. Indikator Dampak (Impact)

Tren perkembangan Incidence Rate (IR) TBC di kota Batu dalam enam tahun terakhir dengan denominator jumlah penduduk Kota Batu 2020-2025 menurut BPS digambarkan di Gambar 2.2.1. Secara umum, jumlah penduduk kota Batu terus meningkat dari sekitar 213 ribu jiwa pada 2020 menjadi lebih dari 225 ribu jiwa pada 2025. Namun, peningkatan jumlah penduduk ini tidak sejalan dengan pola IR TBC yang fluktuatif.

Pada 2020, IR TBC tercatat cukup tinggi, sekitar 136 per 100.000 penduduk. Angka ini kemudian menurun signifikan pada 2021 menjadi sekitar 89 per 100.000 penduduk, yang mengindikasikan penurunan kasus atau keterbatasan penemuan akibat pandemi COVID-19. Memasuki 2022, IR kembali melonjak tajam menjadi sekitar 184 per 100.000. Ini menunjukkan peningkatan aktivitas penemuan kasus (case finding) setelah pandemi COVID-19 mereda. Tren kenaikan berlanjut pada 2023, mencapai sekitar 204 per 100.000, dan kemudian mencapai puncaknya pada 2024, yaitu sekitar 247 per 100.000 penduduk. Kenaikan ini mungkin menunjukkan peningkatan efektifitas skrining, investigasi kontak, atau pelaporan yang lebih akurat oleh fasilitas kesehatan.

Namun, hingga akhir Oktober 2025, IR TBC kembali menurun menjadi sekitar 191 per 100.000 penduduk. Penurunan ini berpotensi mencerminkan keberhasilan intervensi kesehatan masyarakat seperti peningkatan kepatuhan pengobatan, promosi kesehatan, pengendalian infeksi, maupun perluasan cakupan TPT. Meskipun demikian, angka tersebut masih menunjukkan beban TBC yang cukup tinggi dan memerlukan upaya keberlanjutan agar tren penurunan tetap stabil.

Secara keseluruhan, meskipun jumlah penduduk Kota Batu meningkat konsisten setiap tahun, IR TBC menunjukkan pola naik turun yang mencerminkan dinamika penemuan kasus dan efektifitas intervensi program. Puncak IR pada 2024 menjadi sinyal penting bagi pemerintah daerah untuk memperkuat strategi eliminasi TBC, seperti dengan *Active Case Finding* (ACF), memastikan pasien menyelesaikan pengobatan, meningkatkan peran kader, dan mengoptimalkan pemantauan kontak.

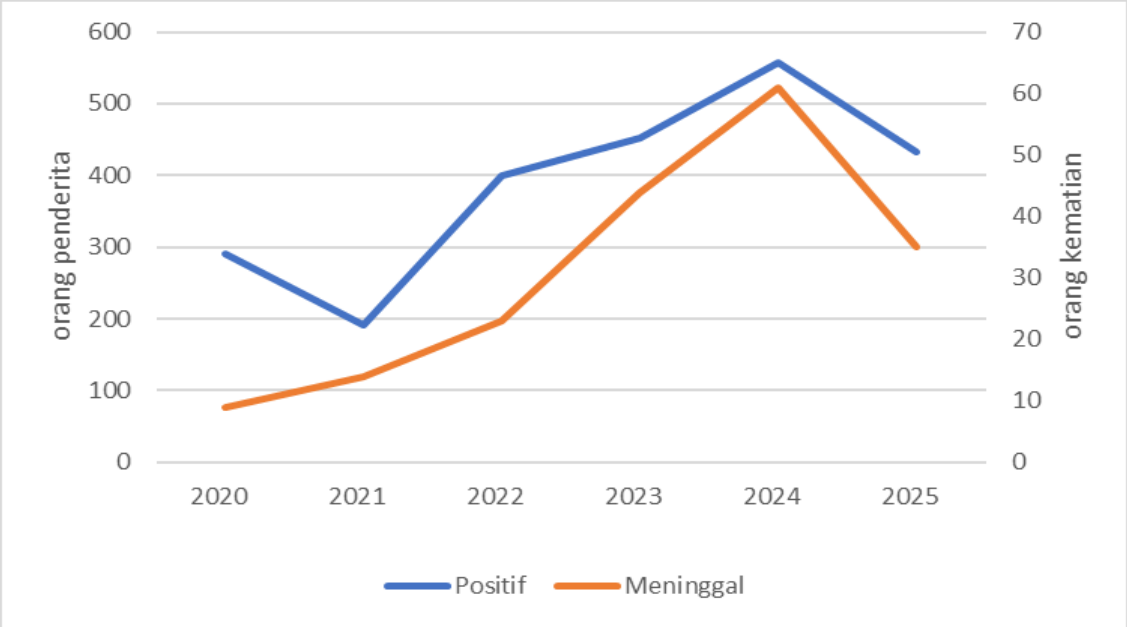


Gambar 2.2.1. Tren Jumlah Penduduk dan Angka Kejadian TBC di Kota Batu 2020–2025

Angka Kematian Akibat TBC

Perkembangan jumlah kasus positif TBC dan jumlah kematian akibat TBC di Kota Batu selama 2020-2025 disajikan dalam Gambar 2.2.2 secara umum, kedua indikator memperlihatkan tren peningkatan hingga tahun 2024, sebelum menurun pada 2025. Pada 2020, jumlah kematian akibat TBC berada pada kisaran 9 kematian, sementara jumlah kasus positif tercatat sekitar 291 kasus. Pada 2021, meskipun jumlah kasus positif menurun signifikan menjadi 192 kasus, jumlah kematian justru meningkat menjadi 14 kematian. Kenaikan kematian di tengah turunnya kasus positif dapat mengindikasikan keterlambatan penanganan, kasus berat yang tidak terjangkau layanan kesehatan, atau dampak pandemi COVID-19 yang mengganggu akses layanan pengobatan TB. Memasuki 2022, jumlah kasus positif meningkat tajam menjadi sekitar 400 kasus, dan angka kematian juga naik menjadi 23 kasus. Tren ini berlanjut pada 2023, ketika positif TBC mencapai 453 kasus dengan kematian meningkat lagi menjadi 44 kasus. Kenaikan yang konsisten mengindikasikan adanya beban TBC yang semakin besar, serta kemungkinan masih adanya kendala dalam pengobatan, keterlambatan diagnosis, atau rendahnya kepatuhan pasien. Puncak kenaikan terjadi pada 2024, ketika jumlah kasus positif mencapai sekitar 557 kasus, dan jumlah kematian juga berada pada titik tertinggi sekitar 61 kasus. Pencapaian angka kematian setinggi ini menandakan tantangan serius dalam sistem penanggulangan TBC di Kota Batu, termasuk potensi meningkatnya kasus TBC berat, resistensi obat, serta belum optimalnya monitoring kepatuhan pengobatan. Namun sampai akhir Oktober 2025 jumlah kematian menurun cukup tajam menjadi sekitar 35 kasus, sejalan dengan penurunan kasus positif menjadi sekitar 432 kasus. Penurunan ini memberikan indikasi awal bahwa intervensi kesehatan yang diterapkan seperti

penguatan investigasi kontak, peningkatan akses pengobatan, atau edukasi kepatuhan obat, mulai menunjukkan hasil positif. Meskipun demikian, angka kematian pada 2025 masih tergolong tinggi dan membutuhkan upaya berkelanjutan untuk menurunkannya. Data ini menegaskan perlunya strategi intensif dan kolaboratif dalam meningkatkan penemuan kasus dini, memperbaiki kualitas pelayanan pengobatan, memastikan kepatuhan OAT, memperluas TPT, serta memperkuat dukungan sosial ekonomi bagi pasien TBC.



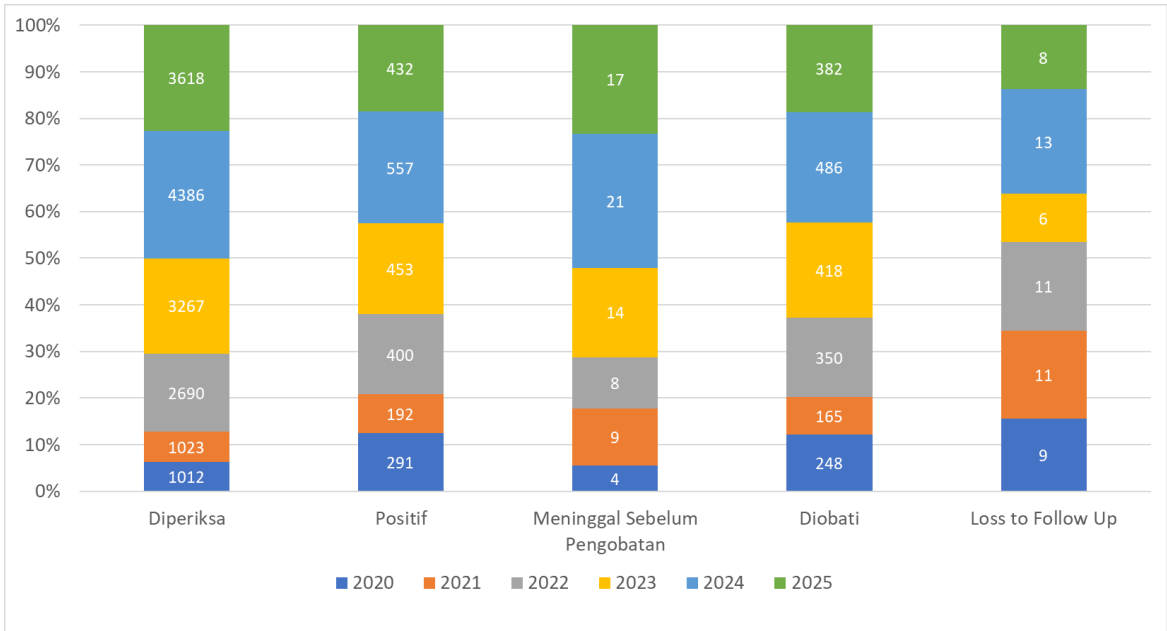
Gambar 2.2.2. Tren Jumlah Penderita dan Kematian TBC Kota Batu 2020–2025

2.3. Indikator Luaran

Cakupan Penemuan dan Pengobatan TBC

Grafik 2.3.1 di bawah menunjukkan cakupan penemuan dan pengobatan TBC di Kota Batu maulai tahun 2020 sampai dengan tahun 2025. Adapun indikator yang digunakan adalah jumlah pasien terduga TBC yang diperiksa, jumlah pasien TBC positif, jumlah pasien meninggal sebelum pengobatan, jumlah pasien yang diobati, dan jumlah pasien *loss to follow up*. Secara umum terlihat adanya peningkatan capaian indikator dari tahun ke tahun terutama pada indikator. Jumlah individu yang diperiksa meningkat signifikan dari 1.012 orang pada tahun 2020 menjadi 3.618 orang pada tahun 2025, menunjukkan penguatan skrining dan upaya penemuan kasus secara aktif. Peningkatan ini diikuti dengan naiknya jumlah kasus positif, dari 291 kasus (2020) menjadi 432 kasus (2025), yang mencerminkan deteksi kasus yang lebih baik. Pada indikator jumlah pasien TBC yang diobati, angka juga menunjukkan adanya peningkatan. Jumlah pasien TBC yang mendapatkan pengobatan naik dari 248 orang (2020) menjadi 382 orang (2025). Hal ini menunjukkan peningkatan pelayanan kesehatan kepada penderita TBC. Adapun jumlah pasien yang meninggal sebelum pengobatan relatif kecil dan cenderung stabil di bawah 20 kasus setiap tahun, namun hal ini tetap perlu menjadi perhatian untuk diperbaiki kedepannya. Sementara itu, angka *loss to*

follow-up tampak rendah secara keseluruhan dan tidak menunjukkan peningkatan signifikan yang mana pada tahun 2025 hanya tercatat 8 kasus. Hal ini menunjukkan keberhasilan program dalam mempertahankan pasien tetap dalam pengobatan.



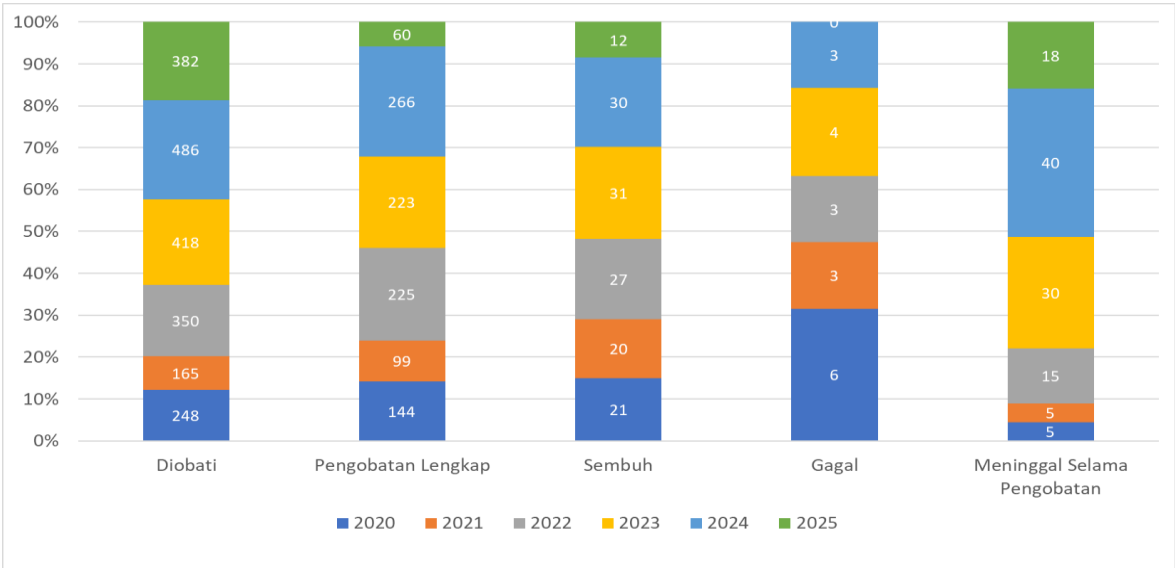
Gambar 2.3.1. Cakupan penemuan dan pengobatan TBC

Secara keseluruhan, program TBC menunjukkan perbaikan kinerja yang konsisten, terutama dalam hal pemeriksaan, deteksi, dan memulai pengobatan. Namun, tetap diperlukan upaya untuk menurunkan angka kematian sebelum pengobatan dan memastikan semua pasien positif segera mendapatkan terapi yang sesuai.

Grafik 2.3.2 menggambarkan hasil pengobatan pasien TBC mulai dari tahun 2020 sampai dengan tahun 2025 menggunakan lima indikator yaitu jumlah pasien TBC yang diobati, jumlah pasien yang mendapatkan pengobatan lengkap, jumlah pasien yang sembuh, jumlah pasien yang gagal pengobatan, dan jumlah pasien meninggal akhir pengobatan. Secara umum terlihat adanya peningkatan capaian pengobatan dari waktu ke waktu. Jumlah pasien yang diobati meningkat dari 248 pasien pada tahun 2020 menjadi 382 pasien pada tahun 2025. Hal ini menunjukkan bahwa semakin banyak pasien positif yang melakukan pengobatan. Pada indikator pengobatan lengkap, capaian juga memperlihatkan tren peningkatan. Tahun 2020 mencatat 144 pasien dengan pengobatan lengkap, dan meningkat hingga mencapai 266 pasien pada tahun 2024 serta 60 pasien pada tahun 2025 (masih berlangsung). Tren ini menggambarkan membaiknya dukungan dan keberlanjutan perawatan.

Indikator sembuh juga menunjukkan perbaikan. Jumlah pasien yang dinyatakan sembuh bertambah dari 21 pasien pada tahun 2020 menjadi 31 pasien pada 2023, kemudian 30 pasien pada 2025. Peningkatan ini mengindikasikan peningkatan kualitas layanan, kepatuhan pasien, serta efektivitas regimen pengobatan. Sebaliknya, angka gagal pengobatan tetap rendah sepanjang tahun. Hanya 6 kasus pada tahun 2020 dan bahkan mendekati nol pada tahun-

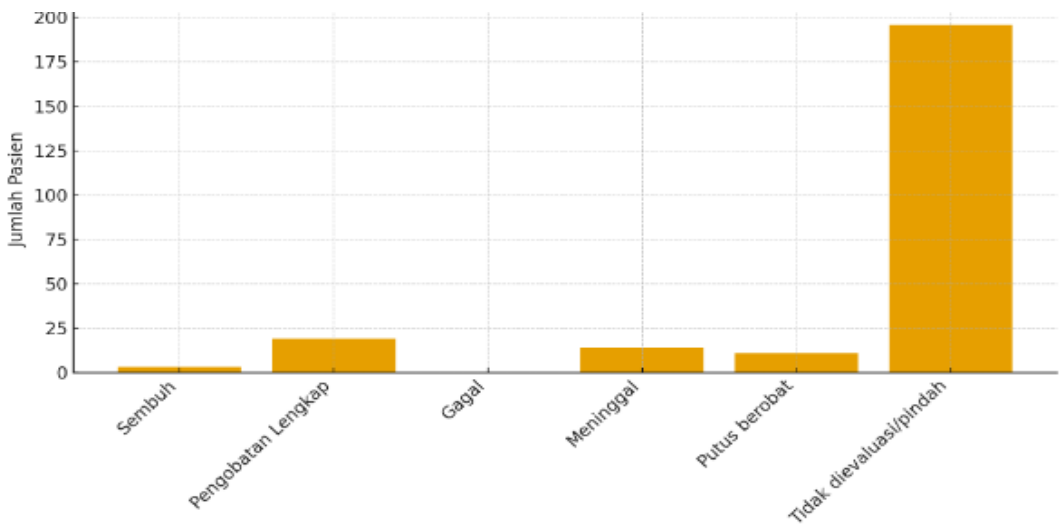
tahun berikutnya. Ini mencerminkan keberhasilan program dalam mengelola regimen terapi dan menurunkan risiko resistensi obat. Angka meninggal selama pengobatan juga relatif rendah. Tahun 2020 mencatat 5 kematian, dan meski terjadi variasi pada tahun 2023–2025, jumlahnya tetap di bawah 20 kasus. Kondisi ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien dapat menyelesaikan pengobatan tanpa komplikasi fatal.



Gambar 2.3.2. Capaian Keberhasilan dan Kegagalan Pengobatan TBC Tahun 2020–2025

Persentase Angka Keberhasilan Pengobatan TBC

Berdasarkan Gambar 2.3.3, *Treatment Success Rate* (TSR) TB sensitif obat tahun 2025, dari total 243 pasien yang menjalani pengobatan, hanya 3 pasien (1,23%) yang dinyatakan sembuh dan 19 pasien (7,82%) yang menyelesaikan pengobatan lengkap. Dengan demikian, jumlah pasien yang termasuk dalam kategori keberhasilan pengobatan hanya 22 orang atau sebesar 9,05%. Angka ini menunjukkan bahwa capaian keberhasilan pengobatan TB sensitif obat pada tahun tersebut masih sangat rendah, sehingga mengindikasikan adanya tantangan serius dalam efektivitas pelaksanaan terapi, baik dari sisi kepatuhan pasien, pemantauan pengobatan, maupun faktor klinis yang memengaruhi hasil akhir pengobatan.



Gambar 2.3.3. *Treatment Success Rate* TB Sensitif Obat Tahun 2025

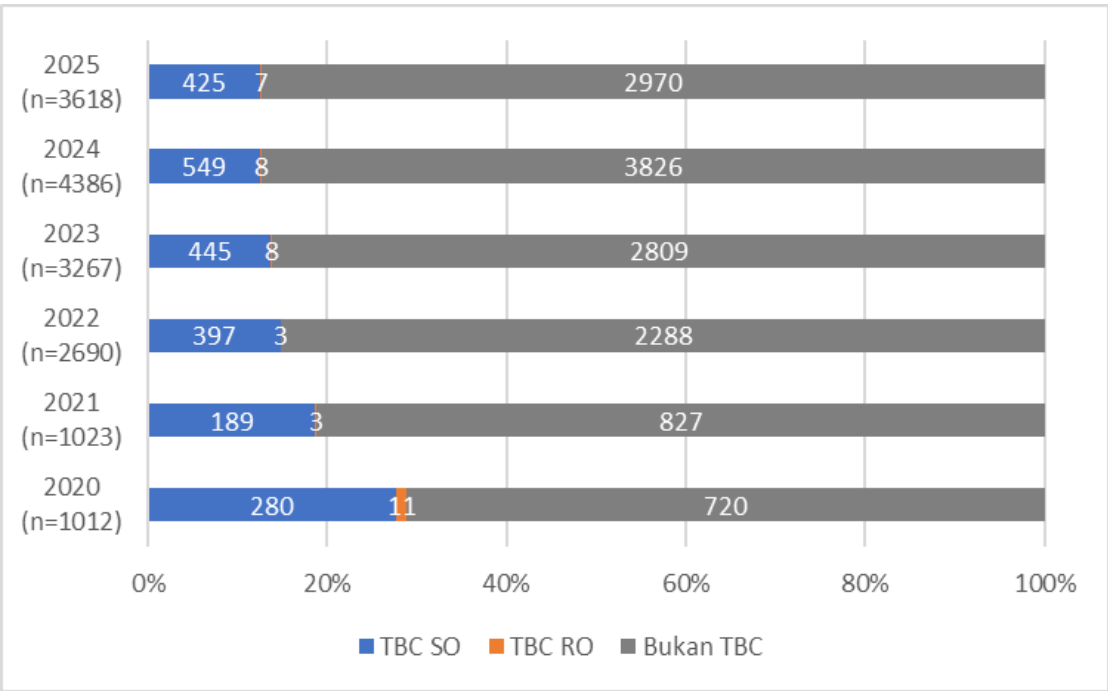
Selain rendahnya tingkat keberhasilan, proporsi pasien yang tidak dievaluasi atau pindah sangat mendominasi, yaitu sebanyak 196 orang (80,66%). Kondisi ini memperlihatkan bahwa sebagian besar pasien belum memiliki outcome pengobatan yang terdokumentasikan secara jelas. Di sisi lain, masih terdapat pasien yang meninggal (5,76%) dan putus berobat (4,53%), yang turut memengaruhi rendahnya angka keberhasilan pengobatan. Situasi ini menegaskan pentingnya penguatan sistem pencatatan dan pelaporan, peningkatan pemantauan berkala, serta upaya pelacakan pasien secara lebih intensif agar evaluasi pengobatan dapat dilakukan secara optimal dan lebih menggambarkan kondisi sebenarnya dari program TB sensitif obat.

Cakupan Penemuan dan Pengobatan TBC Resisten Obat (TBC RO)

Grafik 2.3.4 menunjukkan proporsi hasil pemeriksaan TBC di Kota Batu selama periode 2020–2025. Secara konsisten, sebagian besar individu yang diperiksa setiap tahun termasuk dalam kategori bukan TBC (warna abu-abu). Namun demikian, jumlah kasus TBC sensitif obat (TBC SO) memperlihatkan tren meningkat dari tahun 2020 hingga mencapai puncak pada 2024, sebelum sedikit menurun pada 2025.

Kasus TBC resisten obat (TBC RO) relatif sedikit dibandingkan TBC SO, tetapi tetap muncul setiap tahun, menandakan adanya kebutuhan penguatan deteksi dini dan pengelolaan kasus resisten. Secara keseluruhan, meningkatnya intensitas penemuan kasus TBC terjadi seiring bertambahnya jumlah pemeriksaan, serta pentingnya mempertahankan upaya skrining untuk memastikan deteksi dan pengobatan TBC yang tepat waktu.

Kondisi ini menunjukkan bahwa transmisi TBC masih berlangsung dan pengendalian penyakit belum stabil sepenuhnya. Meskipun jumlahnya relatif kecil, keberadaan kasus TBC RO tetap perlu mendapatkan perhatian khusus karena lebih sulit ditangani dan berpotensi menyebabkan komplikasi pengobatan.



Gambar 2.3.4. Jenis TBC pada Penemuan Kasus 2020-2025

Persentase Pasien TBC RO yang Memulai Pengobatan

Pasien TBC RO Kota Batu terdata mulai 2025. Penemuan kasus dimulai pada Januari hingga Mei 2025. Sebelum tahun 2025 penatalaksanaan dan pelaporan pasien TBC RO dilakukan oleh Kabupaten Malang atau wilayah lain. Dari data yang ada di SITB didapatkan terdapat 5 penderita yang terdiri dari 3 perempuan dan 2 laki-laki. Semuanya termasuk dalam kategori pasien dewasa. Dari kelima pasien tersebut sudah dilakukan investigasi kontak (IK) terhadap 3 pasien, 2 pasien lainnya belum dilakukan. Kelima pasien tersebut merupakan pasien TBC paru. Tiga di antara lima pasien tersebut merupakan pasien baru, sedangkan 2 lainnya merupakan pasien kambuh, atau gagal dengan pengobatan sebelumnya (kategori 1). Dua pasien sudah dinyatakan bukan ODHIV, sementara 3 lainnya belum diketahui. Dua pasien terdiagnosis DM, sementara lainnya Non DM. Dari kelima pasien tersebut baru 1 pasien yang sudah dinyatakan sembuh, yaitu pasien yang terdiagnosis pada Januari 2025.

Cakupan Penemuan TBC pada Anak



Gambar 2.3.5. Perbandingan TBC SO-RO pada Kelompok Anak dan Remaja

Dalam Gambar 2.3.5 tampak bahwa secara keseluruhan kasus TBC menunjukkan tren meningkat hingga mencapai puncak pada tahun 2023, kemudian menurun pada 2024, dan kembali naik pada 2025. Kelompok anak (0–14 tahun) secara konsisten memiliki jumlah kasus lebih tinggi dibanding remaja, sementara kasus SO (sensitif obat) selalu lebih dominan daripada RO (resisten obat) di semua kelompok umur dan setiap tahunnya. Pada kelompok anak usia 0–14 tahun, pola kasus TBC menunjukkan peningkatan bertahap pada kategori RO dari 2020 hingga 2022, kemudian mengalami lonjakan terbesar pada 2023 sebelum turun di

2024 dan kembali naik mendekati puncak pada 2025. Pola ini mengindikasikan bahwa resistensi obat sempat menjadi masalah penting pada 2023, kemungkinan akibat peningkatan transmisi atau deteksi kasus. Sementara itu, kategori SO pada anak menunjukkan tren meningkat stabil sejak 2020 hingga mencapai puncak pada 2023, kemudian menurun pada 2024 dan kembali stabil atau sedikit meningkat pada 2025. Dominasi kasus SO ini menandakan bahwa sebagian besar anak yang terinfeksi masih merespons baik terhadap pengobatan standar.

Pada kelompok remaja usia 15–18 tahun, kasus RO menunjukkan tren yang dimulai rendah pada 2020, meningkat stabil hingga mencapai puncaknya pada 2023, lalu menurun pada 2024 dan kembali turun pada 2025, mencerminkan pola umum TBC yang sempat tinggi pada 2023 sebelum menurun setelah berbagai intervensi. Untuk kategori SO, kasus meningkat dari 2020 hingga 2022, mencapai puncak pada 2023, kemudian turun signifikan pada 2024 dan kembali menurun pada 2025, yang mengindikasikan keberhasilan deteksi dini atau penurunan penularan pada remaja di periode tersebut.

Jika dibandingkan dengan remaja, kelompok anak (0–14 tahun) secara konsisten memiliki angka kasus lebih tinggi, baik pada kategori SO maupun RO, yang kemungkinan dipengaruhi oleh imunitas anak yang lebih rentan, kontak erat di lingkungan rumah, serta program skrining anak yang lebih aktif. Kesenjangan terbesar antara anak dan remaja terjadi pada tahun 2023, terutama pada kasus RO, menunjukkan kemungkinan adanya outbreak kecil atau peningkatan deteksi kasus. Tahun 2024 menjadi periode penurunan untuk semua kategori, yang dapat mencerminkan efek dari program penemuan kasus, pengobatan yang lebih terstruktur, serta pelaksanaan tracing kontak yang lebih optimal.

Perbandingan antara SO dan RO menunjukkan bahwa kasus SO selalu jauh lebih tinggi dibanding RO pada seluruh tahun pengamatan, menandakan bahwa mayoritas penderita TBC masih sensitif terhadap obat dan merespons baik terhadap terapi standar. Namun demikian, lonjakan RO yang mencolok pada tahun 2023 menjadi perhatian penting karena mengindikasikan kemungkinan masalah dalam kepatuhan minum obat, keterlambatan diagnosis, atau kegagalan regimen pengobatan sebelumnya. Fenomena ini menuntut evaluasi lebih lanjut untuk mencegah peningkatan kasus resistensi di masa mendatang.

Cakupan Pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT)

Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) merupakan intervensi penting dalam memutus rantai penularan TBC, terutama bagi kelompok berisiko tinggi seperti kontak serumah pasien TBC dan kelompok dengan kondisi imunokompromais. Pelaksanaan TPT bertujuan menurunkan progresi infeksi laten menuju TBC aktif serta

menurunkan angka kejadian kasus baru di masyarakat. Dengan demikian, cakupan TPT menjadi salah satu indikator strategis dalam upaya eliminasi TBC.

Berdasarkan data terbatas yang tersedia, pelaksanaan TPT di Kota Batu menunjukkan bahwa dari sejumlah kontak yang telah dilakukan investigasi, terdapat 45 orang yang telah menerima TPT. Pemberian TPT telah dilakukan di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan, dengan sebaran sebagai berikut: Puskesmas Kota Batu sebanyak 19 orang, Puskesmas Beji 4 orang, Puskesmas Bumiaji 9 orang, Puskesmas Junrejo 8 orang, Puskesmas Sisir 2 orang, Puskesmas Punten 3 orang, dan RSUD Karsa Husada Kota Batu 1 orang. Distribusi ini menunjukkan bahwa implementasi TPT telah berjalan di berbagai fasyankes, meskipun cakupannya masih terbatas.

Pada tahun 2025, pelaksanaan skrining eligibilitas TPT menunjukkan bahwa terdapat 287 kontak yang memenuhi syarat untuk dirujuk pemeriksaan eligibilitas TPT. Dari jumlah tersebut, terdapat 39 kontak berusia ≥ 5 tahun yang memenuhi syarat menerima TPT. Namun, dari kelompok yang memenuhi syarat tersebut, hanya 1 kontak usia < 5 tahun dan 33 kontak usia ≥ 5 tahun yang tercatat menerima TPT. Data juga menunjukkan bahwa belum terdapat pasien yang menyelesaikan terapi pencegahan (hasil pengobatan lengkap masih 0 untuk seluruh kelompok usia).

Kondisi ini mengindikasikan bahwa meskipun upaya identifikasi kontak dan pemeriksaan eligibilitas TPT telah berjalan, masih terdapat kesenjangan signifikan antara jumlah kontak yang memenuhi syarat dengan jumlah yang benar-benar menerima TPT. Selain itu, belum adanya pasien yang menyelesaikan TPT menunjukkan bahwa mekanisme pemantauan, pendampingan, dan tindak lanjut terhadap pasien yang menjalani TPT masih perlu diperkuat.

Persentase Pasien TBC Mengetahui Status HIV

Pemeriksaan HIV pada pasien Tuberkulosis (TBC) merupakan bagian integral dari upaya pengendalian TBC, mengingat hubungan erat antara kedua penyakit tersebut. Pasien TBC dengan HIV positif memiliki risiko progresivitas penyakit yang lebih tinggi serta tingkat keberhasilan pengobatan yang lebih rendah. Oleh karena itu, skrining HIV pada seluruh pasien TBC menjadi indikator penting dalam memastikan kualitas layanan diagnosis dan keberhasilan program TBC.

Berdasarkan data Kota Batu tahun 2020–2025 yang disajikan dalam Gambar 2.3.6, terlihat bahwa pelaksanaan skrining HIV pada pasien TBC telah menunjukkan perkembangan, meskipun masih terdapat variasi pencapaian antartahun. Pada tahun 2020, proporsi pasien yang mengetahui status HIV-nya masih rendah, ditandai dengan tingginya jumlah data *kosong* dan belum terskrining. Hal ini berkaitan erat dengan pandemi COVID-19 yang berdampak pada

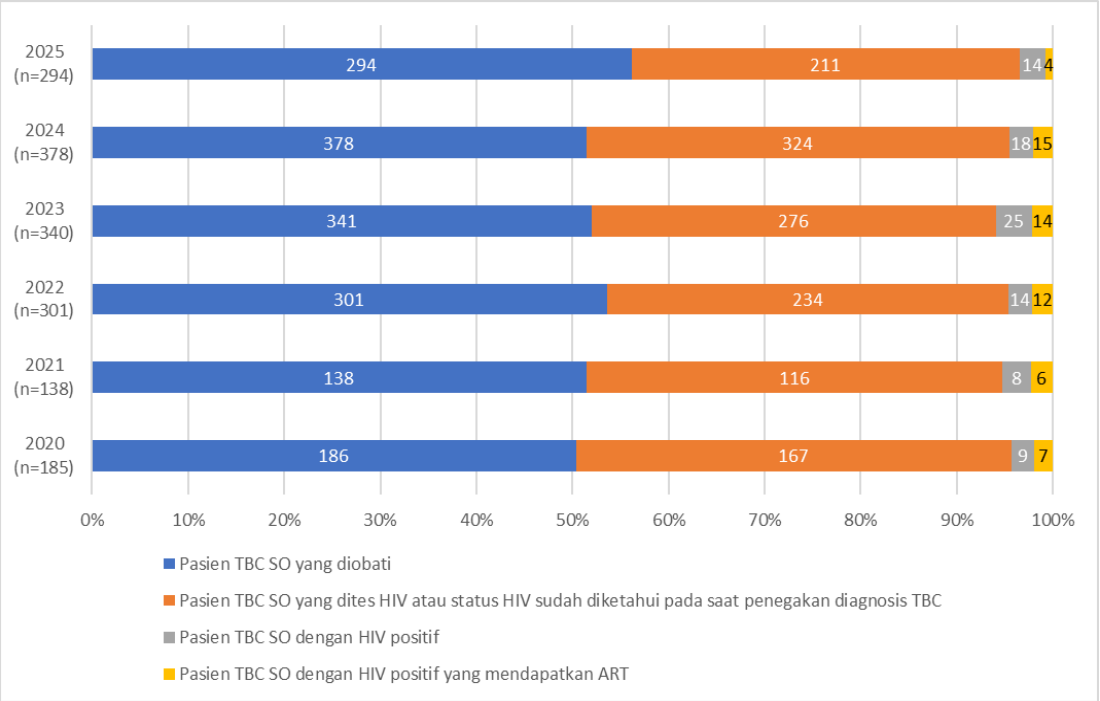
terbatasnya akses layanan kesehatan, perubahan alur pelayanan, serta hambatan pencatatan dan pelaporan.

Memasuki tahun 2021, cakupan pemeriksaan HIV mulai menunjukkan perbaikan. Jumlah pasien dengan status HIV “tidak diketahui” menurun, disertai peningkatan proporsi pasien dengan status HIV tercatat sebagai ODHIV maupun bukan ODHIV. Pemulihan layanan dasar, peningkatan ketersediaan alat tes HIV, serta mulai stabilnya pelayanan TBC pasca pandemi berkontribusi terhadap peningkatan ini.

Pada tahun 2022 dan 2023, jumlah kasus TBC meningkat namun masih diikuti dengan persentase yang cukup besar pada kategori “kosong”. Hal ini menggambarkan bahwa ekspansi penemuan kasus belum sepenuhnya diiringi peningkatan konsistensi skrining HIV dan kelengkapan pencatatan. Kondisi ini menunjukkan perlunya penguatan integrasi layanan antara program TBC dan HIV, terutama pada fasilitas kesehatan yang belum melaksanakan pemeriksaan HIV secara menyeluruh.

Perbaikan signifikan terlihat pada tahun 2024–2025. Jumlah pasien TBC yang diketahui status HIV-nya meningkat, sementara kategori “tidak diketahui” menurun drastis. Peningkatan ini menunjukkan adanya penguatan pelaksanaan skrining HIV, supervisi program yang lebih intensif, serta peningkatan kualitas pencatatan dan pelaporan pada aplikasi SITB. Meskipun demikian, jumlah data “kosong” pada tahun 2025 masih menunjukkan bahwa belum seluruh fasyankes menjalankan skrining HIV pada pasien TBC secara optimal.

Secara keseluruhan, tren 2020–2025 menunjukkan bahwa Kota Batu telah mengalami kemajuan dalam pelaksanaan skrining HIV pada pasien TBC, namun konsistensi implementasi masih perlu ditingkatkan. Jumlah pasien TBC yang belum diketahui status HIV-nya masih menunjukkan adanya celah dalam pelayanan, mulai dari skrining di titik layanan, manajemen logistik tes HIV, hingga pencatatan dan pelaporan.



Kasus Tuberkulosis dengan Diabetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) merupakan salah satu komorbid penting pada pasien Tuberkulosis (TBC) karena meningkatkan risiko progresivitas penyakit, memperlambat konversi bakteriologis, serta menurunkan keberhasilan terapi. Oleh karena itu, skrining DM pada pasien TBC menjadi bagian penting dari strategi kolaborasi TBC-DM untuk memastikan deteksi dini serta tata laksana komorbid yang optimal.

Berdasarkan data TBC-DM Kota Batu tahun 2020–2025, terlihat bahwa pelaksanaan skrining DM pada pasien TBC menunjukkan tren peningkatan cakupan, meskipun terdapat variasi pencatatan antartahun. Pada tahun 2020, dari 185 pasien TBC yang tercatat, hanya 6 pasien yang diidentifikasi sebagai TBC-DM, sementara 43 pasien tercatat non-DM dan 136 kasus belum memiliki data skrining (kategori *kosong*). Angka “kosong” yang sangat tinggi mengindikasikan bahwa sebagian besar pasien belum diskriminasi DM pada awal program.

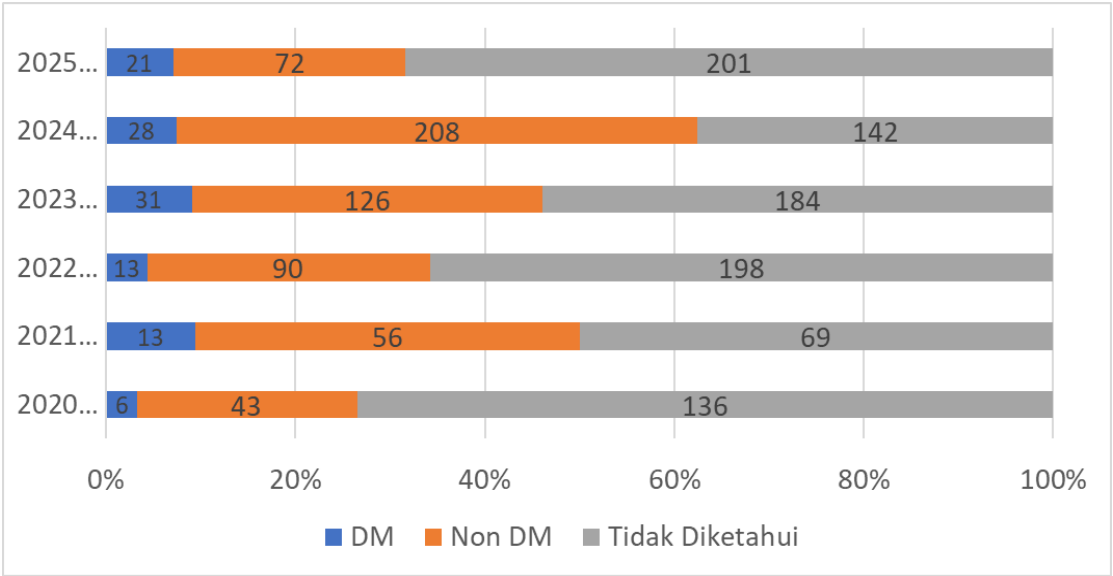
Pada tahun 2021, cakupan pemeriksaan meningkat. Dari 138 pasien TBC, terdapat 13 pasien TBC-DM dan 56 pasien non-DM, sementara angka “kosong” menurun menjadi 69. Hal ini menunjukkan mulai membaiknya implementasi skrining DM seiring pemulihan layanan kesehatan pasca pandemi COVID-19.

Pada tahun 2022, jumlah pasien meningkat menjadi 301 orang, dengan 13 pasien TBC-DM dan 90 pasien non-DM, namun angka *kosong* kembali tinggi (198 kasus). Hal ini mencerminkan bahwa peningkatan jumlah temuan kasus TBC belum sepenuhnya diikuti kesiapan layanan dalam memastikan seluruh pasien menjalani skrining DM secara merata.

Pada tahun 2023, terjadi peningkatan yang signifikan pada jumlah pasien yang diketahui status DM-nya. Dari 340 pasien TBC, terdapat 31 pasien TBC-DM, 126 pasien non-DM, dan 184 kasus kosong. Peningkatan jumlah pasien TBC-DM pada tahun ini menandakan adanya perbaikan cakupan skrining dan peningkatan kewaspadaan fasyankes terhadap komorbid DM.

Perbaikan lebih nyata terlihat pada tahun 2024, dengan 28 pasien TBC-DM, 208 pasien non-DM, dan penurunan angka kosong menjadi 142 kasus. Peningkatan kapasitas skrining dan pencatatan terlihat lebih stabil pada tahun ini, sejalan dengan penguatan implementasi kolaborasi TBC-DM di tingkat Puskesmas dan rumah sakit.

Pada tahun 2025, tren positif berlanjut dengan 21 kasus TBC-DM dan 72 non-DM, meskipun angka kosong masih relatif tinggi (201 kasus). Kondisi ini menunjukkan bahwa sebagian besar fasyankes sudah melaksanakan skrining DM, namun pencatatan hasil skrining masih perlu diperbaiki dan distandarkan.



Gambar 2.3.7. Perkembangan Pasien TBC dan DM

Secara keseluruhan, periode 2020–2025 menunjukkan adanya peningkatan skrining DM pada pasien TBC di Kota Batu, yang tercermin dari bertambahnya jumlah kasus TBC-DM yang teridentifikasi dan menurunnya proporsi data kosong pada beberapa tahun. Meskipun demikian, jumlah kasus dengan data skrining yang tidak terisi (*kosong*) masih cukup besar, sehingga upaya peningkatan kualitas pencatatan, penguatan supervisi, serta penerapan skrining DM yang konsisten di seluruh fasyankes perlu menjadi prioritas dalam periode RAD 2025–2030.

2.4 Analisis Akar Masalah

Tingginya angka insiden TBC di Kota Batu, yaitu sebesar 366 per 100.000 penduduk, beberapa di antaranya disebabkan oleh rendahnya penemuan kasus, serta rendahnya penerimaan TPT dan kegagalan pengobatan yang memerlukan waktu yang lama. Beberapa faktor yang menyebabkan rendahnya penemuan kasus diringkaskan dalam Diagram Ishikawa pada Gamba4 2.4.1. Gambar 2.4.1 menunjukkan bahwa rendahnya penemuan kasus TBC dipengaruhi oleh sejumlah faktor yang saling terkait. Faktor-faktor ini dikelompokkan dalam enam kategori utama yaitu manusia, metode, mesin, material, lingkungan, dan dana. Faktor manusia berperan besar dalam rendahnya penemuan kasus. PErtama, kurangnya pengetahuan masyarakat tentang TBC sehingga warga kurang memahami gejala, risiko, dan pentingnya pemeriksaan. Akibatnya, banyak yang enggan atau tidak termotivasi mengikuti kegiatan skrining atau pemeriksaan dahak. Selain itu, rendahnya kunjungan warga pada kegiatan investigasi kontak (IK) menunjukkan bahwa masyarakat kurang terlibat dalam upaya deteksi dini TBC. Di sisi lain, tenaga kesehatan juga menghadapi kendala, seperti kurangnya kesadaran petugas untuk melaksanakan layanan ILP saat memberikan layanan. Kombinasi faktor ini menyebabkan beberapa kasus tidak teridentifikasi.

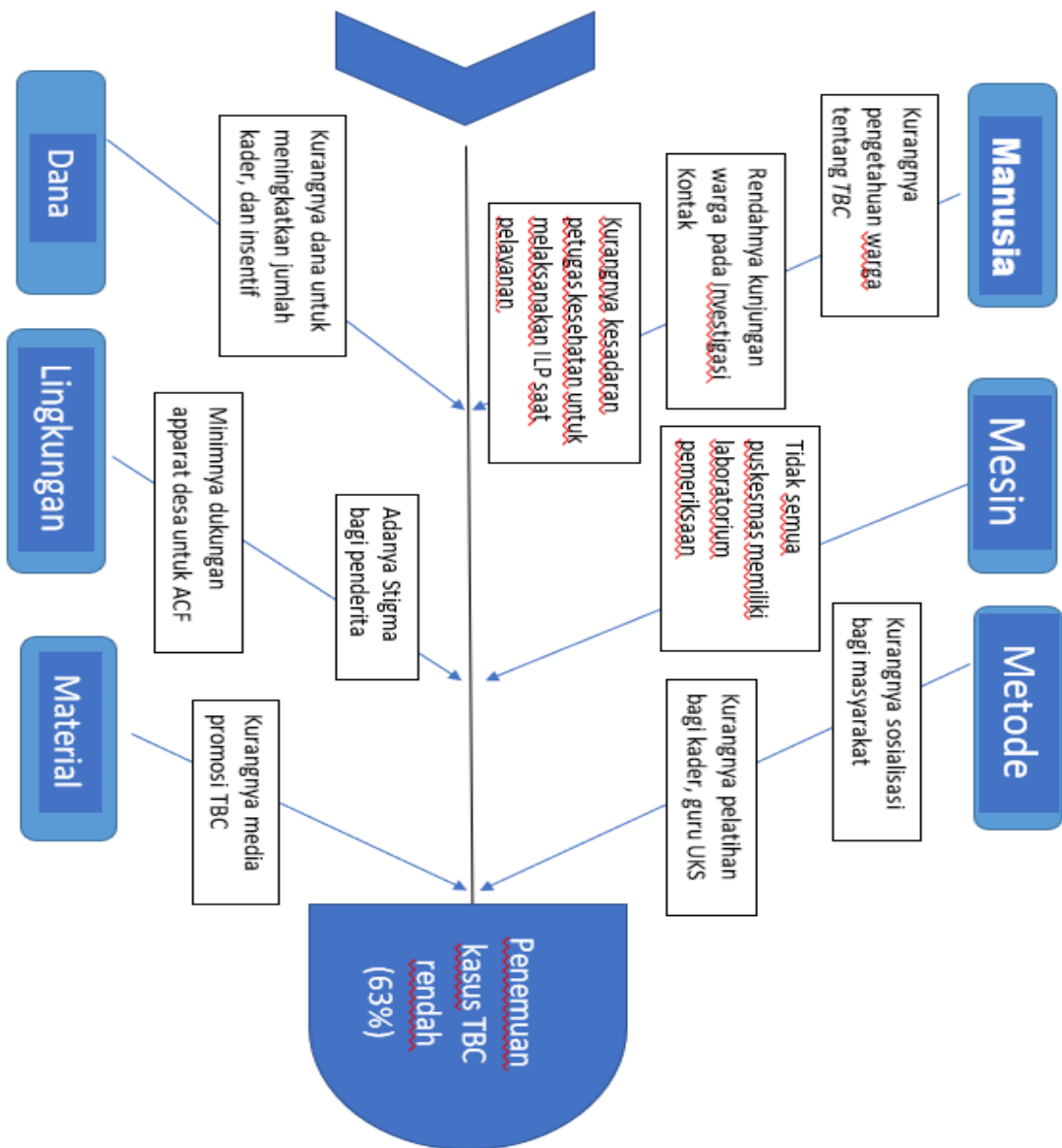
Metode atau pendekatan program menjadi penyebab lain dari rendahnya penemuan kasus. Kegiatan sosialisasi dan edukasi belum berjalan optimal, terlibat dari kurangnya sosialisasi bagi masyarakat terkait TBC, gejalanya, serta prosedur pemeriksaan. Selain itu, kurangnya pelatihan bagi kader dan guru UKS menyebabkan mereka tidak siap berperan aktif dalam skrining TBC maupun edukasi masyarakat. Ketidaksiapan dari sisi metode membuat pelaksanaan ACF (*Active Case Finding*) atau IK tidak maksimal, sehingga banyak kasus terlewat.

Faktor mesin dalam dokumen menyoroti keterbatasan fasilitas kesehatan, terutama tidak semua puskesmas memiliki laboratorium pemeriksaan TBC. Ketidakadilan laboratorium menyebabkan sampel harus dirujuk, sehingga proses pemeriksaan menjadi lama, mengurangi minat pasien, dan meningkatkan risiko sampel tidak diproses. Keterbatasan ini menghambat deteksi dini dan menurunkan angka penemuan kasus.

Lingkungan sosial juga memegang peranan penting. Masih terdapat stigma terhadap penderita TBC, yang membuat masyarakat enggan melaporkan gejala atau mengikuti pemeriksaan karena takut dikucilkan. Selain itu, terdapat minimnya dukungan aparat desa terhadap ACF dan IK, sehingga upaya penjangkauan masyarakat tidak optimal. Lingkungan yang tidak mendukung memperlambat upaya menemukan kasus TB secara aktif.

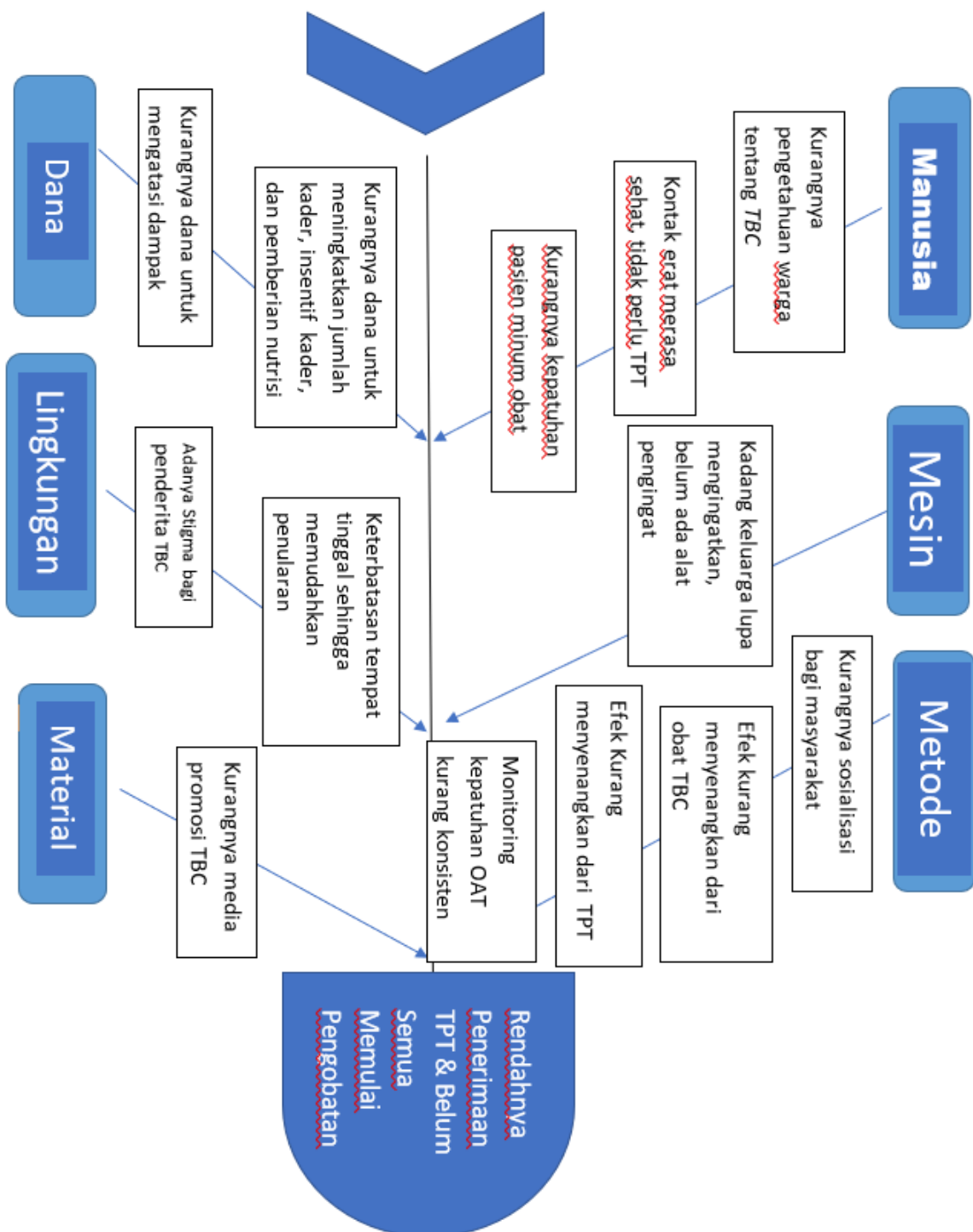
Faktor dana menunjukkan hambatan struktural dalam pelaksanaan program. Dokumen menyoroti kurangnya dana untuk meningkatkan jumlah kader dan memberikan insentif. Akibatnya, kader yang seharusnya menjadi ujung tombak skrining dan edukasi tidak dapat digerakkan secara maksimal. Keterbatasan dana juga mempengaruhi kontinuitas kegiatan penemuan kasus.

Dari keenam faktor tersebut, terlihat bahwa rendahnya penemuan kasus TBC (63%) merupakan hasil dari kombinasi hambatan pada SDM, metode pelaksanaan, sarana prasarana, lingkungan sosial, serta dukungan pendanaan. Setiap faktor saling terkait dan bersama-sama berkontribusi terhadap rendahnya tingkat deteksi TBC. Oleh karena itu, intervensi perlu dilakukan secara holistik, mulai dari peningkatan kapasitas kader dan tenaga kesehatan, penguatan metode ACF, penyediaan sarana penunjang, pengurangan stigma, hingga dukungan dana yang memadai.



Gambar 2.4.1. Diagram Ishikawa Penemuan Kasus TBC

Masalah utama kedua yaitu rendahnya penerimaan TPT dan belum semua penderita TBC memulai pengobatan. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap masalah tersebut digambarkan dalam diagram Ishikawa pada Gambar 2.4.2 berikut.



Gambar 2.4.2. Diagram Ishikawa Penerimaan TP dan Pengobatan TBC

Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap rendahnya penerimaan TPT dan belum optimalnya pasien TBC memulai pengobatan dikategorikan menjadi enam yaitu manusia, metode, material, mesin, lingkungan, dan dana. Keenam faktor tersebut berinteraksi satu sama lain yang menandakan perlunya penanganan multisektor.

Faktor manusia menggambarkan tantangan dari sisi perilaku dan pengetahuan. Kurangnya pengetahuan warga tentang TBC menyebabkan kontak erat tidak memahami manfaat TPT atau risiko jika terapi tidak dijalankan. Hal ini diperparah oleh persepsi kontak erat yang merasa sehat sehingga menganggap TPT tidak diperlukan. Pada sisi lain, kurangnya kepatuhan pasien dalam minum obat menunjukkan bahwa pengobatan tidak selalu dipahami sebagai

komitmen jangka panjang. Faktor pengingat dari keluarga yang mungkin juga mengandalkan ingatan keluarga kadang juga belum menjamin pasien tidak lupa minum obat.

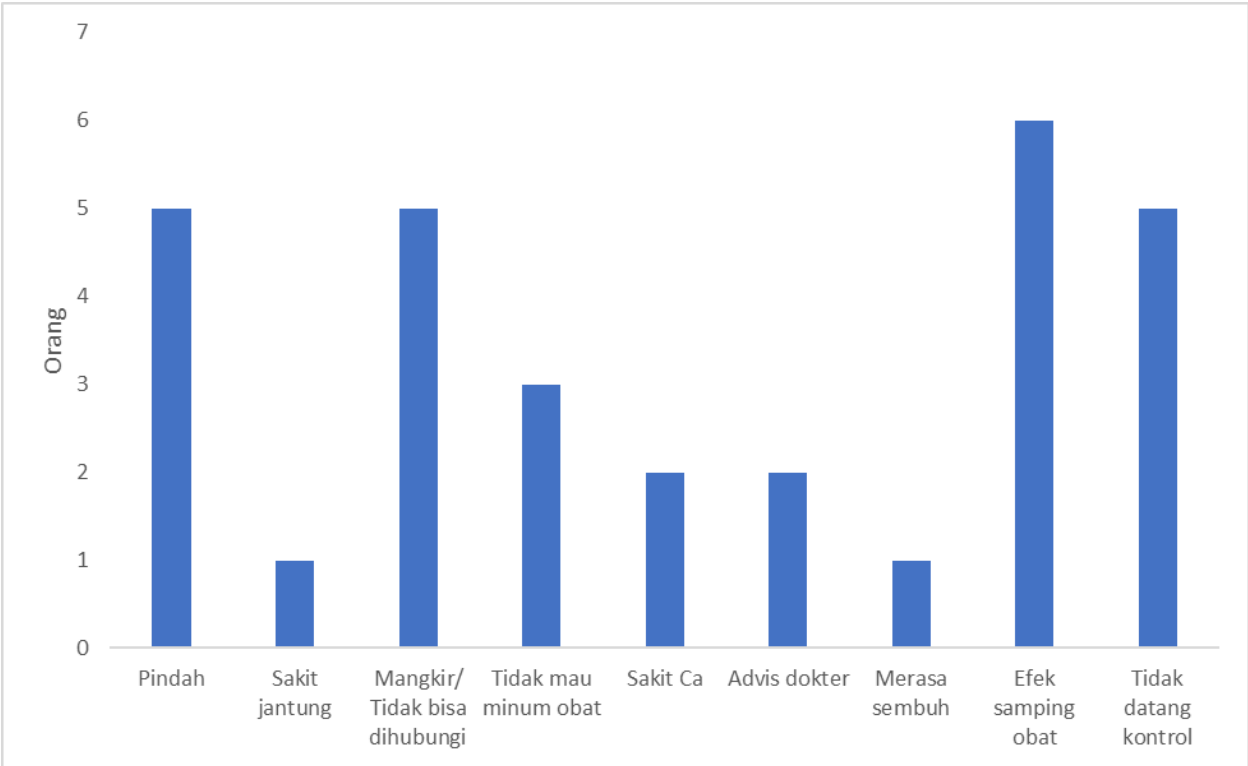
Faktor metode mencakup pendekatan dan prosedur pelaksanaan program. diagram menunjukkan kurangnya sosialisasi bagi masyarakat, yang berarti informasi mengenai pengobatan TBC dan TPT belum tersampaikan secara luas dan efektif. Monitoring kepatuhan OAT yang kurang konsisten juga menunjukkan bahwa metode tindak lanjut belum berjalan optimal. Tanpa prosedur yang kuat, banyak pasien tidak termonitor secara berkala, sehingga risiko putus berobat atau tidak memulai TPT menjadi lebih tinggi.

Faktor mesin menekankan kurangnya alat pendukung, khususnya tidak tersedianya alat pengingat bagi pasien dan kontak. Alat batu seperti reminder digital, pillbox elektronik, aplikasi pengingat, atau sistem pesan, akan mengingatkan pasien minum obat. Hal ini turut menghambat keberhasilan pengobatan TBC dan memperburuk rendahnya penerimaan TPT.

Material berhubungan dengan sarana dan bahan pendukung edukasi. Kurangnya media promosi TBC yang memuat informasi manfaat TPT, efek samping, dan pentingnya pengobatan tuntas sangat diperlukan oleh masyarakat. Selain itu adanya efek samping dari obat TBC dan TPT membuat pasien atau kontak erat ragu untuk melanjutkan atau memulai terapi.

Lingkungan sosial juga turut menjadi penyebab rendahnya penerimaan TPT. Stigma terhadap penderita TBC membuat sebagian orang enggan terbuka atau enggan menjalani pemeriksaan dan pengobatan. Stigma juga mempengaruhi kontak serumah, yang kemudian menolak atau tidak termotivasi memulai TPT. Selain itu, keterbatasan tempat tinggal yang padat dapat meningkatkan risiko penularan.

Kurangnya dana untuk meningkatkan jumlah kader kesehatan, meningkatkan insentif, dan menyediakan nutrisi dapat mengurangi kegiatan penjangkauan, serta edukasi, dan pemantauan kepatuhan tidak berjalan optimal. Namun demikian, dari SITB yang diringkaskan di Gambar 2.4.3 didapatkan data adanya beberapa faktor yang menyebabkan putus berobat. Dari grafik tersebut dapat dilihat bahwa sebagian besar alasan putus berobat adalah karena adanya efek samping obat, pindah, dan mangkir. Untuk mengatasi efek samping obat yang seringkali berupa rasa mual maka pasien dapat disarankan untuk mengkonsumsinya menjelang tidur malam. Di samping itu untuk mengatasi kurangnya nutrisi akibat efek samping obat penderita telah dibekali susu protevit atau protein oleh puskesmas.



Gambar 2.4.3. Alasan Putus Berobat Menurut Data SITB

Berdasarkan penelitian, asupan nutrisi dan status gizi yang kurang baik dapat mempengaruhi terjadinya efek samping obat anti Tuberkulosis yang lebih buruk (Citra, 2021).

2.5. Dampak Sosial Ekonomi pada Pasien TBC dan Keluarga

Tuberkulosis (TBC) meningkatkan beban ekonomi yang besar bagi rumah tangga penderita. Banyak keluarga mengalami catastrophic costs, yaitu kondisi ketika pengeluaran terkait TBC melebihi kemampuan finansial mereka. Dampak ini mencakup biaya pengobatan, transportasi, pemeriksaan, hingga kebutuhan nutrisi tambahan. Akibatnya, kemampuan finansial rumah tangga menurun, mulai dari masalah ringan hingga sangat serius (Fuady at al., 2019).

Dalam menghadapi tekanan ekonomi tersebut, rumah tangga sering menggunakan berbagai strategi koping. Beberapa keluarga terpaksa meminjam uang, yang pada jangka panjang dapat menambah beban hutang. Ada pula yang menjual aset atau properti untuk menutupi biaya pengobatan dan kebutuhan hidup. Selain itu, beberapa pasien atau anggota keluarga yang lain berusaha mencari atau mempertahankan pekerjaan meskipun kondisi kesehatan belum membaik, demi menjaga pendapatan keluarga. Strategi-strategi ini mencerminkan betapa besarnya beban finansial yang ditanggung akibat TBC (Fuady et al., 2019).

Tabel 2.5.

Biaya Per Pasien Tuberkulosis Sensitif Obat (US\$) di Indonesia,
2017–2019

Kategori Biaya	2017	2018	2019
Biaya kunjungan dan monitoring			
Mean, SD	0,56 (0,48)	0,57 (2,25)	0,58 (4,91)
Median, min–maks	0,54 (0,08–161,00)	0,51 (0,10–1090,00)	1,51 (0,10–2460,00)
Biaya regimen obat			
Mean, SD	34,94 (7,36)	33,02 (7,11)	33,05 (7,35)
Median, min–maks	35,06 (20,86–65,63)	32,94 (19,59–61,66)	33,13 (19,71–62,02)
Missing (regimen obat)	2428 (0,64%)	1102 (0,46%)	3933 (0,79%)
Biaya tes mikrobiologi			
Mean, SD	4,14 (3,26)	4,86 (4,71)	7,04 (5,95)
Median, min–maks	4,48 (0,00–29,90)	4,21 (0,00–29,50)	5,65 (0,00–29,70)
Total biaya			
Mean, SD	39,42 (9,26)	38,30 (10,03)	40,41 (12,19)
Median, min–maks	40,08 (0,11–196,00)	37,66 (0,10–1140,00)	39,28 (0,10–2520,00)
Jumlah pasien (n)	380.299	238.457	497.19

Dampak sosial ekonomi TBC juga terlihat pada aspek pekerjaan dan pendapatan. Banyak pasien mengalami kehilangan pekerjaan kerana tidak mampu bekerja selama masa pengobatan. Sebagian lainnya harus mengambil cuti sakit dalam waktu lama, yang menyebabkan menurunnya pendapatan. Hilangnya penghasilan ini tidak hanya berdampak pada pasien tetapi juga seluruh anggota keluarga, terutama bila pasien adalah pencari nafkah utama. Kondisi ini memperburuk kerentanan sosial ekonomi rumah tangga, memperluas risiko kemiskinan, dan mempengaruhi kualitas hidup keluarga (Fuady et al., 2019).

Gambaran biaya per pasien untuk tuberkulosis sensitif obat ditunjukkan oleh Tabel 2.5. Rerata total biaya medis langsung—meliputi kunjungan, monitoring, obat, dan tes mikrobiologi meningkat sedikit dari US\$ 39,40 pada 2017 menjadi US\$ 40,40 pada 2019, dengan total biaya tahunan mencapai US\$ 18.734.099. Kenaikan biaya ini cenderung sejalan dengan meningkatnya angka keberhasilan pengobatan (Iskandar et al., 2023).

Survei yang dilakukan WHO pada 2020 menunjukkan bahwa rumah tangga terdampak TBC di Indonesia menanggung biaya rata-rata sekitar US\$ 612 per episode TBC (interval kepercayaan 95%: US\$

490–735). Jika dikonversi ke rupiah dengan nilai pada 2024 maka biaya tersebut bernilai Rp 9,7 juta per episode TBC, dengan kisaran sekitar Rp 7,8–11,6 juta (interval kepercayaan 95%). Sebanyak 13% dari biaya tersebut merupakan biaya langsung medis, 40% merupakan biaya langsung non medis, dan 47% merupakan biaya tidak langsung (WHO, 2024).

2.6. Pengendalian TBC dalam kebijakan pembangunan daerah

2.6.1 Program pengendalian TBC dalam RPJMD

RPJMD Kota Batu 2025–2029 menempatkan Tuberkulosis sebagai isu prioritas kesehatan daerah berdasarkan evaluasi kinerja program dan trend epidemiologi lokal. Dokumen RPJMD mencatat bahwa angka keberhasilan pengobatan TB (*treatment success rate*) di Kota Batu mengalami penurunan dari 89,8% pada tahun 2021 menjadi 73,9% pada tahun 2024 (Pemerintah Kota Batu, 2024). Angka ini berada di bawah capaian nasional tahun 2024 yang berada di kisaran $\pm 82\%$, serta jauh dari target minimal nasional $\geq 90\%$. Penurunan ini menunjukkan adanya masalah serius pada kesinambungan pengobatan pasien TBC. Oleh karena itu, RPJMD menilai pengendalian TBC perlu diperkuat, khususnya pada fase pengobatan dan pemantauan pasien.

RPJMD juga menunjukkan bahwa penurunan keberhasilan pengobatan terjadi meskipun penemuan kasus TBC meningkat, yang mengindikasikan bahwa kemampuan deteksi dini relatif membaik, namun tidak diikuti oleh keberhasilan terapi. Kondisi ini mencerminkan kesenjangan antara output layanan (penemuan kasus) dan outcome layanan (kesembuhan pasien). RPJMD menilai bahwa peningkatan penemuan kasus tanpa penyelesaian pengobatan justru berpotensi memperpanjang rantai penularan di masyarakat. Dari sudut pandang kebijakan, hal ini berarti fokus program tidak boleh hanya pada skrining, tetapi harus diarahkan pada pengobatan tuntas. Dengan demikian, RPJMD menggeser orientasi kebijakan dari sekadar cakupan layanan menuju kualitas hasil layanan.

Dari analisis RPJMD, penyebab utama rendahnya keberhasilan pengobatan diidentifikasi bukan pada ketersediaan fasilitas kesehatan, tetapi pada kepatuhan pasien dan dukungan lingkungan sosial. RPJMD mencatat adanya kecenderungan pasien menghentikan pengobatan ketika gejala berkurang, serta rendahnya keterbukaan keluarga terhadap status TBC karena stigma (Pemerintah Kota Batu, 2024). Dampaknya, pelacakan kontak dan pengawasan minum obat tidak berjalan optimal. Fenomena ini memperbesar resiko putus obat dan kemungkinan munculnya TBC resisten obat dalam jangka menengah. Oleh karena itu, RPJMD memandang faktor sosial

sebagai determinan penting yang harus ditangani secara kebijakan.

Berdasarkan kondisi tersebut, RPJMD mengarahkan strategi pengendalian TBC pada penguatan pendekatan berbasis komunitas dan kolaborasi lintas sektor. Strategi ini mencakup peningkatan peran kader, penguatan edukasi masyarakat, serta integrasi pengendalian TBC dengan program kesehatan lainnya di tingkat kelurahan. RPJMD menilai bahwa Kota Batu memiliki modal sosial yang cukup kuat untuk mendukung pendekatan ini, sehingga intervensi sosial dinilai lebih berkelanjutan dibandingkan pendekatan klinis semata. Dengan pendekatan tersebut, diharapkan tingkat kepatuhan pengobatan dapat meningkat secara bertahap. Arah kebijakan ini dirancang agar mampu memperbaiki penurunan success rate yang terjadi dalam beberapa tahun terakhir.

Secara proyektif, RPJMD menargetkan perbaikan kinerja pengendalian TBC dalam periode 2025–2029 melalui peningkatan keberhasilan pengobatan dan penurunan risiko penularan. Dengan asumsi peningkatan success rate sebesar 5–7% per tahun melalui penguatan pendampingan pasien dan pelacakan kontak, Kota Batu diproyeksikan dapat kembali mencapai $\geq 85\%$ pada 2026–2027 dan mendekati $\geq 90\%$ pada akhir periode RPJMD. Namun, RPJMD juga menegaskan bahwa tanpa konsistensi implementasi di lapangan, tren penurunan keberhasilan pengobatan berpotensi berlanjut. Oleh karena itu, RPJMD berfungsi sebagai kerangka kebijakan yang menuntut keterpaduan antara perencanaan, pendanaan, dan pelaksanaan program. Analisis berbasis angka ini memperkuat urgensi pengendalian TBC sebagai prioritas pembangunan kesehatan daerah.

2.6.2 Program Pengendalian TBC dalam Renstra Dinas Kesehatan

Renstra Dinas Kesehatan Kota Batu 2025–2029 menurunkan kebijakan RPJMD ke dalam strategi teknis pengendalian TBC yang lebih operasional. Renstra mencatat bahwa cakupan pelayanan terduga TBC meningkat, namun keberhasilan pengobatan belum menunjukkan tren yang sebanding (Dinas Kesehatan Kota Batu, 2024). Hal ini tercermin dari masih rendahnya angka penyelesaian terapi dibandingkan jumlah kasus yang ditemukan setiap tahun. Renstra menilai kondisi ini sebagai indikasi bahwa masalah utama berada pada fase pengawalan pasien, bukan pada kapasitas skrining. Oleh karena itu, Renstra mengarahkan perbaikan program pada aspek kualitas layanan.

Renstra menetapkan penguatan layanan di tingkat Puskesmas sebagai strategi utama karena sebagian besar pasien TBC menjalani pengobatan di layanan primer. Berdasarkan evaluasi

internal, sebagian Puskesmas masih menghadapi tantangan dalam pengawasan minum obat dan pelacakan pasien yang tidak hadir kontrol. Renstra menargetkan peningkatan fungsi pendampingan pasien melalui tracer dan kader untuk menurunkan angka putus obat. Pendekatan ini dirancang untuk meningkatkan success rate secara bertahap hingga mendekati target RPJMD. Dengan demikian, Renstra menempatkan Puskesmas sebagai simpul utama perbaikan outcome pengobatan TBC.

Renstra juga menyoroti pentingnya sistem pencatatan dan pelaporan sebagai dasar pengambilan keputusan program. Data yang tidak mutakhir berisiko menyebabkan pasien TBC tidak terpantau secara optimal selama masa pengobatan. Oleh karena itu, Renstra mendorong penguatan penggunaan sistem informasi TBC untuk memastikan setiap pasien tercatat, dimonitor, dan ditindaklanjuti secara konsisten (Dinas Kesehatan Kota Batu, 2024). Dengan data yang lebih akurat, Dinas Kesehatan dapat mengidentifikasi lebih cepat lokasi dengan tingkat putus obat tinggi. Analisis berbasis data ini menjadi pondasi penting bagi perbaikan kinerja program.

Selain aspek teknis layanan, Renstra mengidentifikasi faktor sosial sebagai penyumbang utama rendahnya keberhasilan pengobatan. Berdasarkan laporan lapangan, pasien dengan dukungan keluarga yang lemah cenderung memiliki risiko putus obat lebih tinggi. Oleh karena itu, Renstra mengarahkan penguatan peran keluarga dan komunitas dalam mendukung pengobatan pasien TBC. Strategi ini mencakup edukasi keluarga, pelibatan kader, serta pendekatan persuasif berbasis komunitas. Dengan pendekatan tersebut, Renstra berharap dapat menekan hambatan non-medis yang mempengaruhi capaian program.

Secara keseluruhan, Renstra Dinas Kesehatan Kota Batu memproyeksikan peningkatan kinerja pengendalian TBC dalam jangka menengah melalui perbaikan mutu layanan dan pendampingan pasien. Dengan pelaksanaan strategi yang konsisten, Renstra menargetkan peningkatan keberhasilan pengobatan sejalan dengan target RPJMD, yakni mendekati $\geq 90\%$ pada akhir periode 2029. Namun, Renstra juga menegaskan bahwa capaian tersebut sangat bergantung pada dukungan anggaran, kapasitas SDM, dan kolaborasi lintas sektor. Dengan demikian, Renstra berfungsi sebagai instrumen teknis yang menjembatani visi kebijakan RPJMD dengan implementasi berbasis angka di lapangan. Analisis ini memperlihatkan bahwa pengendalian TBC di Kota Batu membutuhkan fokus berkelanjutan pada kualitas hasil layanan.

2.6.3 Program pengendalian TBC dalam Renja Tahun Berjalan

Renja 2025 menjadi panduan paling operasional dalam pelaksanaan pengendalian Tuberkulosis karena memuat target dan pembiayaan tahunan yang konkret. Pada 2025, Kota Batu menargetkan 3.956 orang terduga TBC memperoleh pelayanan sesuai standar, dengan dukungan anggaran Rp227 juta untuk kegiatan skrining, diagnosis, dan tindak lanjut. Target ini mencerminkan upaya perluasan deteksi dini dibanding tahun sebelumnya, karena cakupan pemeriksaan suspek menjadi salah satu faktor kunci pemutusan rantai penularan. Semakin banyak terduga TBC yang menjalani pemeriksaan berstandar, semakin kecil peluang kasus tidak terdeteksi dan menjadi sumber penularan. Oleh karena itu, peningkatan cakupan skrining menjadi strategi utama Renja dalam memulai siklus penanganan TBC yang efektif.

Dari perspektif epidemiologi, upaya skrining Kota Batu sebenarnya termasuk lebih baik dibandingkan rata-rata nasional jika dihitung per 100.000 penduduk, yang menunjukkan kemampuan deteksi dini cukup kuat. Namun, temuan ini harus dipahami secara hati-hati karena peningkatan penemuan kasus tidak serta-merta menurunkan kejadian TBC jika tidak didukung penyelesaian pengobatan secara tuntas. Dalam konteks ini, Renja berperan bukan hanya pada tahap skrining, tetapi memastikan hasil skrining berlanjut ke diagnosis dan pengobatan tanpa ada individu yang “hilang di tengah jalan”. Oleh sebab itu, indikator Renja tidak hanya berorientasi pada kuantitas pemeriksaan, tetapi pada kualitas alur layanan yang memastikan pasien menjalani perjalanan terapi penuh. Ini menunjukkan bahwa Renja berfungsi sebagai penggerak siklus layanan, bukan kegiatan administratif semata.

Renja juga menekankan perlunya penguatan pelacakan kontak dan pendampingan terapi sebagai bagian dari siklus pengobatan TBC. Data lapangan menunjukkan sebagian besar pasien berhenti berobat karena merasa sudah sehat, bukan karena terapi selesai, sehingga potensi kekambuhan atau resistensi obat meningkat. Untuk mengatasi hal tersebut, Renja memasukkan aktivitas pendampingan kader, pengawasan kepatuhan minum obat, serta edukasi keluarga sebagai bagian dari kegiatan layanan. Pendekatan ini mengikuti praktik terbaik WHO yang menyatakan bahwa komponen paling sulit dalam pengendalian TBC adalah mempertahankan pasien hingga terapi tuntas, bukan mendeteksi kasusnya. Dengan strategi ini, Kota Batu menunjukkan kesiapan untuk menangani akar persoalan success rate, bukan hanya gejalanya.

Penguatan sistem digital menjadi salah satu wujud transisi Renja menuju pendekatan layanan yang lebih modern, efisien, dan minim kehilangan pasien. Integrasi pelaporan berbasis sistem informasi TBC memungkinkan tenaga kesehatan memantau perkembangan pasien secara berkala, mengingatkan jadwal kontrol, memverifikasi kepatuhan terapi, dan mempercepat pelaporan kasus baru. Manfaat digitalisasi tidak hanya pada fasilitas kesehatan, tetapi juga pada perencanaan daerah karena pengambilan keputusan akan berbasis data real-time. Hal ini berpotensi mengurangi beban tracer dan kader dalam jangka panjang karena pelaporan menjadi lebih cepat dan tepat. Dengan demikian, digitalisasi menjadi instrumen penting agar upaya pengendalian TBC tidak hanya masif, tetapi juga presisi.

Secara keseluruhan, Renja menggambarkan keseriusan Kota Batu untuk bergerak dari sekadar memberikan layanan menjadi mengamankan hasil layanan. Jika implementasi Renja berjalan konsisten, maka Kota Batu dapat meningkatkan success rate ke >85% dalam jangka pendek (2025–2026) dan mendekati ≥90% dalam jangka menengah (2027–2028). Sebaliknya, jika fokus hanya diberikan pada skrining tanpa pendampingan terapi dan edukasi keluarga, maka perburukan success rate dapat berlanjut meskipun deteksi kasus meningkat. Dengan demikian, Renja menjadi instrumen vital karena menempatkan fokus pada aspek yang selama ini menjadi kelemahan-yaitu mempertahankan pasien sampai sembuh. Bila strategi ini dipertahankan setiap tahun, eliminasi TBC tidak hanya menjadi target jangka panjang, tetapi menjadi proses yang realistis dan terukur.

2.6.4 Kebijakan anggaran terkait program pengendalian TBC

Kebijakan anggaran menjadi fondasi utama keberhasilan pengendalian TBC karena menentukan keberlanjutan dan jangkauan kegiatan di lapangan. Pada tahun 2025, Pemerintah Kota Batu mengalokasikan Rp227.000.000,00 khusus untuk Sub Kegiatan Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Orang Terduga Tuberkulosis, sebagaimana tertuang dalam dokumen Renja Dinas Kesehatan (Dinas Kesehatan Kota Batu, 2025). Anggaran tersebut mencakup pembiayaan skrining suspek TBC, pemeriksaan penunjang, konsultasi klinis, pelaporan kasus, serta koordinasi lintas fasilitas. Jumlah ini relatif sebanding dengan standar kebutuhan daerah lain di Indonesia untuk cakupan skrining ±3.000-4.000 terduga per tahun (Kemenkes RI, 2024). Dengan demikian, alokasi anggaran menunjukkan bahwa program TB telah ditempatkan sebagai prioritas operasional dalam rencana kerja tahunan.

Struktur anggaran TBC Kota Batu memiliki karakter yang lebih progresif dibanding banyak daerah karena dana Rp227 juta

tersebut tidak hanya difokuskan untuk kegiatan klinis, tetapi juga menyertakan pembiayaan tracer, pendampingan pasien, kunjungan rumah, counseling keluarga, serta kegiatan edukasi masyarakat. Pendekatan ini sangat sesuai dengan bukti ilmiah bahwa komponen biaya terbesar program TB berada pada pemantauan terapi, bukan obat atau pemeriksaan laboratorium (Chang et al., 2022). Dalam konteks perilaku masyarakat di mana putus obat masih sering terjadi, pembiayaan kegiatan pendampingan terbukti meningkatkan success rate hingga >15% (Courtwright & Turner, 2010). Oleh karena itu, struktur anggaran Kota Batu memperlihatkan kesesuaian antara kebutuhan epidemiologis dan prioritas pembiayaan.

Walaupun demikian, Kota Batu perlu memperkuat alokasi anggaran untuk Terapi Pencegahan TB (TPT) yang hingga kini belum memiliki pagu tersendiri dalam Renja 2025. Berdasarkan standar Kementerian Kesehatan, satu penerima TPT membutuhkan pembiayaan rata-rata Rp350.000-Rp450.000 per individu, meliputi pemeriksaan awal, obat pencegahan, dan monitoring (Kementerian Kesehatan, 2023). Dengan estimasi ± 700 –900 kontak erat TB aktif setiap tahun di Kota Batu, diperlukan tambahan anggaran $\pm$ Rp 245–405 juta per tahun agar cakupan TPT dapat mencapai target nasional 30–50% pada 2026 dan >80% pada 2028 (WHO, 2022). Tanpa penambahan anggaran tersebut, upaya mencegah infeksi laten berkembang menjadi TB aktif akan terhambat dalam beberapa tahun mendatang.

Selain kebutuhan pendanaan TPT, Kota Batu juga perlu menyesuaikan anggaran untuk mendukung digitalisasi pelaporan TB. Implementasi sistem informasi TB nasional (SITB) memerlukan pembiayaan pelatihan, smartphone untuk tracer, kuota internet, dan integrasi data, dengan kebutuhan operasional rata-rata Rp 25–40 juta per Puskesmas per tahun (Kemenkes RI, 2023). Dengan lima Puskesmas di Kota Batu, kebutuhan digitalisasi penuh mencapai Rp 125–200 juta per tahun. Jika digitalisasi tidak dibiayai secara memadai, risiko pasien hilang dalam pemantauan (*lost to follow-up*) tetap tinggi karena pelaporan manual tidak mampu memonitor perkembangan terapi harian secara akurat (WHO, 2023). Oleh karena itu, penyesuaian anggaran digitalisasi menjadi langkah penting untuk memperkuat ketepatan data dan efektivitas layanan.

Secara keseluruhan, struktur anggaran Kota Batu sudah mendukung pilar utama pengendalian TB, namun beberapa komponen seperti TPT dan digitalisasi masih memerlukan peningkatan agar efektivitas program dapat optimal. Bila pembiayaan diarahkan secara tepat pada kegiatan pendampingan terapi, pelacakan kontak, edukasi publik, serta

TPT, maka success rate Kota Batu sangat mungkin meningkat menjadi $\geq 90\%$ dalam 2–3 tahun (WHO, 2022). Sebaliknya, apabila anggaran terlalu terkonsentrasi pada komponen klinis tanpa intervensi sosial dan pencegahan, laju penurunan kasus TB akan lambat meskipun skrining diperluas. Dengan penataan anggaran berbasis bukti dan kebutuhan lapangan, Kota Batu dapat menjadi salah satu daerah dengan model pembiayaan TB yang efektif dan adaptif di tingkat provinsi maupun nasional.

2.6.5 Kebijakan terkait TBC lainnya

Stigma masyarakat terhadap TB masih menjadi hambatan besar karena membuat keluarga enggan melaporkan gejala dan menolak proses pelacakan kontak, sebagaimana ditemukan di banyak daerah urban dan semi-urban (Gebremariam et al., 2021; Keesara et al., 2022). Hambatan psikososial seperti rasa takut dikucilkan, malu, atau kekhawatiran terkait status pekerjaan sering kali membuat pasien menunda pemeriksaan atau berhenti terapi lebih awal. Studi terbaru menunjukkan bahwa stigma memiliki korelasi kuat dengan kepatuhan pengobatan yang rendah serta keterlambatan diagnosis (Datiko et al., 2019). WHO juga menegaskan bahwa stigma menjadi faktor penghambat terbesar dalam upaya eliminasi TB di negara berpendapatan menengah (WHO, 2023). Oleh karena itu, kebijakan daerah harus secara khusus menargetkan aspek sosial sebagai komponen penting pengendalian TB.

Kebijakan pengendalian TB juga diarahkan untuk memperkuat integrasi program antara Puskesmas, rumah sakit, kader, dan organisasi masyarakat. Sistem rujukan TB sering terhambat karena pasien berpindah fasilitas kesehatan tanpa tindak lanjut informasi yang memadai, sehingga menurunkan kepatuhan terapi. Kota Batu mendorong kebijakan integrasi layanan TB dengan HIV, diabetes, dan penyakit komorbid lain karena pasien dengan penyakit penyerta membutuhkan perawatan yang lebih intensif (Dobler et al., 2021). Pendekatan layanan terpadu ini tidak hanya mempermudah pasien, tetapi juga mengurangi risiko putus obat. Dengan demikian, integrasi layanan menjadi salah satu kebijakan lintas program yang diprioritaskan.

Kebijakan lainnya adalah penguatan digitalisasi TB melalui penerapan Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB), yang mempermudah pemantauan pasien secara real time dan mengurangi risiko kehilangan pasien dalam pemantauan (Kemenkes RI, 2023). Kota Batu mulai mendorong seluruh Puskesmas agar melakukan input data rutin, pelaporan kasus baru, dan pencatatan perkembangan terapi setiap kunjungan. Digitalisasi ini berdampak langsung pada kemampuan tracer untuk mengawal pasien hingga terapi tuntas. WHO mencatat

bahwa digitalisasi pelaporan dapat meningkatkan efektivitas pengendalian TB sebesar 20–30% karena mempercepat proses deteksi kasus dan tindak lanjut (WHO, 2022). Dengan demikian, digitalisasi telah menjadi kebijakan penting dalam modernisasi layanan TB.

Kota Batu juga mengembangkan kebijakan untuk memperkuat kapasitas kader dan jejaring masyarakat dalam mendukung penanggulangan TB. Kader berperan mengawasi minum obat, melakukan kunjungan rumah, mendukung proses edukasi, dan menjembatani komunikasi antara pasien dan fasilitas kesehatan. Peran ini sangat penting karena sebagian besar pasien TB menghadapi hambatan psikologis dan sosial yang tidak dapat diselesaikan hanya melalui layanan medis (Chang et al., 2022). Dengan memperkuat kapasitas kader melalui pelatihan dan insentif, pemerintah daerah berupaya memastikan pasien tetap berada dalam jalur terapi meskipun menghadapi tantangan sosial. Oleh karena itu, kebijakan penguatan kader menjadi bagian integral dari pengendalian TB komunitas.

Secara keseluruhan, kebijakan non-klinis yang diterapkan Kota Batu bertujuan menciptakan ekosistem pengendalian TB yang lebih inklusif, adaptif, dan berbasis masyarakat. Pendekatan ini mengakui bahwa keberhasilan pengendalian TB tidak hanya bergantung pada layanan kesehatan, tetapi juga pada perubahan perilaku, dukungan sosial, dan digitalisasi sistem informasi. Keunggulan Kota Batu adalah jejaring sosial masyarakat yang kuat, sementara tantangan terbesar adalah stigma dan putus obat. Jika kebijakan sosial dan digitalisasi diperkuat secara berkelanjutan, Kota Batu berpotensi mempercepat penurunan kasus TB secara signifikan pada 2026–2030 (WHO, 2022). Dengan demikian, kebijakan terkait TB lainnya menjadi penopang penting menuju visi eliminasi TB 2035.

2.2.6 Mitra Pembangunan dalam Program Penanggulangan TBC di Kota Batu

Penanggulangan TBC di Kota Batu tidak hanya mengandalkan Dinas Kesehatan dan Puskesmas, tetapi juga melibatkan berbagai mitra pembangunan yang memainkan peran penting dalam memperluas jangkauan intervensi dan memperkuat keberlanjutan program. Keberhasilan pengendalian TBC sangat dipengaruhi oleh kemampuan daerah untuk membangun jejaring kemitraan dengan komunitas, lembaga sosial, dunia usaha, dan akademisi (WHO, 2023). Mitra pembangunan membantu mengisi celah yang tidak dapat ditangani pemerintah sendiri, seperti perubahan perilaku masyarakat, peningkatan kepatuhan terapi, dan penanganan stigma. Dengan pendekatan kolaboratif ini, Kota Batu dapat mempercepat pemutusan rantai penularan melalui kerja sama

lintas sektor. Oleh karena itu, kemitraan menjadi elemen strategis dalam mewujudkan eliminasi TBC di tingkat daerah. Komunitas kader dan organisasi berbasis kelurahan menjadi mitra terdekat dan paling efektif dalam pengawalan pasien TBC. Kader memiliki akses langsung ke rumah tangga dan memahami dinamika sosial setempat, sehingga mampu melakukan edukasi, pemantauan minum obat, serta pelacakan kontak secara lebih sensitif terhadap konteks budaya masyarakat. Studi terbaru menunjukkan bahwa pendekatan berbasis komunitas dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan hingga 30% dan menurunkan angka putus obat secara signifikan (Keesara et al., 2022; Datiko et al., 2019). Di Kota Batu, keberadaan kader menjadi penghubung antara fasilitas kesehatan dan warga untuk memastikan pasien tidak keluar dari jalur perawatan. Dengan demikian, kader merupakan mitra pembangunan di garis depan yang berperan vital dalam keberhasilan terapi pasien.

Lembaga keagamaan juga memiliki posisi strategis sebagai mitra pembangunan karena tingginya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap tokoh agama. Kota Batu yang memiliki struktur sosial keagamaan kuat dapat memanfaatkan jejaring masjid, gereja, dan kelompok pengajian untuk menyampaikan pesan kesehatan yang lebih mudah diterima publik. WHO (2024) menekankan bahwa keterlibatan tokoh agama dapat mengurangi stigma, meningkatkan penerimaan terhadap tracer, serta mendorong keluarga terbuka terkait kondisi TBC. Melalui pendekatan ini, pesan kesehatan tidak hanya bersifat medis tetapi juga sosial dan moral, sehingga masyarakat merasa lebih nyaman untuk melakukan pemeriksaan dan mengikuti perawatan. Oleh karena itu, lembaga keagamaan merupakan mitra pembangunan yang berkontribusi besar dalam transformasi sikap dan perilaku masyarakat.

Sektor swasta dan dunia usaha turut menjadi mitra penting dalam Program Penanggulangan TBC di Kota Batu, terutama melalui mekanisme Corporate Social Responsibility (CSR) dan intervensi kesehatan tempat kerja. Kota Batu sebagai kota wisata memiliki banyak pekerja sektor jasa dan pariwisata yang berinteraksi intens dengan masyarakat, sehingga skrining tempat kerja dan edukasi kesehatan menjadi kebutuhan khusus. Banyak perusahaan di sektor hospitality mulai bermitra dengan fasilitas kesehatan untuk menyediakan skrining massal berkala dan penyuluhan bagi karyawan (Kemenkes RI, 2024). Dukungan logistik, pendanaan kegiatan lapangan, dan penyediaan media promosi kesehatan merupakan bentuk kontribusi swasta yang sangat membantu pemerintah daerah. Dengan demikian, sektor swasta memiliki peran penting dalam melindungi populasi pekerja dan mencegah transmisi di lingkungan kerja.

Selain itu, perguruan tinggi, LSM, dan organisasi pemuda memberikan kontribusi dalam pengembangan inovasi, riset, dan edukasi kesehatan di komunitas. Perguruan tinggi dapat menjadi mitra strategis dalam pemetaan risiko, monitoring

program, dan evaluasi kebijakan berbasis evidence, termasuk memanfaatkan mahasiswa kesehatan untuk kegiatan KKN tematik TBC. LSM dan organisasi pemuda seperti Karang Taruna dapat memperluas kampanye literasi kesehatan di tingkat keluarga dan remaja, yang sangat penting untuk menurunkan stigma dan meningkatkan penerimaan TPT (Gebremariam et al., 2021). Studi global juga menunjukkan bahwa kolaborasi multisektor meningkatkan efektivitas program TBC hingga 40% karena setiap mitra mengisi fungsi yang berbeda namun saling melengkapi (MacPherson et al., 2021). Oleh karena itu, kemitraan lintas sektor menjadi kunci dalam memperkuat sistem pengendalian TBC secara menyeluruh di Kota Batu.

Dukungan mitra pendanaan eksternal seperti Global Fund, termasuk melalui organisasi pelaksana seperti Yayasan Bhanu Yasa Sejahtera (Yabhysa) dan jejaring komunitas Panter, memberikan potensi besar dalam memperkuat penemuan kasus aktif, pendampingan pasien berbasis komunitas, serta penguatan sistem pelaporan TBC di Kota Batu. Kehadiran mitra ini memungkinkan program TBC menjangkau kelompok rentan dan populasi dengan mobilitas tinggi yang sulit dijangkau oleh layanan formal. Namun demikian, dukungan tersebut bersifat hibah, berbasis siklus, dan berada di luar kewenangan fiskal pemerintah daerah, sehingga tidak dapat dijadikan satu-satunya penopang keberlanjutan program. Ruang lingkup kegiatan yang didukung juga bersifat spesifik sesuai kerangka donor, sehingga belum mencakup seluruh kebutuhan lokal. Oleh karena itu, dalam perencanaan daerah, mitra pendanaan eksternal diposisikan sebagai penguat dan katalis program, sementara keberlanjutan pengendalian TBC tetap bertumpu pada penguatan sistem layanan kesehatan daerah dan dukungan APBD (The Global Fund, 2022; WHO, 2023).

BAB III

INDIKATOR DAN TARGET KINERJA

3.1. Indikator untuk Strategi

Penentuan indikator dan target kinerja merupakan hal yang penting sebagai bagian dari langkah-langkah strategis dan terukur untuk menekan angka kesakitan suatu penyakit. Upaya ini membutuhkan pendekatan yang holistik, terfokus pada pencegahan, pengobatan, dan pengendalian faktor risiko. Goal dari langkah-langkah dan upaya-upaya tersebut adalah eliminasi penyakit secara berkesinambungan dan memastikan penyakit tersebut tidak lagi menjadi ancaman kesehatan masyarakat.

Indikator kinerja berfungsi sebagai alat ukur keberhasilan program penanggulangan, sedangkan target kinerja menjadi sasaran yang harus dicapai dalam kurun waktu tertentu. Dengan indikator dan target yang jelas, program penanggulangan TBC dapat lebih efektif

dalam mengarahkan sumber daya, memantau capaian, dan mengidentifikasi tantangan yang perlu diatasi.

3.1 Indikator dan Target Nasional Eliminasi TBC Tahun 2030

Berikut ini merupakan indikator dan target nasional yang harus dicapai dalam eliminasi TBC.

3.1.1 Indikator

Untuk mengukur keberhasilan Penanggulangan penyakit TBC ditetapkan target mencapai Eliminasi penyakit TBC pada akhir tahun 2030. Target mencapai Eliminasi untuk penyakit TBC didasarkan pada indikator sebagai berikut:

- 1. Jumlah kasus TBC yang ditemukan, dicatat dan dilaporkan sesuai standar > 90%
- 2. Angka *success rate* > 90%
- 3. Kontak serumah yang diberikan terapi pencegahan Tuberkulosis > 80%

3.1.2 Target

Target yang akan dicapai adalah mengakhiri penyakit TBC tahun 2030 secara nasional, dengan mencapai yaitu:

- 1. menurunkan *incidence rate* 80%, menjadi ditemukan sebanyak 65 kasus setiap 100.000 penduduk pada tahun 2030;
- 2. menurunkan kematian 90%, menjadi ditemukan 6 kematian kasus TBC setiap 100.000 penduduk yang menderita TBC.

3.2 Indikator dan Target Kinerja Penanggulangan Tuberkulosis di Jawa Timur

Sesuai dengan Rencana Aksi Daerah yang mengacu pada Rencana Aksi Nasional (RAN) Program Penanggulangan TBC Nasional, Revisi Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis 2020–2024 dan Rencana Interim 2025–2026, maka Target dan Indikator Program Penanggulangan TBC di tingkat Kota Batu adalah sebagai berikut:

3.2.1 Indikator Dampak dan Target

Target pada setiap indikator dampak dapat dilihat secara rinci pada Tabel 3.2.1

Tabel 3.2.1 Indikator Dampak dan Target

INDIKATOR	Garis dasar 2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Insidensi tuberkulosis per 100.000 penduduk	366	362	308	263	231	207	188

3.2.2 Indikator dan Target Utama

Target sesuai indikator utama diuraikan dalam tabel berikut.

Tabel 3.2.2. Indikator Dampak dan Target Utama

NO	INDIKATOR	TARGET						
		2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1	Perkiraan jumlah penduduk (Pusdatin)	222.685	225.120	227.485	229.765	231.972	234.090	236.155
2	Perkiraan Insiden TBC (perhitungan beban dan target penemuan TBC)	816	700	604	535	483	443	413
3	Jumlah terduga TBC yang ditemukan (target SPM) dengan rumus $54\% \text{ (proporsi terkonfirmasi bakteriologis, GTR 2023)} \times 10 \text{ (kontak, Permenkes 67)} \times \text{Jumlah kasus TBC yang harus ditemukan.}$	3.964	3.401	2.935	2.602	2.349	2.154	2.009
4	Target cakupan penemuan kasus TBC	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
5	Jumlah kasus TBC yang harus ditemukan (target cakupan penemuan kasus TBC x insiden TBC)	734	630	543	482	435	399	372
6	Jumlah kasus TBC SO yang memulai pengobatan (<i>enrollment</i>)	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
7	Angka keberhasilan pengobatan kasus TBC SO	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
8	Persentase kasus TBC yang mengetahui status HIV	80%	85%	90%	95%	95%	95%	95%
9	Persentase kasus TBC-HIV yang mendapatkan ARV selama pengobatan TBC	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
10	Jumlah perkiraan kasus TB Anak 0-14 tahun (19,3% dari perkiraan insiden TBC semua umur)	157	135	117	103	93	86	80
11	Target cakupan penemuan kasus TBC anak	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
12	Perkiraan kontak serumah yang memenuhi syarat mendapatkan TPT	304	261	225	199	180	165	154
13	Perkiraan kontak serumah usia <5 tahun memenuhi syarat mendapat TPT	21	18	16	14	13	12	11
14	Perkiraan kontak serumah usia 5-14 tahun memenuhi syarat mendapat TPT	43	37	31	28	25	23	22
15	Perkiraan kontak serumah usia ≥15 tahun memenuhi syarat mendapat TPT	240	206	178	158	142	130	122

16	Kelompok risiko lain (lapas, petugas kesehatan, imunosupresan, dll)	223	225	227	230	232	234	236
17	Target persentase total kontak serumah	68%	72%	80%	80%	80%	80%	80%
18	Target persentase <5% tahun mendapat TPT	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
19	Target persentase 5-14 tahun mendapat TPT	50%	50%	50%	55%	55%	55%	55%
20	Target persentase ≥15 tahun mendapat TPT	70%	75%	85%	85%	85%	85%	85%
21	Target risiko lain (lapas, petugas kesehatan, imunosupresan, dll)	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%
22	ODHIV mendapat TPT	55%	60%	65%	70%	75%	85%	95%
23	Persentase indeks kasus (kasus TB terkonfirmasi bakteriologis) yang dilakukan Investigasi Kontak (IK)	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
24	Persentase Indeks Kasus (kasus TB terkonfirmasi klinis) yang dilakukan Investigasi Kontak (IK)	30%	40%	50%	50%	50%	50%	50%
25	Persentase Kasus TBC yang ditemukan dari Investigasi Kontak (IK)	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
26	Target Skrining TB pada penyandang DM	475	597	722	847	972	1097	1222

BAB IV

ISU-ISU STRATEGIS

Isu strategis menggambarkan masalah penting apa saja yang perlu mendapat perhatian besar. Penetapan isu strategis ini penting agar perencanaan, alokasi sumber daya dapat efisien, sehingga target yang telah ditetapkan dapat tercapai. Beberapa isu strategis yang didapat baik dari data primer maupun data sekunder telah dirangkum pada uraian berikutnya.

Isu Strategis 1: Rendahnya Pengetahuan, Kepatuhan, dan Dukungan Sosial terhadap Pengobatan TBC

Masih rendahnya pemahaman masyarakat, pasien, dan keluarga mengenai TBC menjadi isu strategis utama. Banyak keluarga baru menyadari bahaya TBC setelah ada anggota keluarga yang sakit, sehingga pencegahan dan deteksi dini tidak berjalan optimal. Efek samping obat yang cukup berat juga menurunkan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan, dan situasi ini diperburuk oleh lemahnya dukungan keluarga dalam mengingatkan dan memantau konsumsi obat. Stigma di lingkungan tempat tinggal membuat pasien enggan terbuka mengenai kondisinya, sehingga menurunkan partisipasi masyarakat dalam pemeriksaan kontak dan kegiatan skrining. Minimnya dukungan sosial

ini berdampak langsung pada keberhasilan investigasi kontak (IK), terapi dan upaya pemutusan penularan TBC.

Isu Strategis 2: Pelaksanaan Investigasi Kontak dan ACF yang Belum Optimal

Pelaksanaan investigasi kontak (IK) dan *Active Case Finding* (ACF) masih menghadapi berbagai hambatan. Beberapa petugas puskesmas belum melaksanakan IK secara konsisten, terutama ketika terdapat pasien DM. Koordinasi antara sekolah, puskesmas, dan rumah sakit juga masih perlu ditingkatkan, sehingga skrining dan penanganan kasus di lingkungan pendidikan dapat lebih terkoordinir. Kader kesehatan belum terlibat secara formal dan sistematis dalam kegiatan IK, meskipun mereka berperan penting dalam penjangkauan masyarakat. Situasi ini menunjukkan perlunya penguatan tata laksana IK dan ACF secara terstruktur, terjadwal, serta melibatkan semua pemangku kepentingan.

Isu Strategis 3: Keterbatasan Kapasitas Sistem Kesehatan dan Ketersediaan Sumber Daya

Beberapa hambatan berasal dari keterbatasan fasilitas dan tata kelola layanan kesehatan. Ketersediaan obat tertentu kadang kosong, laboratorium belum memadai, serta proses input data SITBC kadang mengalami keterlambatan. Di sekolah, sarana kesehatan seperti UKS belum semua sekolah memiliki ventilasi dan ruang isolasi sementara yang layak. Di sisi lain, jumlah kader TBC masih terbatas dan kapasitas teknis mereka masih perlu ditingkatkan, terutama dalam edukasi, pengambilan dahak, dan komunikasi risiko. Minimnya insentif juga dapat menurunkan motivasi kader. Keterbatasan sumber daya ini berdampak pada lambatnya penemuan kasus dan lemahnya monitoring pengobatan.

Isu Strategis 4: Kurangnya Regulasi Operasional, dan Standar Prosedur

Belum tersedianya SOP khusus penanganan TBC di sekolah, kurangnya koordinasi antara fasilitas kesehatan dan lembaga pendidikan, serta belum optimalnya kolaborasi dengan lingkungan kerja merupakan isu penting. Hal ini perlu dilakukan karena tidak semua sekolah dan tempat kerja memiliki fasilitas dan tenaga kesehatan yang mampu melakukan beberapa tingkat tindakan pencegahan penyakit, khususnya TBC.

Isu Strategis 5: Kurangnya Koordinasi dan Komitmen Lintas Sektor Perangkat desa merupakan salah satu stakeholder yang memiliki peran penting dalam penanggulangan TBC. Namun saat ini perangkat desa belum memberikan dukungan maksimal dalam kegiatan ACF dan IK, padahal peran mereka sangat strategis dalam mobilisasi masyarakat. Ketiadaan tim yang terstruktur, termasuk *Community Health Cluster*, membuat upaya penanganan TBC tidak terintegrasi. Isu koordinasi lintas sektor ini menjadi hambatan signifikan dalam percepatan eliminasi TBC di tingkat lokal. Perangkat desa melalui anggaran desa dapat berperan dalam penambahan jumlah kader dan penambahan insentif kader. Stakeholder lain yang perlu ditingkatkan perannya adalah stakeholder yang mampu mengumpulkan dana untuk keperluan sosial.

Isu Strategis 6: Dampak Ekonomi Penyakit TBC terhadap Rumah Tangga

TBC juga membawa beban ekonomi yang signifikan bagi pasien dan keluarganya. Pendapatan keluarga menurun karena pasien tidak dapat bekerja atau harus mengambil cuti sakit berkepanjangan. Biaya tambahan untuk makanan bergizi dan kebutuhan pengobatan turut memperburuk kondisi ekonomi rumah tangga. Situasi ini memperbesar risiko putus obat dan kegagalan pengobatan karena pasien berusaha kembali bekerja sebelum pulih demi mencukupi kebutuhan keluarga. Kerentanan ekonomi ini menjadi isu strategis yang perlu diatasi melalui dukungan sosial dan perlindungan finansial bagi pasien TBC.

BAB V

STRATEGI, KEGIATAN DAN LUARAN

Sejalan dengan Tujuan Pembangunan Nasional dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDG), pemerintah berkomitmen untuk mengakhiri TBC pada tahun 2030 (*End TB*). Komitmen ini merupakan langkah strategis dalam mewujudkan sistem kesehatan yang kuat sekaligus mendukung agenda global untuk mengeliminasi penyakit menular yang berdampak besar terhadap kualitas hidup masyarakat. Berbagai langkah prioritas yang dituangkan dalam strategi, perencanaan kegiatan, serta target tahunan menjadi dasar bagi upaya penanggulangan tuberkulosis yang lebih sistematis dan terarah.

5.1 Strategi

Untuk mendukung agenda eliminasi TBC, Kementerian Kesehatan menetapkan strategi nasional melalui Rencana Aksi Nasional (RAN) Program Penanggulangan TBC Nasional, revisi Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis 2020-2024. Strategi ini mencakup:

- a. memperkuat komitmen dan kepemimpinan pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota untuk mendukung percepatan eliminasi TBC tahun 2030;
- b. meningkatkan akses layanan diagnosis dan pelayanan perawatan TBC yang bermutu serta berorientasi pada kebutuhan pasien;
- c. mengoptimalkan upaya promosi kesehatan dan pencegahan, termasuk pemberian pengobatan pencegahan tuberkulosis serta pengendalian infeksi;
- d. memanfaatkan hasil riset dan teknologi dalam skrining, diagnosis, dan tata laksana TBC;
- e. meningkatkan peran serta komunitas, mitra, dan pemangku kepentingan multisektor dalam eliminasi TBC; dan
- f. memperkuat manajemen program melalui peningkatan sistem kesehatan.

Strategi nasional terdiri atas tiga strategi fungsional yang berfokus pada pencegahan, surveilans, penemuan kasus, dan pengobatan, serta tiga strategi pendukung yang memperkuat faktor kontekstual program. Seluruh strategi ini selaras dengan tiga pilar End TB strategy yaitu layanan integrasi berpusat pada pasien, kebijakan, dan sistem pendukung yang kuat, serta inovasi dan penelitian.

5.2 Kegiatan Utama dan Luaran

Penanggulangan TBC membutuhkan pendekatan komprehensif dan terintegrasi dengan melibatkan berbagai pihak. Berikut adalah ringkasan aktivitas Pemerintah Kota Batu untuk mendukung eman strategi utama penanggulangan TBC.

5.2.1 Strategi 1. Penguatan komitmen, dukungan regulasi dan mobilisasi Pemerintah Kota Batu untuk mendukung percepatan eliminasi TBC 2030

Tabel 5. 2.1. Ringkasan Aktivitas Pemerintah Kota Batu untuk Mendukung Strategi Satu dalam Penanggulangan TBC

No Aktifitas	Aktivitas	No. Sub Aktivitas	Sub Aktivitas	Penanggung Jawab Utama	Pendamping	Target					
						2025	2026	2027	2028	2029	2030
1.1	Pembentukan tim percepatan penanggulangan TBC (TP2TBC) kota Batu periode 2025 - 2030	1.1.1	Penyusunan draft / revisi SK Tim TP2TBC Kota Batu	Dinas Kesehatan	Pemda Kota Batu	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		1.1.2	Pertemuan monitoring dan evaluasi dengan seluruh anggota tim TP2TBC Kota Batu	Dinas Kesehatan	Semua OPD	2x kegiatan	2x kegiatan	2x kegiatan	2x kegiatan	2x kegiatan	2x kegiatan
1.2	Penyusunan RAD periode 2025-2030	1.2.1	Pertemuan pembahasan RAD periode 2025-2030 melibatkan lintas sektor	Dinas Kesehatan	OPD terkait	1 paket kegiatan					
		1.2.2	Menerbitkan surat edaran ke pihak terkait implementasi kegiatan penanggulangan TBC	Dinas Kesehatan	Pemda Kota Batu	100%	100%				
		1.2.3	Monitoring implementasi surat edaran	Dinas Kesehatan	TP2TBC	100%	100%				
		1.2.4	Pelaksanaan rapat evaluasi hasil implementasi dan koordinasi rencana tindak lanjut	Dinas Kesehatan	TP2TBC	1 x kegiatan	1x kegiatan	1x kegiatan	1x kegiatan	1x kegiatan	1x kegiatan
1.3	Penguatan kebijakan teknis percepatan penanggulangan TBC	1.3.1	Perumusan kebijakan teknis percepatan penanggulangan TBC meliputi : Kebijakan pelaksanaan skrining TBC pada	TP2TBC	Dinas Kesehatan Bagian Hukum Bapelitbangda Rumah Sakit	1 kebijakan teknis	1 kebijakan teknis	1 kebijakana teknis	1 kebijakana teknis	1 kebijakana teknis	1 kebijakana teknis

			populasi berisiko (DM, HIV) Kebijakan pengobatan bagi yang sudah terdiagnosa TBC dan penanganan efek samping obat Kebijakan pelacakan kasus mangkir / menolak / LTFU Kebijakan Investigasi Kontak dan Pemberian Terapi pencegahan TBC Kebijakan penanggulangan TBC di tempat kerja, instansi pendidikan, asrama								
		1.3.2	Advokasi penerapan kebijakan untuk skrining anak sekolah mahasiswa, dan pekerja pada awal masuk Advokasi Keterlibatan lingkungan terdekat dalam mendampingi pasien berobat	TP2TBC	Dinas Pendidikan dan Dinas Ketenagakerjaan	Terlaksana 100%	100%	100%	100%	100%	100%
1.4	Penyediaan anggaran memadai untuk menanggulangi TBC di level Kelurahan / Desa	1.4.1	Melakukan pertemuan dengan pimpinan Kelurahan / Desa terkait penyediaan anggaran untuk kegiatan TBC	TP2TBC	Bapelitbangda, DP3AP2KB	1x pertemuan	1x	1x	1x	1x	1x
		1.4.2	Penyediaan anggaran terkait sistem reward dan punishment untuk wilayah semisal kompetisi “Kelurahan / Desa Bebas TBC” dan kader TBC	TP2TBC	Dinas Kesehatan	1 skema tersedia	Implementasi	Implementasi	Evaluasi	Optimalisasi	Lanjut
1.5	Peningkatan keterlibatan lintas sektor dalam upaya penanggulangan TBC	1.5.1	Melakukan pertemuan advokasi dengan semua lintas sektor di Kota Batu	TP2TBC	Dinas Kesehatan	2x kegiatan	2x	2x	2x	2x	2x
		1.5.2	Penguatan peran KOPI TB	KOPI TB Kota Batu	Dinas Kesehatan	1 kegiatan	1 kegiatan	1 kegiatan	1 kegiatan	1 kegiatan	1 kegiatan

5.2.2 Strategi 2 Penguatan Kapasitas Diagnostik, Investigasi Kontak, dan Alur Rujukan

Tabel 5.2.2. Ringkasan Aktifitas Pemerintah Kota Batu untuk Mendukung Strategi Dua dalam Penanggulangan TBC

No Aktifitas	Aktivitas	No. Sub Aktivitas	Sub Aktivitas	Penanggung Jawab Utama	Pendamping	Target					
						2025	2026	2027	2028	2029	2030
2.1	Meningkatkan cakupan penemuan kasus TBC dengan peningkatan sarana diagnosis dan investigasi kontak	2.1.1	Koordinasi Dinkes Kota Batu dengan Dinas Provinsi Jatim dan lembaga terkait	Dinas Kesehatan Kota Batu	Dinas Kesehatan Provinsi Jatim	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2.1.1	Penyusunan alur jejaring pemeriksaan TBC	TP2TBC	RS, Puskesmas	100% SOP tersusun	Implementasi	Efektif	Evaluasi	Optimalisasi	Evaluasi
		2.1.3	Koordinasi lintas sektor dalam implementasi kewajiban melakukan investigasi kontak dan pemberian TPT	TP2TBC	Kecamatan, Kelurahan	2x kegiatan	2x kegiatan (1x / semester)	2x kegiatan (1x / semester)	2x kegiatan (1x / semester)	2x kegiatan (1x / semester)	2x kegiatan (1x / semester)
2.2	Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan	2.2.1	Melakukan pelatihan komunikasi efektif untuk meningkatkan kepatuhan minum obat dan pendampingan pengobatan bagi seluruh faskes di Kota Batu	Dinas Kesehatan Kota Batu	Fasyankes	2x kegiatan	2x kegiatan	2x kegiatan	2x kegiatan	2x kegiatan	2x kegiatan
2.3	Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan dan kader dalam upaya pencegahan dan penanganan TB di Kota Batu	2.3.1	Pengembangan kompetensi tenaga kesehatan dan kader	Dinas Kesehatan Kota Batu	Puskesmas, Komunitas	2x kegiatan	2x kegiatan	2x kegiatan	2x kegiatan	2x kegiatan	2x kegiatan

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

Tabel 5.2.3. Ringkasan Aktifitas Pemerintah Kota Batu untuk Mendukung Strategi Tiga dalam Penanggulangan TBC

No	Aktivitas	No Subaktivitas	Sub Aktivitas	Penanggung Jawab Utama	Pendamping	2025	2026	2027	2028	2029	2030
3.1	Peningkatan kualitas penyelenggaraan KIE terkait TBC	3.1.1	Pengembangan materi KIE yang edukatif: (1) Faktor risiko TBC dan cara pengelolaannya; (2) Pentingnya mengenali gejala sedini mungkin; (3) Pentingnya pengobatan tuntas (4) mengurangi stigma TBC	Dinas Kesehatan Kota Batu–Promosi Kesehatan	P2P, Puskesmas, Diskominfo	2.040 leaflet; 1 flyer; 1 video	1 baliho + 1 flyer & 1 video (share medsos)	1 baliho + 1 flyer & 1 video (share medsos)	1 baliho + 1 flyer & 1 video	1 baliho + 1 flyer & 1 video	1 baliho + 1 flyer & 1 video
		3.1.2	Pelaksanaan kampanye TBC di masyarakat (CFD, sekolah, desa)	Dinas Kesehatan	Puskesmas, Kecamatan, Komunitas	3 kegiatan	4	4	5	5	5
		3.1.3	Edukasi TBC melalui media digital/online	Dinas Kesehatan	Diskominfo	12 postingan	12	12	12	12	12
3.2	Peningkatan cakupan Pengobatan Pencegahan Tuberkulosis (TPT)	3.2.1	Skrining eligibilitas TPT pada kontak erat	Puskesmas	Dinas Kesehatan	60% kontak disaring	70%	80%	85%	90%	95%
		3.2.2	Pemberian TPT pada kontak yang memenuhi kriteria	Puskesmas	Dinas Kesehatan	50% eligible mendapat TPT	60%	70%	80%	85%	90%
		3.2.3	Pemantauan penyelesaian TPT	Puskesmas	Kader, Desa/Kel	40% selesai	50%	60%	70%	80%	90%
3.3	Penguatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TBC	3.3.1	Implementasi kebijakan PPI TBC di semua fasyankes dan lingkungan penderita TBC	Dinas Kesehatan	Puskesmas, RS	80% fasyankes	90%	100%	100%	100%	100%
		3.3.2	Pelatihan dan refreshing tenaga kesehatan dan kader tentang PPI TBC	Dinas Kesehatan	Fasyankes	1 pelatihan	1 pelatihan	1 pelatihan	1 pelatihan	1 pelatihan	1 pelatihan
		3.3.3	Penyediaan sarana PPI (ventilasi, masker, signage, triase)	Puskesmas	Dinas Kesehatan	70% sarana tersedia	80%	90%	100%	100%	100%

5.2.4 Strategi 4: Peningkatan peran komunitas, mitra, dan lintas sektor dalam eliminasi
Tabel 5.2.4. Ringkasan Aktifitas Pemerintah Kota Batu untuk Mendukung Strategi Empat dalam Penanggulangan TBC

No	Aktivitas	No Sub Aktivitas	Sub Aktivitas	Penanggung Jawab Utama	Pendamping	2025	2026	2027	2028	2029	2030
4.1	Meningkatkan upaya pemberdayaan masyarakat	4.1.1	Memberdayakan masyarakat dan kader termasuk perangkat wilayah melakukan skrining penemuan kasus TBC	TP2TBC	DP3AP2KB	6 desa/ kel	10 desa/ kel	12 desa/ kel	15 desa/ kel	18 desa/ kel	semua desa/ kel
		4.1.2	Memberdayakan masyarakat, kader, dan perangkat wilayah dalam mendampingi pasien TBC dan mengatasi stigma	TP2TBC	Puskesmas, PKK, Karang Taruna	50% pasien didampingi	60%	70%	80%	90%	95%
4.2	Peningkatan peran lintas sektor dalam menangani faktor psiko sosio ekonomi dan lingkungan penderita TBC	4.2.1	Koordinasi dengan lembaga sosial	Dinas Kesehatan	Kesra, Dinas Sosial	1x kegiatan	1x	1x	1x	1x	1x
		4.2.2	Pemberian bantuan sosial kepada penderita TBC	Perangkat wilayah	Dinas Kesehatan	12x kegiatan	12x	12x	12x	12x	12x
		4.2.3	Perbaikan rumah tinggal layak huni bagi penderita TBC	Dinsos, Baznas	Dinsos	3 rumah	3 rumah	4 rumah	4 rumah	4 rumah	Dinsos, Baznas
		4.2.4	Monitoring implementasi skrining di lingkungan penderita TBC	Dinas Kesehatan	TP2TBC	100%	100%				

5.2.5 Strategi 5: Pemanfaatan hasil riset dan teknologi
Tabel 5.2.5. Ringkasan Aktifitas Pemerintah Kota Batu untuk Mendukung Strategi Lima dalam Penanggulangan TBC

No	Aktivitas	No Subaktivitas	Sub Aktivitas	Penanggung Jawab Utama	Pendamping	Target 2025	2026	2027	2028	2029	2030
5.1	Penguatan penelitian dan pengabdian masyarakat TBC	5.1.1	Mendorong kolaborasi dengan institusi pendidikan untuk penelitian & pengabdian masyarakat terkait TBC	TP2TBC	Dinkes, Perguruan Tinggi	1x kegiatan	1x	1x	1x	1x	1x
		5.1.2	Mendorong riset operasional tentang deteksi dini, IK, TPT, dan	Dinas Kesehatan	Perguruan Tinggi	Identifikasi topik riset	1 riset	1 riset	1 riset	1 riset	1 riset

			putus obat, dukungan nutrisi untuk efek samping obat								
		5.1.3	Diseminasi hasil penelitian untuk perbaikan layanan TBC	Dinas Kesehatan	TP2TBC	1 forum	1 forum	1 forum	1 forum	1 forum	1 forum
5.2	Pemanfaatan sistem informasi dan digitalisasi layanan	5.2.1	Optimalisasi SITB dan integrasi data riset TBC	Dinas Kesehatan	Diskominfo	80% kelengkapan data	90%	95%	100%	100%	100%
		5.2.2	Pengembangan e-monitoring (PMO digital, reminder WA/SMS)	Puskesmas	Dinkes, Komunitas	1 puskesmas pilot	3 puskesmas	5 puskesmas	Semua puskesmas	Evaluasi	Optimal
		5.2.3	Pemanfaatan data berbasis bukti (dashboard analisis TBC) untuk pengambilan keputusan	Dinas Kesehatan	Diskominfo	Dashboard dibuat	Digunakan internal	Digunakan lintas sektor	Optimalisasi	Evaluasi	Optimal

5.2.6 Strategi 6: Penguatan Manajemen Program melalui Penguatan Sistem Kesehatan

Tabel 5.2.6. Ringkasan Aktifitas Pemerintah Kota Batu untuk Mendukung Strategi Enam dalam Penanggulangan TBC

No	Aktivitas	No Sub aktivitas	Sub Aktivitas	Penanggung Jawab Utama	Pendamping	Target 2025	2026	2027	2028	2029	2030
6.1	Penguatan surveillance TBC melalui komunikasi dan teknologi informasi	6.1.1	Peningkatan kualitas pelaporan SITB di semua fasyankes	Dinas Kesehatan – Bidang P2P&PB	Puskesmas, RS, Lab	90% fasyankes mengirim laporan tepat waktu	95%	100%	100%	100%	100%
		6.1.2	Penguatan kapasitas petugas SITB	Dinas Kesehatan	Puskesmas	80% petugas terlatih	100%	Refresh	Refresh	Refresh	Refresh
6.2	Mengembangkan dan memanfaatkan sistem informasi penunjang TBC	6.2.1	Integrasi data TBC dengan EPUS/ERM FASKES	Dinas Kesehatan	Fasyankes	Desain awal	Integrasi	Implementasi	Optimalisasi	Interkoneksi SKPD	Evaluasi

BAB VI

PEMBIAYAAN

6.1. Proyeksi Biaya

Proyeksi pembiayaan penanggulangan Tuberkulosis Kota Batu tahun 2025–2030 disusun untuk memberikan gambaran kebutuhan pendanaan berdasarkan enam strategi utama yang diuraikan dalam Bab V. Penyusunan proyeksi ini mempertimbangkan beban TB Kota Batu, kebutuhan intervensi program, struktur pembiayaan nasional–provinsi, serta alokasi anggaran pada Renja Dinas Kesehatan 2025 sebagaimana dicantumkan pada dokumen acuan. Proyeksi biaya juga memperhitungkan perluasan cakupan skrining, diagnosis, investigasi kontak, pendampingan pasien, serta digitalisasi sistem informasi, yang merupakan prioritas eliminasi TBC 2030.

6.1.1 Dasar Penyusunan Proyeksi Biaya

Dasar perhitungan proyeksi biaya mengacu pada data berikut:

- a. Alokasi Renja Dinas Kesehatan Kota Batu 2025 sebesar Rp 227 juta untuk pemeriksaan 3.956 suspek TB, termasuk skrining dan tindak lanjut.
- b. Kebutuhan program meliputi intervensi non-klinis yang semakin besar, seperti investigasi kontak, pendampingan pasien, edukasi masyarakat, penguatan SITB, dan koordinasi lintas sektor.
- c. Estimasi WHO bahwa 1 episode TB membutuhkan ± Rp 9,7 juta, yang mencakup biaya medis dan non-medis.
- d. RAD Provinsi Jawa Timur menyebutkan pembiayaan TB sensitif obat berada pada kisaran Rp 400.000–1.200.000/pasien, sedangkan pengobatan TB resisten obat dapat mencapai Rp 100 juta/pasien.

Data dan standar biaya tersebut digunakan untuk memperkirakan kebutuhan pendanaan program secara komprehensif selama periode implementasi RAD.

6.1.2 Komponen Biaya Utama

Mengacu pada strategi program dan kebutuhan lapangan, komponen pembiayaan dikelompokkan menjadi enam strategi yang telah dihitung melalui matriks biaya. Kebutuhan pembiayaan dapat dipetakan sebagai berikut:

- a. penguatan komitmen, tata kelola, regulasi, dan lintas sektor (Strategi 1)
Pembiayaan difokuskan pada penyusunan kebijakan teknis, pembentukan TP2TBC, koordinasi lintas sektor, penyusunan RAD, monitoring dan evaluasi. Kegiatan ini memiliki kebutuhan biaya tahunan yang relatif stabil dengan kenaikan mengikuti peningkatan cakupan koordinasi dan kebutuhan advokasi.
- b. peningkatan penemuan kasus, kualitas pelayanan, investigasi kontak, dan kompetensi SDM (Strategi 2)
Strategi ini memerlukan pembiayaan cukup besar karena mencakup jejaring diagnostik, implementasi SOP pemeriksaan, pelatihan komunikasi efektif, serta penguatan investigasi

- kontak dan pemberian TPT. Kegiatan ini selaras dengan komponen deteksi dini & diagnosis pada dokumen utama.
- c. Penguatan KIE, kampanye publik, TPT, dan pencegahan dan pengendalian infeksi (Strategi 3)
Pembiayaan mencakup pengembangan materi edukasi, kampanye publik, edukasi digital, peningkatan cakupan TPT, serta penyediaan sarana PPI. Komponen TPT menjadi salah satu beban pembiayaan terbesar dan meningkat setiap tahun sebagaimana ditunjukkan dalam proyeksi TPT pada dokumen sumber ($\pm$ Rp462 juta pada 2025).
 - d. pemberdayaan masyarakat dan dukungan sosial (Strategi 4)
Kegiatan pada strategi ini selaras dengan komponen pendampingan pasien dan tracer dalam dokumen utama. Biaya meliputi penguatan kader, pendampingan pasien, bantuan sosial, serta perbaikan lingkungan rumah. Pendampingan pasien sangat kritis mengingat risiko putus obat yang masih tinggi. Dokumen acuan mencatat bahwa putus obat menjadi penyebab utama rendahnya *success rate*.
 - e. penguatan riset operasional dan sistem informasi (Strategi 5)
Pembiayaan mendukung kolaborasi dengan perguruan tinggi, riset operasional, diseminasi hasil penelitian, optimalisasi SITB, pengembangan e-monitoring, serta pemanfaatan *dashboard* analitik.
 - f. penguatan surveillance, pelaporan SITB, dan integrasi sistem informasi (Strategi 6)
Komponen biaya meliputi peningkatan kualitas pelaporan SITB, penguatan kapasitas petugas, integrasi data TBC dengan sistem informasi lain (e-Puskesmas, ERM), serta optimalisasi pelaporan tepat waktu. Komponen ini selaras dengan kategori “penguatan sistem informasi dan monev” yang dalam dokumen utama diproyeksikan membutuhkan Rp150–200 juta per tahun.

6.1.3 Proyeksi Kebutuhan Biaya 2025–2030

Mengacu pada enam strategi di atas dan proyeksi biaya dalam dokumen sumber, kebutuhan pendanaan diperkirakan meningkat dari $\pm$ Rp3,4 miliar pada 2025 menjadi $\pm$ Rp4,35 miliar pada 2030. Peningkatan ini dipengaruhi oleh:

- a. perluasan cakupan skrining (dari 3.956 menjadi $\pm$ 6.000 suspek/tahun);
- b. Kenaikan kebutuhan pengobatan TB SO dan TB RO (TB RO menjadi komponen biaya terbesar sebagaimana dicantumkan pada dokumen);
- c. ekspansi TPT untuk $\geq 70\%$ kontak erat (diperkirakan membutuhkan Rp462 juta per tahun);
- d. pendampingan pasien, tracer, kader, dan dukungan sosial ($\pm$ Rp219 juta/tahun); dan
- e. penguatan sistem informasi, SITB, pelatihan, supervisi, dan Monev (Rp150–200 juta/tahun).

Tabel 6.1.3.1. STRATEGI 1 – Penguatan Komitmen, Regulasi, Advokasi dan Tata Kelola Percepatan Penanggulangan TBC Kota Batu
(Format Peraturan Menteri Dalam Negeri– Estimasi dalam ribuan rupiah)

No	Aktivitas/ Subaktivitas	Indikator	Target Tahunan	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Penanggung Jawab	Pendamping	Sumber Dana
1.1 Pembentukan TP2TBC Kota Batu 2025–2030												
1.1.1	Penyusunan draft/revisi SK TP2TBC	Dokumen SK terbit	100%	10.000	11.000	12.000	13.000	14.000	15.000	Dinkes	Pemkot	APBD
1.1.2	Pertemuan monitoring & evaluasi TP2TBC	Jumlah pertemuan	2 kali	12.000	13.000	14.000	15.000	16.000	17.000	Dinkes	OPD	APBD
Subtotal 1.1				22.000	24.000	26.000	28.000	30.000	32.000			
1.2 Penyusunan RAD TBC 2025–2030												
1.2.1	Pertemuan pembahasan RAD 2025–2030	Paket kegiatan	1 paket	15.000	16.000	17.000	18.000	19.000	20.000	Dinkes	OPD	APBD
1.2.2	Penerbitan surat edaran implementasi TBC	SE terbit	100%	6.000	6.500	7.000	7.500	8.000	8.500	Dinkes	Pemkot	APBD
1.2.3	Monitoring implementasi SE	Laporan Monev	100%	8.000	8.500	9.000	9.500	10.000	10.500	Dinkes	TP2TBC	APBD
1.2.4	Rapat evaluasi implementasi & RTL	Jumlah rapat	1 kali	10.000	10.500	11.000	11.500	12.000	12.500	Dinkes	TP2TBC	APBD
Subtotal 1.2				39.000	41.500	44.000	46.500	49.000	51.500			
1.3 Penguatan Kebijakan Teknis TBC												
1.3.1	Perumusan kebijakan teknis percepatan TBC (skrining DM/HIV, pengobatan, LTFU, IK-TPT, TBC tempat kerja/sekolah)	Dokumen kebijakan	1 kebijaka n	18.000	19.000	20.000	21.000	22.000	23.000	TP2TBC	Dinkes, RS, Bapelitbangda	APBD
1.3.2	Advokasi implementasi kebijakan (sekolah, kampus, dunia kerja)	Persentase terlaksana	100%	12.000	13.000	14.000	15.000	16.000	17.000	TP2TBC	Pendidikan & Disnaker	APBD
Subtotal 1.3				30.000	32.000	34.000	36.000	38.000	40.000			
1.4 Penguatan Pembiayaan TBC Desa/Kelurahan												
1.4.1	Pertemuan advokasi penyediaan anggaran desa untuk TBC	Jumlah pertemuan	1 kali	8.000	8.500	9.000	9.500	10.000	10.500	TP2TBC	Desa, Bapelitbangda	APBD

1.4.2	Pengembangan skema reward-punishment “Desa Bebas TBC”	Skema tersedia/implementasi	Tersedia – Implementasi	12.000	13.000	14.000	15.000	16.000	17.000	TP2TBC	Dinkes	APBD
Subtotal 1.4				20.000	21.500	23.000	24.500	26.000	27.500			
1.5 Peningkatan Keterlibatan Lintas Sektor												
1.5.1	Pertemuan advokasi lintas sektor	Jumlah pertemuan	2 kali	18.000	19.000	20.000	21.000	22.000	23.000	TP2TBC	Dinkes	APBD
1.5.2	Penguatan peran KOPI TB	Jumlah kegiatan	1 kegiatan	11.000	12.000	13.000	14.000	15.000	16.000	KOPI TB	Dinkes	APBD
Subtotal 1.5				29.000	31.000	33.000	35.000	37.000	39.000			
TOTAL STRATEGI 1				140.000	150.000	160.000	170.000	180.000	190.000			

Tabel 6.1.3.2 STRATEGI 2 – Meningkatkan Cakupan Penemuan Kasus, Kualitas Pelayanan, Investigasi Kontak, dan Kompetensi SDM

No	Aktivitas/Subaktivitas	Indikator	Target Tahunan	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Penanggung Jawab	Pendamping	Sumber Dana
2.1 Meningkatkan cakupan penemuan kasus TBC dengan peningkatan sarana diagnosis dan investigasi kontak												
2.1.1	Koordinasi Dinas Kesehatan Kota Batu dengan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	Persentase terlaksana	100%	20.000	21.000	22.000	23.000	24.000	25.000	Dinas Kesehatan	Dinas Kesehatan Prov Jatim	APBD
2.1.2	Penyusunan alur jejaring pemeriksaan TBC	SOP jejaring tersusun & implementasi	100%	40.000	42.000	44.000	46.000	48.000	50.000	TP2TBC	RS, Puskesmas	APBD
2.1.3	Koordinasi lintas sektor untuk kewajiban Investigasi Kontak & pemberian TPT	Jumlah kegiatan	2 kali	25.000	26.000	27.000	28.000	29.000	30.000	TP2TBC	Kecamatan, Kelurahan	APBD
Subtotal 2.1				85.000	89.000	93.000	97.000	101.000	105.000			
2.2 Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan												
2.2.1	Pelatihan komunikasi efektif untuk meningkatkan kepatuhan minum obat dan pendampingan pengobatan	Jumlah pelatihan	2 kali	90.000	95.000	100.000	105.000	110.000	115.000	Dinas Kesehatan	Fasyankes	APBD, DAK
Subtotal 2.2				90.000	95.000	100.000	105.000	110.000	115.000			

2.3 Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan dan kader dalam upaya pencegahan dan penanganan TBC												
2.3.1	Pengembangan kompetensi tenaga kesehatan dan kader	Jumlah kegiatan	2 kali	169.000	178.000	186.000	196.000	206.000	216.000	Dinas Kesehatan	Puskesmas, Komunitas	APBD, DAK
Subtotal 2.3				169.000	178.000	186.000	196.000	206.000	216.000			
TOTAL STRATEGI 2				344.000	362.000	379.000	398.000	417.000	436.000			

(Format Menteri Dalam Negeri – Estimasi dalam ribuan rupiah)

Tabel 6.1.3.3 STRATEGI 3 – Peningkatan Kualitas KIE, TPT, dan Pencegahan & Pengendalian Infeksi (PPI) TBC Kota Batu
(Format Peraturan Menteri Dalam Negeri– Estimasi dalam ribuan rupiah)

No	Aktivitas / Subaktivitas	Indikator	Target Tahunan	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Penanggung Jawab	Pendamping	Sumber Dana
3.1 Peningkatan kualitas penyelenggaraan KIE terkait TBC												
3.1.1	Pengembangan materi KIE edukatif (leaflet, flyer, video, baliho)	Materi KIE tersedia	100%	180.000	189.000	198.000	208.000	218.000	229.000	Dinas Kesehatan–Promkes	P2P, Puskesmas, Dinas Komunikasi dan Informatika	APBD
3.1.2	Pelaksanaan kampanye TBC di masyarakat (CFD, sekolah, desa)	Jumlah kegiatan	3–5 kegiatan	120.000	126.000	132.000	139.000	146.000	153.000	Dinas Kesehatan	Puskesmas, Kecamatan, Komunitas	APBD
3.1.3	Edukasi TBC melalui media digital/online	Jumlah postingan	12 postingan	50.000	53.000	56.000	59.000	62.000	65.000	Dinas Kesehatan	Dinas Komunikasi dan Informatika	APBD
Subtotal 3.1				350.000	368.000	386.000	406.000	426.000	447.000			
3.2 Peningkatan cakupan Pengobatan Pencegahan Tuberkulosis (TPT)												
3.2.1	Skrining eligibilitas TPT pada kontak erat	Persentase disaring	60–95%	300.000	315.000	331.000	347.000	364.000	382.000	Puskesmas	Dinas Kesehatan	APBD, DAK
3.2.2	Pemberian TPT pada kontak yang memenuhi kriteria	Persentase mendapat TPT	50–90%	900.000	945.000	992.000	1.041.000	1.093.000	1.148.000	Puskesmas	Dinas Kesehatan	APBD, DAK
3.2.3	Pemantauan penyelesaian TPT	Persentase selesai	40–90%	250.000	263.000	276.000	290.000	305.000	320.000	Puskesmas	Kader, Desa/ Kelurahan	APBD
Subtotal 3.2				1.450.000	1.523.000	1.599.000	1.678.000	1.762.000	1.850.000			
3.3 Penguatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TBC												
3.3.1	Implementasi kebijakan PPI TBC di semua fasyankes dan lingkungan penderita	Persentase implementasi	80–100%	150.000	158.000	166.000	175.000	184.000	193.000	Dinas Kesehatan	Puskesmas, RS	APBD

3.3.2	Pelatihan & refreshing tenaga kesehatan dan kader terkait PPI	Jumlah pelatihan	1 kegiatan	120.000	126.000	132.000	139.000	146.000	153.000	Dinas Kesehatan	Fasyankes	APBD
3.3.3	Penyediaan sarana PPI (ventilasi, signage, masker, triase)	Persentase sarana tersedia	70–100%	130.000	137.000	144.000	151.000	159.000	167.000	Puskesmas	Dinas Kesehatan	APBD
Subtotal 3.3				400.000	421.000	442.000	465.000	489.000	513.000			
TOTAL STRATEGI 3				2.200.000	2.312.000	2.427.000	2.549.000	2.677.000	2.810.000			

Tabel 6.1.3.4 STRATEGI 4 – Pemberdayaan Masyarakat dan Dukungan Sosial dalam Penanggulangan TBC Kota Batu
(Peraturan Menteri Dalam Negeri – Estimasi dalam ribuan rupiah)

No	Aktivitas/Subaktivitas	Indikator	Target Tahunan	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Penanggung Jawab	Pendamping	Sumber Dana
4.1 Meningkatkan upaya pemberdayaan masyarakat												
4.1.1	Memberdayakan masyarakat & kader termasuk perangkat wilayah melakukan skrining penemuan kasus TBC	Jumlah desa/ kel terlibat	6 desa/ kel - semua desa/ kel	120.000	126.000	132.000	138.000	145.000	152.000	TP2TBC	Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana	APBD
4.1.2	Memberdayakan masyarakat, kader, dan perangkat wilayah dalam mendampingi pasien TBC & mengatasi stigma	Persentase pasien didampingi	50% → 95%	80.000	84.000	88.000	92.000	96.000	101.000	TP2TBC	Puskesmas, PKK, Karang Taruna	APBD
Subtotal 4.1				200.000	210.000	220.000	230.000	241.000	253.000			
4.2 Peningkatan peran lintas sektor dalam faktor psiko-sosio-ekonomi dan lingkungan penderita TBC												
4.2.1	Koordinasi dengan lembaga sosial	Jumlah pertemuan	1 kali per tahun	20.000	21.000	22.000	23.000	24.000	25.000	Dinas Kesehatan	bagian Kesejahteraan Rakyat, Dinas Sosial	APBD
4.2.2	Pemberian bantuan sosial kepada penderita TBC	Frekuensi kegiatan	12 kali per tahun	100.000	105.000	110.000	116.000	122.000	128.000	Perangkat Wilayah	Dinas Kesehatan	APBD
4.2.3	Perbaikan rumah tinggal layak huni bagi penderita TBC	Jumlah rumah diperbaiki	2–4 rumah per tahun	120.000	126.000	132.000	138.000	145.000	152.000	Dinsos, Baznas	Dinas Sosial, Baznas	APBD, Baznas
4.2.4	Monitoring implementasi skrining lingkungan penderita TBC	Persentase terlaksana	100%	22.000	23.000	24.000	25.000	26.000	27.000	Dinas Kesehatan	TP2TBC	APBD

Subtotal 4.2	262.000	275.000	288.000	302.000	317.000	332.000	
TOTAL STRATEGI 4	462.000	485.000	508.000	532.000	558.000	585.000	

Tabel 6.1.3.5 STRATEGI 5 – Penguatan Penelitian, Pengabdian Masyarakat, dan Sistem Informasi TBC Kota Batu

No	Aktivitas / Subaktivitas	Indikator	Target Tahunan	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Penanggung Jawab	Pendamping	Sumber Dana
5.1 Penguatan penelitian dan pengabdian masyarakat TBC												
5.1.1	Mendorong kolaborasi dengan institusi pendidikan untuk penelitian dan pengabdian masyarakat terkait TBC	Jumlah kegiatan	1x kegiatan per tahun	30.000	32.000	34.000	36.000	38.000	40.000	TP2TBC	Dinas Kesehatan, Perguruan Tinggi	APBD
5.1.2	Mendorong riset operasional tentang deteksi dini, IK, TPT, putus obat, dan dukungan nutrisi	Jumlah riset	1 riset per tahun	40.000	42.000	44.000	46.000	48.000	50.000	Dinas Kesehatan	Perguruan Tinggi	APBD
5.1.3	Diseminasi hasil penelitian untuk perbaikan layanan TBC	Jumlah forum	1 forum per tahun	20.000	21.000	22.000	23.000	24.000	25.000	Dinas Kesehatan	TP2TBC	APBD
Subtotal 5.1				90.000	95.000	100.000	105.000	110.000	115.000			
5.2 Pemanfaatan sistem informasi dan digitalisasi layanan												
5.2.1	Optimalisasi SITB dan integrasi data riset TBC	Persentase kelengkapan data	80% → 100%	40.000	42.000	44.000	46.000	48.000	50.000	Dinas Kesehatan	Diskominfo	APBD
5.2.2	Pengembangan e-monitoring (PMO digital, reminder WA/SMS)	Jumlah puskesmas pilot	1 → semua puskesmas	50.000	53.000	56.000	59.000	62.000	65.000	Puskesmas	Dinas Kesehatan, Komunitas	APBD
5.2.3	Pemanfaatan dashboard analisis TBC untuk pengambilan keputusan	Status pemanfaatan	Dashboard di digunakan	39.000	41.000	43.000	45.000	47.000	49.000	Dinas Kesehatan	Dinas Komunikasi dan Informatika	APBD
5.2.4	Optimalisasi SITB dan integrasi data riset TBC	Persentase kelengkapan data	80% → 100%	40.000	42.000	44.000	46.000	48.000	50.000	Dinas Kesehatan	Dinas Komunikasi dan Informatika	APBD
Subtotal 5.2				129.000	136.000	143.000	150.000	157.000	164.000			
TOTAL STRATEGI 5				219.000	231.000	243.000	255.000	267.000	279.000			

(Format Permendagri – Estimasi dalam ribuan rupiah)

Tabel 6.1.3.6. STRATEGI 6 – Penguatan Surveillance, Sistem Informasi, dan Teknologi Penanggulangan TBC Kota Batu

No	Aktivitas / Sub-aktivitas	Indikator	Target Tahunan	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Penanggung Jawab	Pendamping	Sumber Dana
6.1 Penguatan surveillance TBC melalui komunikasi dan teknologi informasi												
6.1.1	Peningkatan kualitas pelaporan SITB di semua fasyankes	Persentase fasyankes melapor tepat waktu	90% → 100%	40.000	42.000	44.000	46.000	48.000	50.000	Dinas Kesehatan – Bidang P2P&PB	Puskesmas, RS, Lab	APBD
6.1.2	Penguatan kapasitas petugas SITB	Persentase petugas terlatih	Seiap tahun	30.000	32.000	34.000	36.000	38.000	40.000	Dinas Kesehatan	Puskesmas	APBD
Subtotal 6.1				70.000	74.000	78.000	82.000	86.000	90.000			
6.2 Mengembangkan dan memanfaatkan sistem informasi penunjang TBC												
6.2.1	Integrasi data TBC dengan EPUS/ERM FASKES	Status integrasi sistem	Desain awal → evaluasi	39.000	41.000	43.000	45.000	47.000	49.000	Dinas Kesehatan	Fasyankes	APBD
Subtotal 6.2				39.000	41.000	43.000	45.000	47.000	49.000			
TOTAL STRATEGI 6				109.000	115.000	121.000	127.000	133.000	139.000			

(Format Peraturan Dalam Negeri – Estimasi dalam ribuan rupiah)

Proyeksi pembiayaan penanggulangan TBC Kota Batu tahun 2025–2030 menunjukkan bahwa kebutuhan pendanaan akan terus meningkat sejalan dengan perluasan cakupan intervensi program dan prioritas eliminasi TBC. Berdasarkan proyeksi lima tahun, total kebutuhan pembiayaan meningkat secara bertahap dari Rp3,405 miliar pada tahun 2025 menjadi Rp4,347 miliar pada tahun 2030, mencerminkan adanya eskalasi layanan serta penyesuaian terhadap kebutuhan program yang semakin kompleks. Kenaikan biaya terutama berasal dari pengobatan TB sensitif dan resisten obat, perluasan cakupan TPT, investigasi kontak, serta kebutuhan penguatan sistem informasi dan monitoring–evaluasi. Proyeksi ini menjadi landasan penting bagi pemerintah daerah dalam memastikan tersedianya dukungan pembiayaan yang memadai, konsisten, dan berkelanjutan sehingga pelaksanaan enam strategi utama dapat berjalan optimal, berdaya guna, dan memberikan dampak signifikan terhadap penurunan beban TBC serta percepatan pencapaian target eliminasi TBC tahun 2030.

6.2. Pembiayaan (pemerintah, swasta/donor/CSR dan masyarakat)

Pembiayaan program penanggulangan Tuberkulosis Kota Batu tahun 2025–2030 dirancang untuk menjamin terselenggaranya enam strategi utama yang telah dirumuskan dalam RAD Penanggulangan TBC. Berdasarkan estimasi kebutuhan anggaran pada Tabel 6.1 sampai dengan Tabel 6.6, kebutuhan pembiayaan program TBC Kota Batu diproyeksikan mencapai Rp3,474 miliar pada tahun 2025, meningkat secara bertahap menjadi Rp4,439 miliar pada tahun 2030. Peningkatan ini sejalan dengan perluasan cakupan layanan, peningkatan jumlah kegiatan advokasi dan pemberdayaan masyarakat, peningkatan cakupan skrining dan TPT, serta penguatan sistem informasi dan surveillance berbasis digital.

Secara umum, kontribusi pembiayaan terbesar berasal dari Strategi 3, yaitu peningkatan kualitas KIE, perluasan TPT, dan penguatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), yang membutuhkan total Rp2,2 miliar pada tahun 2025 dan meningkat hingga Rp2,81 miliar pada tahun 2030. Strategi ini menyerap porsi terbesar karena mencakup pengembangan materi edukasi, kampanye publik, edukasi digital, serta pembiayaan TPT pada populasi kontak erat dan kelompok risiko tinggi. Strategi berikutnya yang membutuhkan pendanaan signifikan adalah Strategi 4 (Pemberdayaan masyarakat dan dukungan sosial), dengan kebutuhan Rp462 juta pada 2025 dan meningkat menjadi Rp585 juta pada 2030, terutama untuk kegiatan pendampingan pasien, bantuan sosial, dan perbaikan rumah tidak layak huni bagi penyintas TBC.

Strategi teknis lainnya, termasuk peningkatan kapasitas layanan kesehatan dan investigasi kontak (Strategi 2), membutuhkan Rp 344 juta pada 2025, meningkat menjadi Rp 436 juta pada 2030. Strategi ini mencakup penguatan jejaring diagnostik, pelatihan komunikasi efektif, serta pengembangan kompetensi kader dan tenaga kesehatan. Sementara itu, strategi terkait tata kelola dan komitmen lintas sektor (Strategi 1) memerlukan pembiayaan Rp140 juta pada tahun 2025, meningkat menjadi Rp190 juta pada tahun 2030.

Penguatan riset dan sistem informasi (Strategi 5) serta penguatan surveillance dan integrasi data (Strategi 6) memerlukan anggaran yang lebih moderat, yaitu masing-masing Rp 219 juta dan Rp109 juta pada tahun 2025, dan meningkat menjadi Rp 279 juta serta Rp139 juta pada tahun 2030. Pembiayaan untuk kedua strategi ini mencakup kebutuhan pengembangan dashboard, e-monitoring, peningkatan kelengkapan data SITB, pelatihan petugas, serta integrasi data dengan EPUS/ERM di fasilitas pelayanan kesehatan.

Mengacu pada peningkatan kebutuhan pembiayaan tersebut, mobilisasi sumber pendanaan dari berbagai sektor menjadi sangat penting. APBD Kota Batu tetap menjadi sumber pembiayaan utama, khususnya untuk kegiatan operasional Dinas Kesehatan, skrining dan investigasi kontak, edukasi masyarakat, pendampingan pasien, tracer, pelatihan, serta penguatan sistem informasi. DAK Kesehatan dan bantuan pemerintah provinsi melengkapi kebutuhan untuk komponen teknis seperti TCM, reagen, logistik laboratorium, pengobatan TBC RO, serta pelatihan tenaga kesehatan.

Sektor swasta melalui program CSR, terutama dari industri pariwisata dan perhotelan yang menjadi karakteristik Kota Batu, berpotensi memberikan dukungan pembiayaan pada kegiatan kampanye publik, edukasi, skrining berbasis komunitas, serta penyediaan sarana pendukung non-medis. Selain itu, Dana Desa juga menjadi sumber pendanaan yang strategis untuk mendukung kegiatan kader, edukasi masyarakat, pendampingan pasien, dan kegiatan berbasis RT/RW.

Persentase pembiayaan dihitung dengan mempertimbangkan pola pendanaan nasional, struktur fiskal daerah, serta kemampuan kontribusi mitra non-pemerintah. Matriks pembiayaan mencerminkan pembagian peran masing-masing sumber pendanaan dalam mendukung keberhasilan eliminasi TB.

a. APBD Kota Batu ($\pm 49\%$ -~ Rp1,702 miliar)

APBD menjadi sumber utama karena menanggung kegiatan rutin dan layanan dasar yang menjadi kewenangan daerah. Dana APBD difokuskan untuk:

1. skrining dan ACF komunitas, investigasi kontak, pelaksanaan TPT berbasis puskesmas (Strategi 2 dan 3);
2. insentif kader/tracer, pendampingan pasien, dukungan sosial berbasis kelurahan (Strategi 4 dan 5);
3. promosi KIE, kampanye anti-stigma, operasional TP2TBC, koordinasi lintas sektor (Strategi 1 dan 3);
4. penguatan SITB, pelatihan dasar, supervisi dan monev (Strategi 6 dan 5); dan
5. dominasi APBD diperlukan karena sebagian besar intervensi bersifat berulang dan harus tersedia setiap tahun.

b. APBN/DAK Kesehatan ($\pm 28\%$ -~Rp0,973 miliar)
dana pusat/DAK diarahkan ke komponen teknis yang membutuhkan standar nasional dan volume biaya besar, antara lain:

1. pemeriksaan TCM/CBNAAT (cartridge), reagen, logistik laboratorium (Strategi 2 & 3);

2. foto toraks untuk skrining/diagnosis dan quality assurance laboratorium;
3. pelatihan teknis lanjutan untuk tenaga kesehatan (SITB, manajemen TBC SO/RO); dan
4. Dukungan sebagian obat OAT kategori 1 jika diarahkan kebijakan nasional.

Peran APBN/DAK penting untuk memastikan mutu diagnostik dan ketersediaan input teknik yang tidak mungkin sepenuhnya ditanggung APBD.

- c. Pemerintah Provinsi Jawa Timur ($\pm 17\%$ - $\approx$ Rp0,591 miliar)
Provinsi difokuskan pada pembiayaan komponen berbiaya tinggi dan fungsi lintas wilayah:
 1. pembiayaan obat TBC Resisten Obat (TBC RO)-komponen cost-intensive (ada estimasi tinggi per pasien);
 2. penguatan fasilitas rujukan dan jejaring laboratorium provinsi.
 3. supervisi teknis, koordinasi antar kabupaten/kota, dan dukungan program provinsi (Strategi 3 & 6);
 4. kontribusi provinsi menjembatani kebutuhan high-cost yang berada di luar kapasitas APBD kabupaten.
- d. CSR/Sektor Swasta ($\pm 5\%$ - $\approx$ Rp0,208 miliar)
CSR diarahkan untuk aktivitas non-medis dan intervensi komunitas/inovasi:
 1. kampanye publik, media lokal, dan edukasi di ruang publik (Strategi 3);
 2. dukungan paket nutrisi, transportasi dan bantuan non-medis untuk pasien rentan (Strategi 4); dan
 3. pendanaan kegiatan berbasis tempat kerja dan program pencegahan di sektor pariwisata/industri (Strategi 2 & 3).

CSR bersifat fleksibel dan cocok untuk program inovatif atau skala kecil yang butuh respons cepat.
- e. Dana Desa ($\pm 3\%$ - $\approx$ Rp0,139 miliar)
Dana desa diprioritaskan untuk intervensi berbasis tingkat desa/kelurahan:
 1. insentif kader desa, penyuluhan, penggerakan RT/RW untuk skrining dan penemuan kasus (Strategi 4); dan
 2. dukungan kegiatan posyandu/posbindu untuk skrining populasi berisiko (Strategi 2).

Pemanfaatan Dana Desa memperkuat pendekatan community-driven dan meningkatkan penetrasi program hingga tingkat RT/RW.
- f. Masyarakat dan Organisasi Sosial ($\pm 1\%$ - $\approx$ Rp0,035 miliar)
Kontribusi masyarakat bersifat non-anggaran tetapi esensial:
 1. relawan, dukungan moral, pendampingan sosial, dan mobilisasi komunitas (Strategi 4 & 3);
 2. partisipasi PKK, karang taruna, ormas keagamaan dalam kampanye dan pendampingan pasien.

masyarakat memperkuat penerimaan program dan membantu menurunkan stigma.

Dengan demikian, pembiayaan penanggulangan TBC mengadopsi pendekatan *blended financing*, yakni integrasi berbagai sumber pendanaan pemerintah, swasta, dan masyarakat untuk memastikan

keberlanjutan program hingga tahun 2030. Model pembiayaan ini diharapkan mampu mengurangi kesenjangan pendanaan, menjaga kesinambungan layanan, dan memperkuat sinergi antar pemangku kepentingan dalam upaya percepatan eliminasi TBC.

6.3 Implikasi dan Rekomendasi Pembiayaan

Proyeksi kebutuhan pembiayaan penanggulangan TBC Kota Batu periode 2025–2030 menunjukkan tren kenaikan yang nyata—dari sekitar Rp3,47 miliar pada 2025 menjadi sekitar Rp4,44 miliar pada 2030—yang mencerminkan perluasan cakupan layanan (skrining, investigasi kontak, TPT), peningkatan beban pengobatan (termasuk TBC RO), serta investasi pada digitalisasi dan monitoring. Implikasi utamanya adalah kebutuhan pendanaan yang stabil dan terencana. APBD harus tetap menjadi tulang punggung pembiayaan untuk menanggung layanan rutin dan operasional puskesmas, sementara komponen teknis dan cost-intensive (diagnostik, reagen, obat TBC RO, pelatihan lanjutan) perlu dijamin melalui sinkronisasi perencanaan dengan APBN/DAK dan dukungan provinsi. Di sisi lain, keberlanjutan intervensi berbasis komunitas—seperti pendampingan pasien, insentif kader, dan perbaikan rumah—memerlukan pemanfaatan sumber pembiayaan yang fleksibel seperti CSR dan dana desa, serta partisipasi aktif masyarakat.

Untuk itu, direkomendasikan pendekatan pembiayaan terpadu dan pragmatis:

- a. menetapkan pos anggaran khusus TBC dalam APBD (earmarked budget) untuk menjamin kontinuitas layanan dasar;
- b. memperkuat koordinasi perencanaan Dinas Kesehatan dengan mekanisme APBN/DAK dan advokasi ke provinsi agar kebutuhan TCM/cartridge, reagen, serta pembiayaan TBC RO terakomodasi;
- c. menginisiasi skema *blended financing* dan MoU kemitraan CSR/Baznas untuk menutup gap non-medis dan dukungan sosial;
- d. mengoptimalkan dana desa untuk kegiatan *community-driven* yang meningkatkan penetrasi skrining hingga tingkat RT/RW; dan
- e. memasang modul pelacakan pembiayaan pada SITB sehingga realisasi anggaran, gap pendanaan, dan efektivitas alokasi mudah dimonitor secara berkala.

Dengan kombinasi langkah-langkah tersebut (penguatan APBD untuk rutinitas, dukungan pusat/provinsi untuk komponen berbiaya tinggi, serta mobilisasi CSR/dana desa/masyarakat untuk aspek komunitas), Kota Batu dapat memastikan bahwa enam strategi RAD terealisasi secara efektif dan berkelanjutan menuju target eliminasi TBC 2030.

WALI KOTA BATU,

ttd

NUROCHMAN