



**ANALISIS KEBIJAKAN PENYUSUNAN RANCANGAN  
PERATURAN DAERAH KOTA TEGAL  
PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS**

**Oleh :  
SISWANTO, S.H.,M.H**

**UNIVERSITAS PANCASAKTI TEGAL  
2022**

## HALAMAN PENGESAHAN

1. Judul Penelitian : Analisis Kebijakan Penyusunan Rancangan Peraturan Daerah Penanggulangan Tuberkulosis
2. Jangka Waktu : 3 Bulan (Januari – Maret)
3. Peneliti
- a. Nama Lengkap : Siswanto, S.H., M.H
  - b. NIP : 19641213 1992 03 1 002
  - c. Alamat Institusi : Universitas Pancasakti Tegal, Jl. Halmahera Km1, Kota Tegal
  - d. Nomor Telp/ Faks : 08156902545
  - e. Alamat surel (e-mail) : sis.ofari@gmail.com

Tegal, ... Maret 2022

Peneliti



SISWANTO, S.H., M.H

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami ucapkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas KaruniaNya telah tersusun Analisis Kebijakan Penyusunan Rancangan Peraturan Daerah Penanggulangan Tuberkulosis. Sehubungan dengan hal tersebut, ucapan terima kasih disampaikan kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan dokumen ini.

Dokumen ini dipergunakan sebagai alat dan justifikasi akademik bagi keberadaan Peraturan Daerah Kota Tegal. Di samping itu Dokumen ini diharapkan menjadi pedoman dalam penyusunan dan perumusan pasal dan ayat-ayat Rancangan Peraturan Daerah Penanggulangan Tuberkulosis.

Semoga dokumen ini dapat memberikan manfaat bagi para pembaca. Kritik dan saran yang bersifat membangun sangat kami harapkan guna penyempurnaan untuk penyusunan dokumen di masa mendatang.

Tegal, ..... Maret 2022

**Siswanto, SH.,MH**



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Dalam kurun sejarah manusia perang melawan penyakit Tuberkulosis seperti tidak ada putus-putusnya. Ribuan tahun silam seperti ditunjukkan oleh tulang-tulang peninggalan masa pra sejarah di Jerman (8000 SM), Tuberkulosis paru diketahui sudah menyerang penduduk pada zamannya. Dari fosil yang digali dari sisa-sisa peradaban Mesir kuno, juga terdapat bukti-bukti bahwa 2500-1000 tahun SM penyakit ini sudah menjadi masalah kesehatan masyarakat. Dari berbagai catatan dunia banyak raja-raja dan tokoh-tokoh terkenal seperti Raja Henry VII, Goethe, Rousseau, Choin diketahui meninggal karena penyakit Tuberkulosis. Di Indonesia situs berupa relief candi Borobudur sudah mengenal adanya penyakit ini, mungkin saja ada beberapa raja Indonesia yang menderita Tuberkulosis Paru, namun belum terdapat catatan resmi tentang hal ini.

Tuberkulosis Paru merupakan penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* dan paling sering bermanifestasi di paru. Mikobakterium ini ditransmisikan melalui droplet di udara, sehingga seorang penderita Tuberkulosis paru merupakan sumber penyebab penularan Tuberkulosis paru pada populasi disekitarnya. Sampai saat ini penyakit Tuberkulosis paru masih menjadi masalah kesehatan yang utama, baik didunia maupun di Indonesia.

Secara global, insiden TB per 100.000 penduduk turun sekitar 2% per tahun. Regional yang paling cepat mengalami penurunan di tahun 2013- 2017 adalah regional WHO Eropa (5% per tahun) dan regional WHO Afrika (4% per tahun). Di tahun tersebut, penurunan yang cukup signifikan (4-8% per tahun) terjadi di Afrika Selatan misalnya Eswatini, Lesotho, Namibia, Afrika Selatan, Zambia, Zimbabwe),

dan perluasan pencegahan dan perawatan TB dan HIV, dan di Rusia (5% per tahun) melalui upaya intensif untuk mengurangi beban TB.

Di tingkat global, di tahun 2017 terdapat sekitar 558.000 kasus baru (rentang, 483.000-639.000) TB rifampisin resistan di mana hampir separuhnya ada di tiga negara yaitu India (24%), China (13%), dan Rusia (10%). Di antara kasus TB RR, diperkirakan 82% kasus tersebut adalah TB MDR. Secara global, 3.6% kasus TB baru dan 17% kasus TB pengobatan ulang merupakan kasus TB MDR/RR.

Jumlah kematian absolute karena TB di antara HIV negative diperkirakan turun mencapai 29% sejak tahun 2000 (dari 1,8 juta di tahun 2000 menjadi 1,3 juta di tahun 2017) dan turun sebesar 5% sejak tahun 2015. Sementara itu, jumlah kematian TB pada HIV positif telah mengalami penurunan sebesar 44% sejak tahun 2000 (dari 534.000 di tahun 2000 menjadi 300.000 di tahun 2017) dan turun menjadi 20% sejak tahun 2015.

Pada 2017, estimasi terbaik proporsi penderita TB yang meninggal karena penyakit (case fatality rate/CFR) adalah 16%, turun dari 23% di tahun 2000. CFR harus turun hingga 10% pada tahun 2020 untuk mencapai tahap pertama End TB Strategy. Ada cukup banyak variasi capaian CFR, mulai dari kurang dari 5% di beberapa negara hingga lebih dari 20% di sebagian besar negara di regional WHO Afrika. Hal ini menunjukkan ketidaksetaraan di antara negara-negara dalam mengakses diagnosis dan pengobatan TB.

WHO memperkirakan insiden tahun 2017 sebesar 842.000 atau 319 per 100.000 penduduk sedangkan TB-HIV sebesar 36.000 kasus per tahun atau 14 per 100.000 penduduk. Kematian karena TB diperkirakan sebesar 107.000 atau 40 per 100.000 penduduk, dan kematian TB-HIV sebesar 9.400 atau 3,6 per 100.000 penduduk.

Dengan insiden sebesar 842.000 kasus per tahun dan notifikasi kasus TB sebesar 569.899 kasus maka masih ada sekitar 32% yang belum ternotifikasi baik yang belum terjangkau, belum terdeteksi maupun tidak dilaporkan. Dari angka insiden ini dilakukan perhitungan beban TB di masing-masing provinsi dan kabupaten/kota. Untuk perhitungan beban TB di tingkat kabupaten/kota, Ditjen P2P telah menerbitkan Buku Panduan Penentuan Beban dan Target Cakupan Penemuan dan Pengobatan Tuberkulosis di Indonesia Tahun 2019-2024.

WHO memperkirakan ada 23.000 kasus MDR/RR di Indonesia. Pada tahun 2017 kasus TB yang tercatat di program ada sejumlah 442.000 kasus yang mana dari kasus tersebut diperkirakan ada 8.600-15.000 MDR/RR TB, (perkiraan 2,4% dari kasus baru dan 13% dari pasien TB yang diobati sebelumnya), tetapi cakupan yang diobati baru sekitar 27,36%.

Indonesia sekarang berada pada ranking ke-lima negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Estimasi prevalensi TB semua kasus adalah sebesar 660,000 (WHO, 2010) dan estimasi insidensi berjumlah 430,000 kasus baru per tahun. Jumlah kematian akibat TB diperkirakan 61,000 kematian per tahunnya. Estimasi nasional prevalensi HIV pada pasien TB baru adalah 2.8%.

Berdasarkan data hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 menurut karakteristik penduduk, prevalensi TB tertinggi terdapat pada kelompo di atas usia 54 tahun sebesar 3.593 per 100.000 penduduk sedangkan pada kelompok 15-54 tahun dengan kisaran 2.531 per 100.000 penduduk. Prevalensi TB paru paling tinggi terdapat pada jenis kelamin laki-laki 819 per 100.000 penduduk, penduduk yang bertempat tinggal di desa 750 per 100.000 penduduk, kelompok pendidikan yang tidak sekolah 1.041 per 100.000 penduduk), petani/ nelayan/ buruh 858 per 100.000

penduduk dan pada penduduk dengan tingkat pengeluaran kuintil 4 sebesar 801 per 100.000 penduduk (Kemenkes, 2010).

Sedangkan di Kota Tegal, berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Tegal pada tahun 2016 jumlah kasus TB adalah 313 kasus dan tahun 2020 jumlah kasus TB adalah 663 kasus. Dalam indikator Penilaian kemajuan atau keberhasilan pengendalian TB digunakan beberapa indikator yaitu angka penemuan pasien baru TB BTA positif (*Case Detection Rate* = CDR) dan angka keberhasilan pengobatan (*Success Rate* = SR). Target *Case Detection Rate* program penanggulangan TB Nasional minimal 70%. Angka Penemuan Kasus TB Baru di beberapa Kecamatan di Kota Tegal pada tahun 2015 – 2020 masih belum mencapai target, pada tahun 2018 sampai dengan tahun 2020, Kecamatan Tegal Timur belum pernah mencapai target nasional dalam target Angka Penemuan Kasus TB Baru sedangkan 3 Kecamatan lainnya sudah mencapai target (Dinkes Kota Tegal, 2020).

Sekitar 75% penderita Tuberkulosis adalah kelompok usia produktif secara ekonomis (15-50 tahun). Diperkirakan seorang penderita Tuberkulosis paru dewasa akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan, hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20-30%. Jika meninggal akibat penyakit Tuberkulosis paru, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun, selain merugikan secara ekonomis, Tuberkulosis paru juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial bahkan kadang dikucilkan oleh masyarakat. Kerugian yang diakibatkan oleh penyakit Tuberkulosis bukan hanya dari aspek kesehatan semata tetapi juga dari aspek sosial ekonomi, dengan demikian Tuberkulosis merupakan ancaman terhadap cita-cita pembangunan dalam meningkatkan kesejahteraan rakyat secara menyeluruh. Karenanya perang terhadap

penyakit Tuberkulosis paru berarti pula perang terhadap kemiskinan, ketidakproduktifan dan kelemahan akibat Tuberkulosis.

Dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28 H ayat (1) telah menjamin bahwa “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan bathin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh Kesehatan Daerah”. Pasal tersebut memberikan jaminan Hak Asasi Manusia (HAM) sebagai warga negara Indonesia. Penegasan lebih dalam perlindungan kesehatan dituangkan dalam Pasal 4 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa “setiap orang berhak atas kesehatan”. Bersamaan dengan hak masyarakat tersebut terdapat kewajiban dari pemerintah yaitu dalam Pasal 54 Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 ditegaskan bahwa : Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggungjawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara bertanggungjawab, aman dan bermutu, serta merata dan nondiskriminatif.

Secara spesifik kaitannya dengan penanggulangan Tuberkulosis, dalam Pasal 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, menegaskan bahwa Pemerintah Daerah bertanggung jawab menyelenggarakan Penanggulangan Tuberkulosis , dimana Penyelenggaraan Penanggulangan Tuberkulosis tersebut dilaksanakan melalui upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan.

Berkaitan dengan tingginya kasus Tuberkulosis di Kota Tegal dan kewenangan yang dimiliki oleh pemerintah daerah, maka Dinas Kesehatan Kota Tegal melakukan suatu kajian terkait penanggulangan Tuberkulosis dalam bentuk naskah akademik rancangan peraturan daerah sebagai dasar dalam menyusun suatu kebijakan

daerah yang berupa peraturan daerah yang mengatur mengenai Penanggulangan Tuberkulosis.

## **B. Identifikasi Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas, dapat dirumuskan permasalahan dalam Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis, antara lain :

1. Bagaimana merumuskan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis yang komprehensif, dengan memperhatikan permasalahan-permasalahan yang dihadapi beserta solusinya dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara?
2. Mengapa perlu adanya pengaturan dalam suatu Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis?
3. Bagaimana merumuskan muatan materi yang dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis yang memenuhi aspek filosofis, sosiologis dan yuridis?
4. Apa sasaran yang akan diwujudkan, ruang lingkup pengaturan, jangkauan dan arah pengaturan dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis?

## **C. Tujuan dan Kegunaan**

### **1. Tujuan**

Tujuan dari kegiatan penyusunan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis adalah sebagai berikut :

- a. Untuk menggali dasar-dasar filosofis, yuridis dan sosiologis dan konsep pembentukan Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis yang komprehensif dan dapat dipertanggungjawabkan sehingga

peraturan daerah yang akan diberlakukan dapat efektif dan efisien serta diterima masyarakat.

- b. Untuk meningkatkan kualitas perencanaan, serta implementasi dalam program atau kegiatan Penanggulangan Tuberkulosis di Kota Tegal.
- c. Menghasilkan dokumen Naskah Akademik dan Draf Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis yang aspiratif, partisipatif serta implementatif.

## 2. Kegunaan

Kegunaan kegiatan Penyusunan Naskah Akademik Rancangan peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis adalah :

- a. Diharapkan adanya suatu kebijakan daerah berupa peraturan daerah yang dapat menjamin rasa keadilan dan kepastian hukum dalam hal pengaturan Penanggulangan Tuberkulosis di Kota Tegal.
- b. Memberikan arah bagi terselenggaranya Penanggulangan Tuberkulosis yang baik dengan prinsip keterpaduan, komprehensif, berkesinambungan, efektif, efisien di Kota Tegal.
- c. Memberikan kerangka pemikiran dalam menuangkan materi-materi muatan dalam penyusunan Rancangan peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis.

## 3. Target

Target dari penyusunan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis adalah :

- a. Tersusunnya Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis sesuai dengan materi dan sistematika yang telah

ditetapkan dalam lampiran Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan.

- b. Tersusunnya Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis.

#### **D. Metode**

##### **1. Ruang Lingkup**

Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis digunakan sebagai dasar untuk menyusun kebijakan daerah berupa Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis. Ruang lingkup yang dijadikan sebagai objek studi meliputi semua unsur/elemen yang berkepentingan di Kota Tegal khususnya perangkat daerah dan stakeholder terkait penanggulangan tuberkulosis. Adapun metode yang dilakukan dalam penyusunan naskah akademik ini terdiri dari metode pendekatan *yuridis normatif* maupun *yuridis empiris* dengan menggunakan data sekunder maupun data primer.

Metode *pendekatan yuridis normatif* dilakukan melalui studi pustaka, yaitu pengumpulan data-data sekunder dari berbagai dokumen yang berkaitan dengan penanggulangan tuberkulosis. Data yang dipergunakan dalam kajian ini menggunakan data sekunder. Data sekunder diperoleh melalui studi kepustakaan. Dalam melengkapi data sekunder ini dari sisi hukum, sosiologis, filsafat, ekonomi dan sosial budaya, maka akan diambil dasar hukum maupun peraturan-peraturan di Kota Tegal yang mempunyai keterkaitan dengan Penanggulangan Tuberkulosis.

Adapun metode yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut :

Metode penyusunan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis di Kota Tegal dilakukan dengan metode penelitian yuridis normatif dengan didukung metode yuridis empiris.

Sifat penelitian yang dipergunakan adalah penelitian hukum normatif, penelitian hukum normatif didefinisikan sebagai penelitian yang mengacu pada norma-norma hukum yang terdapat dalam peraturan perundang-undangan dan putusan pengadilan. Disebut juga penelitian hukum doktrinal yaitu penelitian hukum yang mempergunakan data sekunder.

a. Teknik Pengumpulan Data

Teknik Pengumpulan Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah melalui penelitian kepustakaan (*library research*) untuk mendapatkan konsepsi teori atau doktrin, pendapat atau pemikiran konseptual dan penelitian terdahulu yang berhubungan dengan objek telaahan penelitian ini yang dapat berupa peraturan perundang-undangan dan karya ilmiah lainnya. Data atau bahan penelitian dalam Naskah Akademik ini dihimpun dari beberapa sumber, yaitu :

- 1) Bahan hukum primer, yaitu bahan pustaka yang berisikan pengetahuan ilmiah yang baru maupun mengenai studi gagasan dalam bentuk Undang-Undang.
- 2) Bahan hukum sekunder, yaitu bahan yang memberikan penjelasan mengenai badan hukum primer, seperti hasil-hasil seminar atau pertemuan ilmiah lainnya, bahkan dokumen pribadi atau pendapat dari kalangan pakar hukum sepanjang relevan dengan objek telaahan penelitian.

- 3) Bahan hukum tersier, yaitu bahan hukum penunjang yang memberi petunjuk dan penjelasan terhadap bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder, seperti kamus, majalah maupun dari internet.
- 4) Data empiris diperoleh dengan melalui wawancara bebas terpimpin, diskusi (*focus group discussion*), dan rapat dengar pendapat.

b. Metode Analisis Data

Metode analisis data yang digunakan adalah metode normatif kualitatif. Normatif adalah karena penelitian ini bertitik tolak dari peraturan-peraturan yang ada sebagai normatif hukum positif, juga didasarkan pada dasar-dasar filsafat hukum, teori-teori hukum, asas-asas hukum, dan hukum positif yang berlaku.

Sedangkan kualitatif, dimaksudkan analisis data yang telah dikumpulkan, disusun secara sistematis dan selanjutnya di analisa guna mencari kejelasan terhadap masalah yang dibahas berupa uraian mengenai persoalan yang terkait dengan penanggulangan tuberkulosis di Kota Tegal.

2. Sistematika Penulisan

Acuan utama dalam sistematika penulisan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis yaitu Undang-Undang Nomor 12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan beserta lampirannya, dengan sistematika sebagai berikut:

**BAB I : PENDAHULUAN**

Pendahuluan memuat judul; latar belakang; maksud, tujuan, target dan sasaran, manfaat kegiatan; identifikasi masalah; metode penyusunan naskah akademik; sistematika penulisan naskah akademik.

**BAB II : KAJIAN TEORITIS DAN PRAKTIK EMPIRIS**

Bab ini memuat uraian mengenai materi yang bersifat teoritis, asas, praktik, perkembangan pemikiran, serta implikasi sosial, politik dan ekonomi dari pengaturan dalam suatu Peraturan Daerah. Dalam Bab ini dapat diuraikan dalam beberapa sub bab.

**BAB III : EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN**

Bab ini memuat hasil kajian terhadap Peraturan Perundang-undangan terkait yang memuat kondisi hukum yang ada, keterkaitan Undang-Undang dan Peraturan Daerah baru dengan Peraturan Perundang-undangan lain, harmonisasi secara vertikal dan horizontal, serta status dari Peraturan Perundang-undangan yang ada, termasuk Peraturan Perundang-undangan yang dicabut dan dinyatakan tidak berlaku serta Peraturan Perundang-undangan yang masih tetap berlaku karena tidak bertentangan dengan Peraturan Daerah yang baru.

**BAB IV : LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS DAN YURIDIS**

Landasan filosofis merupakan pertimbangan atau alasan yang menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk mempertimbangkan pandangan hidup, kesadaran, dan cita hukum yang meliputi suasana kebatinan serta falsafah bangsa Indonesia yang bersumber dari Pancasila dan Pembukaan

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang dikaitkan dengan Kesehatan Daerah.

Landasan sosiologis merupakan pertimbangan atau alasan yang menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam berbagai aspek kehidupan masyarakat. Landasan sosiologis sesungguhnya menyangkut fakta empiris mengenai perkembangan masalah dan kebutuhan masyarakat yang berkaitan dengan peraturan daerah yang akan disusun.

Landasan yuridis merupakan pertimbangan atau alasan yang menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk untuk mengatasi permasalahan hukum atau mengisi kekosongan hukum dengan mempertimbangkan aturan yang telah ada, yang akan diubah, atau yang akan dicabut guna menjamin kepastian hukum dan rasa keadilan masyarakat. Landasan yuridis menyangkut persoalan hukum yang berkaitan dengan substansi pengaturan penanggulangan tuberkulosis atau materi yang diatur sehingga perlu dibentuk peraturan daerah.

## **BAB V : JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN PERATURAN DAERAH**

Naskah akademik pada akhirnya berfungsi mengarahkan ruang lingkup materi muatan Rancangan Peraturan Daerah yang akan dibentuk. Dalam bab ini, sebelum menguraikan ruang lingkup materi muatan, dirumuskan sasaran yang akan diwujudkan, arah dan jangkauan pengaturan yang dituangkan

dalam rancangan peraturan daerah tentang penanggulangan tuberkulosis.

## BAB VI : PENUTUP

Bab penutup terdiri atas subbab simpulan dan saran

### a. Simpulan

Simpulan memuat rangkuman pokok pikiran yang berkaitan dengan praktik penyelenggaraan, pokok elaborasi teori, dan asas yang telah diuraikan dalam bab sebelumnya.

### b. Saran

Saran memuat antara lain :

1. Perlunya pemilahan substansi Naskah Akademik dalam suatu Peraturan Perundang-undangan atau Peraturan Perundang-undangan dibawahnya.
2. Rekomendasi tentang skala prioritas penyusunan Rancangan Peraturan Daerah
3. Kegiatan lain yang diperlukan untuk mendukung penyempurnaan penyusunan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah lebih lanjut.

## BAB II KAJIAN TEORITIS DAN PRAKTEK EMPIRIS

### A. Kajian Teoritis

#### 1. Pengertian Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Terdapat beberapa spesies *Mycobacterium*, antara lain: *M.tuberculosis*, *M.africanum*, *M. bovis*, *M. Leprae* dsb. Yang juga dikenal sebagai Bakteri Tahan Asam (BTA). Kelompok bakteri *Mycobacterium* selain *Mycobacterium tuberculosis* yang bisa menimbulkan gangguan pada saluran nafas dikenal sebagai MOTT (*Mycobacterium Other Than Tuberculosis*) yang terkadang bisa mengganggu penegakan diagnosis dan pengobatan TB.

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis* dengan gejala yang sangat bervariasi, akibat kuman *mycobacterium tuberkulosis* sistemik sehingga dapat mengenai semua organ tubuh dengan lokasi terbanyak di paru paru yang biasanya merupakan lokasi infeksi primer (Mansjoer, 2000).

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*, yang menyerang terutama paru dan disebut juga tuberkulosis paru. Bila menyerang organ selain paru (kelenjar limfe, kulit, otak, tulang, usus dan ginjal) disebut tuberkulosis ekstra paru.

Secara umum sifat kuman *Mycobacterium tuberculosis* antara lain adalah sebagai berikut:

- 1) Berbentuk batang dengan panjang 1-10 mikron, lebar 0,2 – 0,6 mikron.
- 2) Bersifat tahan asam dalam perwarnaan dengan metode Ziehl Neelsen, berbentuk batang berwarna merah dalam pemeriksaan dibawah mikroskop.

- 3) Memerlukan media khusus untuk biakan, antara lain Lowenstein Jensen, Ogawa.
- 4) Tahan terhadap suhu rendah sehingga dapat bertahan hidup dalam jangka waktu lama pada suhu antara 4°C sampai minus 70°C.
- 5) Kuman sangat peka terhadap panas, sinar matahari dan sinar ultra violet. Paparan langsung terhadap sinar ultraviolet, sebagian besar kuman akan mati dalam waktu beberapa menit. Dalam dahak pada suhu antara 30-37°C akan mati dalam waktu lebih kurang 1 minggu.
- 6) Kuman dapat bersifat dorman.

#### a. Cara Penularan

Cara penularan tuberkulosis paru melalui percikan dahak (*droplet*) sumber penularan adalah penderita tuberkulosis paru BTA (+), pada waktu penderita tuberkulosis paru batuk atau bersin. *Droplet* yang mengandung kuman TB dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam, sekali batuk dapat menghasilkan 3000 percikan dahak yang mengandung kuman sebanyak 0-3500 *Mycobacterium tuberculosis*. Sedangkan kalau bersin dapat mengeluarkan sebanyak 4500 – 1.000.000 *Mycobacterium tuberculosis*.

Terdapat 4 tahapan perjalanan alamiah penyakit TB pada manusia. Tahapan tersebut meliputi tahap paparan, infeksi, menderita sakit dan meninggal dunia, sebagai berikut:

##### a.1 Paparan

Peluang peningkatan paparan terkait dengan:

- Jumlah kasus menular di masyarakat.
- Peluang kontak dengan kasus menular.
- Tingkat daya tular dahak sumber penularan.

- Intensitas batuk sumber penularan.
- Kedekatan kontak dengan sumber penularan.
- Lamanya waktu kontak dengan sumber penularan.

#### a.2 Infeksi

Reaksi daya tahan tubuh akan terjadi setelah 6–14 minggu setelah infeksi. Lesi umumnya sembuh total namun dapat saja kuman tetap hidup dalam lesi tersebut (dormant) dan suatu saat dapat aktif kembali tergantung dari daya tahan tubuh manusia. Penyebaran melalui aliran darah atau getah bening dapat terjadi sebelum penyembuhan lesi.

#### a.3 Faktor Risiko

Faktor risiko untuk menjadi sakit TB adalah tergantung dari:

- Konsentrasi/jumlah kuman yang terhirup Lamanya waktu sejak terinfeksi
- Usia seseorang yang terinfeksi
- Tingkat daya tahan tubuh seseorang. Seseorang dengan daya tahan tubuh yang rendah diantaranya infeksi HIV AIDS dan malnutrisi (gizi buruk) akan memudahkan berkembangnya TB Aktif (sakit TB).
- Infeksi HIV. Pada seseorang yang terinfeksi TB, 10% diantaranya akan menjadi sakit TB. Namun pada seorang dengan HIV positif akan meningkatkan kejadian TB. Orang dengan HIV berisiko 20-37 kali untuk sakit TB dibandingkan dengan orang yang tidak terinfeksi HIV, dengan demikian penularan TB di masyarakat akan meningkat pula.

#### a.4 Meninggal dunia

Faktor risiko kematian karena TB:

- Akibat dari keterlambatan diagnosis

- Pengobatan tidak adekuat.
- Adanya kondisi kesehatan awal yang buruk atau penyakit penyerta.
- Pada pasien TB tanpa pengobatan, 50% diantaranya akan meninggal dan risiko ini meningkat pada pasien dengan HIV positif. Begitu pula pada ODHA, 25% kematian disebabkan oleh TB.

Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari dapat langsung membunuh kuman, percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab. Orang dapat terinfeksi jika *droplet* tersebut terhirup ke dalam saluran pernafasan. Setelah kuman TB masuk tubuh manusia melalui pernafasan, kuman TB tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas atau penyebaran langsung ke bagian tubuh lainnya. Perlu diingat bahwa TB tidak menular melalui berjabat tangan dengan penderita TB, berbagi makanan/minuman, menyentuh seprai atau dudukan toilet, berbagi sikat gigi, bahkan berciuman (Anindyajati, 2017).

Daya penularan dari seorang penderita ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahaknya maka makin menular penderita tersebut. Bila hasil pemeriksaan dahaknya negatif maka penderita tersebut dianggap tidak menular. Resiko penularan setiap tahun *Annual Risk Of Tuberculosis Infection* (ARTI) di Indonesia cukup tinggi dan bervariasi antara 1 – 3%. Pada daerah dengan ARTI sebesar 1% berarti setiap tahun diantara 1000 penduduk, 10 orang akan terinfeksi, kemudian sebagian besar dari orang yang terinfeksi tidak akan menjadi penderita tuberkulosis paru, hanya sekitar 10% dari yang terinfeksi yang

akan menjadi penderita tuberkulosis. Dari keterangan tersebut dapat diperkirakan bahwa pada daerah dengan ARTI 1%, maka diantara 100.000 penduduk rata-rata 100 penderita setiap tahun, dimana 50 penderita adalah BTA positif.

Faktor resiko yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi penderita tuberkulosis paru adalah karena daya tahan tubuh yang lemah, diantaranya karena gizi buruk, HIV/AIDS. HIV merupakan faktor resiko yang paling kuat bagi yang terinfeksi kuman TB menjadi sakit tuberkulosis paru. Infeksi HIV mengakibatkan kerusakan luas sistem daya tahan tubuh seluler (*celuler immunity*), sehingga jika terjadi infeksi penyerta (*opportunistic*), seperti tuberkulosis paru maka yang bersangkutan akan menjadi sakit parah bahkan bisa mengakibatkan kematian. Bila jumlah orang terinfeksi HIV meningkat, maka jumlah penderita tuberkulosis paru akan meningkat pula, dengan demikian penularan penyakit tuberkulosis paru di masyarakat akan meningkat pula.

## **b. Tanda dan Gejala**

Tanda dan gejala penyakit tuberkulosis paru adalah sebagai berikut:

1. Gejala utama: batuk terus menerus dan berdahak selama tiga minggu atau lebih.
2. Gejala tambahan, yang sering dijumpai :
  - a) Dahak bercampur darah
  - b) Batuk darah
  - c) Sesak nafas dan rasa nyeri dada
  - d) Badan lemah dan nafsu makan menurun
  - e) Malaise atau rasa kurang enak badan
  - f) Berat badan menurun

- g) Berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan
- h) Demam meriang lebih dari satu bulan

Gejala-gejala tersebut dijumpai pula pada penyakit paru selain tuberkulosis. Oleh karena itu setiap orang yang datang ke Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) dengan gejala tersebut, harus dianggap sebagai seorang suspek tuberkulosis paru atau tersangka penderita tuberkulosis paru, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara *mikroskopis* langsung.

### 3. Gambaran klinik

#### a) Gejala Sistemik

Secara sistemik pada umumnya penderita akan mengalami demam, demam tersebut berlangsung pada waktu sore dan malam hari, disertai dengan keluar keringat dingin meskipun tanpa kegiatan, kemudian kadang hilang. Gejala ini akan timbul lagi beberapa bulan seperti demam influenza biasa dan kemudian juga seolah-olah sembuh (tidak demam lagi). Keadaan ini sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh penderita dan keparahan infeksi bakteri tuberkulosis (Radji, 2011).

Gejala lain adalah *malaise* (seperti perasaan lesu) yang bersifat berkepanjangan kronik, disertai rasa tidak enak badan, lemah dan lesu, pegal-pegal, nafsu makan berkurang, badan semakin kurus, pusing, serta mudah lelah, meriang, nyeri otot, keringat malam, gejala *malaise* ini makin lama makin berat dan terjadi hilang timbul secara tidak teratur. Gejala sistemik ini terdapat baik pada tuberkulosis paru maupun tuberkulosis yang menyerang organ lain.

## b) Gejala Respiratorik

Adapun gejala respiratorik atau gejala saluran pernafasan adalah batuk. Batuk bisa berlangsung secara terus menerus selama tiga minggu atau lebih. Batuk terjadi karena adanya iritasi pada *bronchus*. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar tubuh. Karena terlibatnya *bronchus*, pada setiap saat tidak sama, mungkin saja batuk baru ada setelah penyakit berkembang dalam jaringan paru yakni setelah berminggu-minggu atau berbulan-bulan peradangan bermula. Sifat batuk dimulai dengan batuk kering (non-produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum).

Gejala respiratorik lainnya adalah batuk produktif sebagai upaya untuk membuang ekskresi peradangan berupa dahak atau sputum, dahak ini kadang bersifat mukoid atau purulent. Kadang gejala respiratorik ini ditandai dengan batuk darah, hal ini disebabkan karena pembuluh darah pecah akibat luka dalam *alveoli* yang sudah lanjut. Batuk darah inilah yang sering membawa penderita ke dokter. Apabila kerusakan sudah meluas, timbul sesak nafas dan nyeri dada. Gejala nyeri dada jarang ditemukan, tetapi nyeri dada dapat timbul jika infiltrasi radang sudah sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis. Kedua pleura mulai bergesekan ketika penderita menarik atau melepaskan nafas (Radji, 2011).

### **c. Diagnosis Tuberkulosis Paru**

#### **1. Diagnosis TB Paru**

Diagnosis TB ditetapkan berdasarkan keluhan, hasil anamnesis, pemeriksaan klinis, pemeriksaan labotarorium dan pemeriksaan penunjang lainnya.

##### **1.a Keluhan dan hasil anamnesis meliputi:**

Keluhan yang disampaikan pasien, serta wawancara rinci berdasar keluhan pasien. Pemeriksaan klinis berdasarkan gejala dan tanda TB yang meliputi:

- a) Gejala utama pasien TB paru adalah batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan. Pada pasien dengan HIV positif, batuk sering kali bukan merupakan gejala TB yang khas, sehingga gejala batuk tidak harus selalu selama 2 minggu atau lebih.
- b) Gejala-gejala tersebut diatas dapat dijumpai pula pada penyakit paru selain TB, seperti bronkiektasis, bronchitis kronis, asma, kanker paru, dan lain-lain. Mengingat prevalensi TB di Indonesia saat ini masih tinggi, maka setiap orang yang datang ke fasyankes dengan gejala tersebut diatas, dianggap sebagai seorang terduga pasien TB, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung.

- c) Selain gejala tersebut, perlu dipertimbangkan pemeriksaan pada orang dengan faktor risiko, seperti : kontak erat dengan pasien TB, tinggal di daerah padat penduduk, wilayah kumuh, daerah pengungsian, dan orang yang bekerja dengan bahan kimia yang berrisiko menimbulkan paparan infeksi paru.

#### 1.b Pemeriksaan Laboratorium

##### a) Pemeriksaan Bakteriologi

##### 1) Pemeriksaan dahak mikroskopis langsung

Pemeriksaan dahak selain berfungsi untuk menegakkan diagnosis, juga untuk menentukan potensi penularan dan menilai keberhasilan pengobatan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 2 contoh uji dahak yang dikumpulkan berupa dahak Sewaktu-Pagi (SP):

(a) S (Sewaktu): dahak ditampung di fasyankes.

(b) P (Pagi): dahak ditampung pada pagi segera setelah bangun tidur. Dapat dilakukan dirumah pasien atau di bangsal rawat inap bilamana pasien menjalani rawat inap.

##### 2) Pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) TB

Pemeriksaan tes cepat molekuler dengan meto deXpert MTB/RIF. TCM merupakan sarana untuk penegakan diagnosis, namun tidak dapat dimanfaatkan untuk evaluasi hasil pengobatan.

### 3) Pemeriksaan Biakan

Pemeriksaan biakan dapat dilakukan dengan media padat (Lowenstein-Jensen) dan media cair (*Mycobacteria Growth Indicator Tube*) untuk identifikasi *Mycobacterium tuberculosis* (M.tb).

Pemeriksaan tersebut diatas dilakukan disarana laboratorium yang terpantau mutunya. Dalam menjamin hasil pemeriksaan laboratorium, diperlukan contoh uji dahak yang berkualitas. Pada faskes yang tidak memiliki akses langsung terhadap pemeriksaan TCM, biakan, dan uji kepekaan, diperlukan system transportasi contoh uji. Hal ini bertujuan untuk menjangkau pasien yang membutuhkan akses terhadap pemeriksaan tersebut serta mengurangi risiko penularan jika pasien bepergian langsung ke laboratorium

### b) Pemeriksaan Penunjang Lainnya

1) Pemeriksaan foto toraks

2) Pemeriksaan histopatologi pada kasus yang dicurigai TB ekstraparu.

### c) Pemeriksaan uji kepekaan obat

Uji kepekaan obat bertujuan untuk menentukan ada tidaknya resistensi M.tb terhadap OAT.

Uji kepekaan obat tersebut harus dilakukan di laboratorium yang telah lulus uji pemantapan mutu/Quality Assurance (QA), dan mendapatkan sertifikat nasional maupun internasional.

d) Pemeriksaan serologi

Sampai saat ini belum direkomendasikan.

1.c Alur Diagnosis TB pada Orang Dewasa

Alur diagnosis TB dibagi sesuai dengan fasilitas yang tersedia:

- a) Faskes yang mempunyai akses pemeriksaan dengan alat tes cepat molekuler.
- b) Faskes yang hanya mempunyai pemeriksaan mikroskopis dan tidak memiliki akses ke tes cepat molekuler.

Prinsip penegakan diagnosis TB:

- Diagnosis TB Paru pada orang dewasa harus ditegakkan terlebih dahulu dengan pemeriksaan bakteriologis. Pemeriksaan bakteriologis yang dimaksud adalah pemeriksaan mikroskopis, tes cepat molekuler TB dan biakan.
- Pemeriksaan TCM digunakan untuk penegakan diagnosis TB, sedangkan pemantauan kemajuan pengobatan tetap dilakukan dengan pemeriksaan mikroskopis.
- Tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya berdasarkan pemeriksaan foto toraks saja. Foto toraks tidak selalu memberikan gambaran yang spesifik pada TB paru, sehingga dapat menyebabkan terjadi overdiagnosis ataupun underdiagnosis.
- Tidak dibenarkan mendiagnosis TB dengan pemeriksaan serologis.
  - a) Faskes yang mempunyai Alat Tes Cepat Molekuler (TCM) TB:
    - 1) Faskes yang mempunyai akses pemeriksaan TCM, penegakan diagnosis TB pada terduga TB dilakukan dengan pemeriksaan TCM. Pada kondisi dimana pemeriksaan TCM tidak

memungkinkan (misalnya alat TCM melampaui kapasitas pemeriksaan, alat TCM mengalami kerusakan, dll), penegakan diagnosis TB dilakukan dengan pemeriksaan mikroskopis.

- 2) Jika terduga TB adalah kelompok terduga TB RO dan terduga TB dengan HIV positif, harus tetap diupayakan untuk dilakukan penegakan diagnosis TB dengan TCM TB, dengan cara melakukan rujukan ke layanan tes cepat molekuler terdekat, baik dengan cara rujukan pasien atau rujukan contoh uji.
- 3) Jumlah contoh uji dahak yang diperlukan untuk pemeriksaan TCM sebanyak 2 (dua) dengan kualitas yang bagus. Satu contoh uji untuk diperiksa TCM, satu contoh uji untuk disimpan sementara dan akan diperiksa jika diperlukan (misalnya pada hasil indeterminate, pada hasil Rif Resistan pada terduga TB yang bukan kriteria terduga TB RO, pada hasil Rif Resistan untuk selanjutnya dahak dikirim ke Laboratorium LPA untuk pemeriksaan uji kepekaan Lini-2 dengan metode cepat).
- 4) Contoh uji non-dahak yang dapat diperiksa dengan MTB/RIF terdiri atas cairan serebrospinal (Cerebro Spinal Fluid/CSF), jaringan biopsi, bilasan lambung (gastric lavage), dan aspirasi cairan lambung (gastric aspirate).
- 5) Pasien dengan hasil Mtb Resistan Rifampisin tetapi bukan berasal dari kriteria terduga TB RO harus dilakukan pemeriksaan TCM ulang. Jika terdapat perbedaan hasil, maka hasil pemeriksaan TCM yang terakhir yang menjadi acuan tindakan selanjutnya.

- 6) Jika hasil TCM indeterminate, lakukan pemeriksaan TCM ulang. Jika hasil tetap sama, berikan pengobatan TB Lini 1, lakukan biakan dan uji kepekaan.
  - 7) Pengobatan standar TB MDR segera diberikan kepada semua pasien TB RR, tanpa menunggu hasil pemeriksaan uji kepekaan OAT lini 1 dan lini 2 keluar. Jika hasil resistensi menunjukkan MDR, lanjutkan pengobatan TB MDR. Bila ada tambahan resistensi terhadap OAT lainnya, pengobatan harus disesuaikan dengan hasil uji kepekaan OAT.
  - 8) Pemeriksaan uji kepekaan menggunakan metode LPA (*Line Probe Assay*) Lini-2 atau dengan metode konvensional.
  - 9) Pengobatan TB pre XDR/ TB XDR menggunakan paduan standar TB pre XDR atau TB XDR atau menggunakan paduan obat baru.
  - 10) Pasien dengan hasil TCM M.tb negatif, lakukan pemeriksaan foto toraks. Jika gambaran foto toraks mendukung TB dan atas pertimbangan dokter, pasien dapat didiagnosis sebagai pasien TB terkonfirmasi klinis. Jika gambaran foto toraks tidak mendukung TB kemungkinan bukan TB, dicari kemungkinan penyebab lain.
- b) Faskes yang tidak mempunyai Alat Tes Cepat Molekuler (TCM) TB
- 1) Faskes yang tidak mempunyai alat TCM dan kesulitan mengakses TCM, penegakan diagnosis TB tetap menggunakan mikroskop.

- 2) Jumlah contoh uji dahak untuk pemeriksaan mikroskop sebanyak 2 (dua) dengan kualitas yang bagus. Contoh uji dapat berasal dari dahak Sewaktu-Sewaktu atau Sewaktu-Pagi.
- 3) BTA (+) adalah jika salah satu atau kedua contoh uji dahak menunjukkan hasil pemeriksaan BTA positif. Pasien yang menunjukkan hasil BTA (+) pada pemeriksaan dahak pertama, pasien dapat segera ditegakkan sebagai pasien dengan BTA (+)
- 4) BTA (-) adalah jika kedua contoh uji dahak menunjukkan hasil BTA negatif. Apabila pemeriksaan secara mikroskopis hasilnya negatif, maka penegakan diagnosis TB dapat dilakukan secara klinis menggunakan hasil pemeriksaan klinis dan penunjang (setidak-tidaknya pemeriksaan foto toraks) yang sesuai dan ditetapkan oleh dokter.
- 5) Apabila pemeriksaan secara mikroskopis hasilnya negatif dan tidak memiliki akses rujukan (radiologi/TCM/biakan) maka dilakukan pemberian terapi antibiotika spektrum luas (Non OAT dan Non kuinolon) terlebih dahulu selama 1-2 minggu. Jika tidak ada perbaikan klinis setelah pemberian antibiotik, pasien perlu dikaji faktor risiko TB. Pasien dengan faktor risiko TB tinggi maka pasien dapat didiagnosis sebagai TB Klinis. Faktor risiko TB yang dimaksud antara lain:
  - (a) Terbukti ada kontak dengan pasien TB
  - (b) Ada penyakit komorbid: HIV, DM
  - (c) Tinggal di wilayah berisiko TB: Lapas/Rutan, tempat penampungan pengungsi, daerah kumuh, dll.

## 2. Diagnosis TB ekstra paru

Gejala dan keluhan tergantung pada organ yang terkena, misalnya kaku kuduk pada Meningitis TB, nyeri dada pada TB pleura (Pleuritis), pembesaran kelenjar limfe superfisialis pada limfadenitis TB serta deformitas tulangbelakang (gibbus) pada spondilitis TB dan lain-lainnya.

Diagnosis pasti pada pasien TB ekstra paru ditegakkan dengan pemeriksaan klinis, bakteriologis dan atau histopatologis dari contoh uji yang diambil dari organ tubuh yang terkena. Pemeriksaan mikroskopis dahak wajib dilakukan untuk memastikan kemungkinan TB Paru.

Pemeriksaan TCM pada beberapa kasus curiga TB ekstraparu dilakukan dengan contoh uji cairan serebrospinal (Cerebro Spinal Fluid/CSF) pada kecurigaan TB meningitis, contoh uji kelenjar getah bening melalui pemeriksaan Biopsi Aspirasi Jarum Halus/BAJAH (Fine Needle Aspirate Biopsy/FNAB) pada pasien dengan kecurigaan TB kelenjar, dan contoh uji jaringan pada pasien dengan kecurigaan TB jaringan lainnya.

## 3. Diagnosis TB Resistan Obat

Seperti juga pada diagnosis TB maka diagnosis TB-RO juga diawali dengan penemuan pasien terduga TB-RO. Terduga TB-RO adalah pasien yang memiliki risiko tinggi resistan terhadap OAT, yaitu pasien yang mempunyai gejala TB yang memiliki riwayat satu atau lebih seperti pasien TB gagal pengobatan Kategori 2, pasien TB pengobatan kategori 2 yang tidak konversi setelah 3 bulan pengobatan, pasien TB yang mempunyai riwayat pengobatan TB yang tidak standar serta menggunakan kuinolon dan obat injeksi lini kedua paling sedikit selama 1 bulan, pasien TB gagal pengobatan kategori 1, Pasien TB pengobatan kategori 1 yang tidak

konversi setelah 2 bulan pengobatan, pasien TB kasus kambuh (relaps), dengan pengobatan OAT kategori 1 dan kategori 2, pasien TB yang kembali setelah loss to follow-up (lalai berobat/default), terduga TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan pasien TB- RO, termasuk dalam hal ini warga binaan yang ada di Lapas/Rutan, hunian padat seperti asrama, barak, buruh pabrik, pasien ko-infeksi TB-HIV yang tidak respons secara bakteriologis maupun klinis terhadap pemberian OAT, (bila pada penegakan diagnosis awal tidak menggunakan TCM TB).

Selain kriteria di atas, kasus TB RO dapat juga dijumpai pada kasus TB baru, sehingga pada kasus ini perlu juga dilakukan penegakan diagnosis dengan TCM TB jika fasilitas memungkinkan. Pada kelompok ini, jika hasil pemeriksaan tes cepat memberikan hasil TB RR, maka pemeriksaan TCM TB perlu dilakukan sekali lagi untuk memastikan diagnosisnya.

Diagnosis TB-RO ditegakkan berdasarkan pemeriksaan uji kepekaan M. Tuberculosis menggunakan metode standar yang tersedia di Indonesia yaitu metode tes cepat molekuler TB dan metode konvensional. Saat ini metode tes cepat yang dapat digunakan adalah pemeriksaan molekuler dengan Tes cepat molekuler TB (TCM) dan Line Probe Assay (LPA). Sedangkan metode konvensional yang digunakan adalah Lowenstein Jensen (LJ) dan MGIT.

#### 4. Diagnosis TB pada Orang dengan HIV AIDS (ODHA)

Setiap pasien dengan HIV positif (ODHA) dan penyandang Diabetes Mellitus (DM) pada prinsipnya harus dievaluasi untuk TB meskipun belum ada gejala. Penegakan diagnosis TB pada ODHA maupun DM sama dengan diagnosis TB tanpa ko-morbid.

Gejala klinis pada ODHA seringkali tidak spesifik. Gejala klinis yang sering ditemukan adalah demam dan penurunan berat badan yang signifikan (sekitar 10% atau lebih) dan gejala ekstra paru sesuai organ yang terkena misalnya TB Pleura, TB Pericardius, TB Milier, TB meningitis. Pada prinsipnya, untuk mempercepat penegakan diagnosis TB pada pasien dengan HIV positif maka diutamakan menggunakan pemeriksaan TCM TB.

#### Diagnosis HIV pada pasien TB

- a) Salah satu tujuan dari kolaborasi TB-HIV adalah menurunkan beban HIV pada pasien TB. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilaksanakan kegiatan-kegiatan yang dapat menjadi pintu masuk bagi pasien TB menuju akses pencegahan dan pelayanan HIV sehingga dengan demikian pasien tersebut mendapatkan pelayanan yang komprehensif.
- b) Tes dan konseling HIV bagi pasien TB dapat dilakukan melalui dua pendekatan yaitu: Providerinitiated HIV testing and counselling (PITC= Tes HIV Atas Inisiasi Petugas Kesehatan dan Konseling/TIPK) dan Voluntary Counselling and Testing (VCT= KT HIV Sukarela/ KTS).
- c) Merujuk pada Permenkes no. 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS, semua pasien TB dianjurkan untuk tes HIV melalui pendekatan TIPK sebagai bagian dari standar pelayanan oleh petugas TB atau dirujuk ke layanan HIV.
- d) Tujuan utama TIPK adalah agar petugas Kesehatan dapat membuat keputusan klinis dan/atau menentukan pelayanan medis secara khusus yang tidak mungkin dilaksanakan tanpa mengetahui status HIV seseorang seperti dalam pemberian terapi ARV.

## 5. Diagnosis TB anak

Gejala klinis berupa gejala sistemik/umum atau sesuai organ terkait. Gejala klinis TB pada anak tidak khas, karena gejala serupa juga dapat disebabkan oleh berbagai penyakit selain TB. Gejala khas TB antara lain batuk  $\geq 2$  minggu, demam  $\geq 2$  minggu, berat badan turun atau tidak naik dalam 2 bulan sebelumnya, lesu atau malaise  $\geq 2$  minggu. Gejala-gejala tersebut menetap walau sudah diberikan terapi yang adekuat.

Pemeriksaan bakteriologis (mikroskopis atau tes cepat TB) tetap merupakan pemeriksaan utama untuk konfirmasi diagnosis TB pada anak. Berbagai upaya dapat dilakukan untuk memperoleh contoh uji dahak, di antaranya induksi sputum. Pemeriksaan mikroskopis dilakukan 2 kali, dan dinyatakan positif jika satu contoh uji diperiksa memberikan hasil positif.

Observasi persistensi gejala selama 2 minggu dilakukan jika anak bergejala namun tidak ditemukan cukup bukti adanya penyakit TB. Jika gejala menetap, maka anak dirujuk untuk pemeriksaan lebih lengkap. Pada kondisi tertentu di mana rujukan tidak memungkinkan, dapat dilakukan penilaian klinis untuk menentukan diagnosis TB anak.

Berkontak dengan pasien TB paru dewasa adalah kontak serumah ataupun kontak erat, misalnya di sekolah, pengasuh, tempat bermain, dan sebagainya.

Pada anak yang pada evaluasi bulan ke-2 tidak menunjukkan perbaikan klinis sebaiknya diperiksa lebih lanjut adanya kemungkinan faktor penyebab lain misalnya kesalahan diagnosis, adanya penyakit penyerta, gizi buruk, TB resistan obat maupun masalah dengan kepatuhan berobat dari pasien. Apabila fasilitas tidak memungkinkan, pasien dirujuk

ke RS. Yang dimaksud dengan perbaikan klinis adalah perbaikan gejala awal yang ditemukan pada anak tersebut pada saat diagnosis.

#### 6. Diagnosis TB MDR

Diagnosis TB MDR dipastikan berdasarkan pemeriksaan biakan dan uji kepekaan *M.tuberculosis*. Semua suspek TB MDR diperiksa dahaknya dua kali, salah satu diantaranya harus dahak pagi hari. Uji kepekaan *M.tuberculosis* harus dilakukan di laboratorium yang telah tersertifikasi untuk uji kepekaan. Sambil menunggu hasil uji kepekaan, maka suspek TB MDR akan tetap meneruskan pengobatan sesuai dengan pedoman pengendalian TB Nasional.

#### **d. Penemuan Penderita Tuberkulosis Paru**

Penemuan pasien bertujuan untuk mendapatkan pasien TB melalui serangkaian kegiatan mulai dari penjarangan terhadap terduga pasien TB, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang diperlukan, menentukan diagnosis, menentukan klasifikasi penyakit serta tipe pasien TB. Setelah diagnosis ditetapkan dilanjutkan pengobatan yang adekuat sampai sembuh, sehingga tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain.

Kegiatan ini membutuhkan adanya pasien yang memahami dan sadar akan keluhan dan gejala TB, akses terhadap fasilitas kesehatan dan adanya tenaga kesehatan yang kompeten untuk melakukan pemeriksaan terhadap gejala dan keluhan tersebut.

##### 1. Strategi Penemuan

Strategi penemuan pasien TB dapat dilakukan secara pasif, intensif, aktif, dan masif. Upaya penemuan pasien TB harus didukung dengan kegiatan promosi yang aktif, sehingga semua terduga TB dapat ditemukan secara dini.

- a) Penemuan pasien TB dilakukan secara pasif intensif di fasilitas kesehatan dengan jejaring layanan TB melalui Public-Private Mix (PPM), dan kolaborasi berupa kegiatan TB-HIV, TB-DM (Diabetes Mellitus), TB-Gizi, Pendekatan Praktis Kesehatan paru (PAL = Practical Approach to Lung health), Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), Manajemen Terpadu Dewasa Sakit (MTDS).
- b) Penemuan pasien TB secara aktif dan/atau masif berbasis keluarga dan masyarakat, dapat dibantu oleh kader dari posyandu, pos TB desa, tokoh masyarakat, dan tokoh agama. Kegiatan ini dapat berupa:
  - 1) Investigasi kontak pada paling sedikit 10 - 15 orang kontak erat dengan pasien TB.
  - 2) Penemuan di tempat khusus: Lapas/Rutan, tempat kerja, asrama, pondok pesantren, sekolah, panti jompo.
  - 3) Penemuan di populasi berisiko: tempat penampungan pengungsi, daerah kumuh.

#### **e. Klasifikasi Penyakit Tuberkulosis Paru dan Tipe Penderita**

##### 1. Definisi Kasus TB

- a) Pasien TB yang terkonfirmasi Bakteriologis:

Adalah pasien TB yang terbukti positif pada hasil pemeriksaan contoh uji biologinya (sputum dan jaringan) melalui pemeriksaan mikroskopis langsung, TCM TB, atau biakan. Termasuk dalam kelompok pasien ini adalah:

- (a) Pasien TB paru BTA positif
- (b) Pasien TB paru hasil biakan M.tb positif
- (c) Pasien TB paru hasil tes cepat M.tb positif

(d) Pasien TB ekstraparu terkonfirmasi secara bakteriologis, baik dengan BTA, biakan maupun tes cepat dari contoh uji jaringan yang terkena.

(e) TB anak yang terdiagnosis dengan pemeriksaan bakteriologis.

Semua pasien yang memenuhi definisi tersebut di atas harus dicatat.

b) Pasien TB terdiagnosis secara Klinis

Adalah pasien yang tidak memenuhi kriteria terdiagnosis secara bakteriologis tetapi didiagnosis sebagai pasien TB aktif oleh dokter, dan diputuskan untuk diberikan pengobatan TB. Termasuk dalam kelompok pasien ini adalah:

(a) Pasien TB paru BTA negatif dengan hasil pemeriksaan foto toraks mendukung TB.

(b) Pasien TB paru BTA negatif dengan tidak ada perbaikan klinis setelah diberikan antibiotika non-OAT, dan mempunyai faktor risiko TB

(c) Pasien TB ekstraparu yang terdiagnosis secara klinis maupun laboratoris dan histopatologis tanpa konfirmasi bakteriologis.

(d) TB anak yang terdiagnosis dengan sistim skoring.

Pasien TB yang terdiagnosis secara klinis dan kemudian terkonfirmasi bakteriologis positif (baik sebelum maupun setelah memulai pengobatan) harus diklasifikasi ulang sebagai pasien TB terkonfirmasi bakteriologis.

## 2. Klasifikasi Pasien TB

Pasien dibedakan berdasarkan klasifikasi penyakitnya yang bertujuan untuk:

- a) Pencatatan dan pelaporan pasien yang tepat
- b) Penetapan paduan pengobatan yang tepat
- c) Standarisasi proses pengumpulan data untuk Penanggulangan TB
- d) Evaluasi proporsi kasus sesuai lokasi penyakit, hasil pemeriksaan bakteriologis dan riwayat pengobatan
- e) Analisis kohort hasil pengobatan

Pemantauan kemajuan dan evaluasi efektifitas program TB secara tepat baik dalam maupun antar kabupaten/kota, provinsi, nasional dan global

Selain dari pengelompokan pasien sesuai definisi tersebut diatas, pasien juga diklasifikasikan menurut:

### 1) Klasifikasi berdasarkan lokasi anatomi dari penyakit:

#### (a) Tuberkulosis paru:

Adalah TB yang berlokasi pada parenkim (jaringan) paru. Milier TB dianggap sebagai TB paru karena adanya lesi pada jaringan paru. Pasien yang menderita TB paru dan sekaligus juga menderita TB ekstra paru, diklasifikasikan sebagai pasien TB paru.

#### (b) Tuberkulosis ekstraparu:

Adalah TB yang terjadi pada organ selain paru, misalnya: pleura, kelenjar limfe, abdomen, saluran kencing, kulit, sendi, selaput otak dan tulang. Limfadenitis TB dirongga dada (hilus dan atau mediastinum) atau efusi pleura tanpa terdapat gambaran radiologis

yang mendukung TB pada paru, dinyatakan sebagai TB ekstra paru.

Diagnosis TB ekstra paru dapat ditetapkan berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis. Diagnosis TB ekstra paru harus diupayakan secara bakteriologis dengan ditemukannya *Mycobacterium tuberculosis*.

Bila proses TB terdapat di beberapa organ, penyebutan disesuaikan dengan organ yang terkena proses TB tersebut.

- 2) Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya:
  - (a) Pasien baru TB: adalah pasien yang belum pernah mendapatkan pengobatan TB sebelumnya atau sudah pernah menelan OAT namun kurang dari 1 bulan ( $<$  dari 28 dosis).
  - (b) Pasien yang pernah diobati TB: adalah pasien yang sebelumnya pernah menelan OAT selama 1 bulan atau lebih ( $\geq$  dari 28 dosis). Pasien ini selanjutnya diklasifikasikan berdasarkan hasil pengobatan TB terakhir, yaitu:
    - (1) Pasien kambuh: adalah pasien TB yang pernah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap dan saat ini didiagnosis TB berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis (baik karena benar-benar kambuh atau karena reinfeksi).
    - (2) Pasien yang diobati kembali setelah gagal: adalah pasien TB yang pernah diobati dan dinyatakan gagal pada pengobatan terakhir.
    - (3) Pasien yang diobati kembali setelah putus berobat (lost to follow-up): adalah pasien yang pernah diobati dan dinyatakan

lost to follow up. (Klasifikasi ini sebelumnya dikenal sebagai pengobatan pasien setelah putus berobat /default).

(4) Lain-lain: adalah pasien TB yang pernah diobati namun hasil akhir pengobatan sebelumnya tidak diketahui.

(c) Pasien yang riwayat pengobatan sebelumnya tidak diketahui

Adalah pasien TB yang tidak masuk dalam kelompok 1) atau 2).

3) Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan uji kepekaan obat

Pengelompokan pasien disini berdasarkan hasil uji kepekaan contoh uji Mycobacterium tuberculosis terhadap OAT dan dapat berupa:

(a) Mono resistan (TB MR): Mycobacterium tuberculosisresistan terhadap salah satu jenis OAT lini pertama saja.

(b) Poli resistan (TB PR): Mycobacterium tuberculosisresistan terhadap lebih dari satu jenis OAT lini pertama selain Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) secara bersamaan.

(c) Multi drug resistan (TB MDR): Mycobacterium tuberculosisresistan terhadap Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) secara bersamaan, dengan atau tanpa diikuti resitan OAT lini pertama lainnya.

(d) Extensive drug resistan (TB XDR): adalah TB MDR yang sekaligus juga Mycobacterium tuberculosis resistan terhadap salah satu OAT golongan fluorokuinolon dan minimal salah satu dari OAT lini kedua jenis suntikan (Kanamisin, Kapreomisin dan Amikasin).

(e) Resistan Rifampisin (TB RR): Mycobacterium tuberculosisresistan terhadap Rifampisin dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT

lain yang terdeteksi menggunakan metode genotip (tes cepat molekuler) atau metode fenotip (konvensional).

- 4) Klasifikasi pasien TB berdasarkan status HIV
  - (a) Pasien TB dengan HIV positif (pasien ko-infeksi TB/HIV) adalah pasien TB dengan:
    - (1) Hasil tes HIV positif sebelumnya atau sedang mendapatkan ART, atau
    - (2) Hasil tes HIV positif pada saat diagnosis TB.
  - (b) Pasien TB dengan HIV negatif: adalah pasien TB dengan:
    - (1) Hasil tes HIV negatif sebelumnya, atau
    - (2) Hasil tes HIV negative pada saat diagnosis TB.
  - (c) Pasien TB dengan status HIV tidak diketahui adalah pasien TB tanpa ada bukti pendukung hasil tes HIV saat diagnosis TB ditetapkan.

Apabila pada pemeriksaan selanjutnya dapat diperoleh hasil tes HIV pasien, pasien harus disesuaikan Kembali klasifikasinya berdasarkan hasil tes HIV terakhir.

#### **f. Pengobatan Tuberkulosis Paru**

Pengobatan penderita tuberkulosis paru harus dengan panduan beberapa Obat Anti Tuberkulosis (OAT), berkesinambungan dan dalam waktu tertentu agar mendapatkan hasil yang optimal (OAT dalam bentuk kombipak atau FDC (Fixed Dose Combination)). Kesembuhan yang baik akan memperlihatkan sputum BTA negatif, adanya perbaikan radiologi dan menghilangnya gejala penyakit. Tujuan pengobatan tuberkulosis paru dengan jangka pendek adalah untuk memutus rantai penularan dengan menyembuhkan penderita tuberkulosis

paru minimal 80% dari seluruh kasus tuberkulosis paru BTA positif yang ditemukan, serta mencegah *resistensi* (kekebalan kuman terhadap OAT).

Tujuan pengobatan TB adalah:

1. Menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas serta kualitas hidup.
2. Mencegah terjadinya kematian oleh karena TB atau dampak buruk selanjutnya.
3. Mencegah terjadinya kekambuhan TB.
4. Menurunkan risiko penularan TB.
5. Mencegah terjadinya dan penularan TB resistan obat.

Obat Anti Tuberkulosis (OAT) adalah komponen terpenting dalam pengobatan TB. Pengobatan TB merupakan salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut kuman TB. Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip:

1. Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi.
2. Diberikan dalam dosis yang tepat.
3. Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat) sampai selesai pengobatan.
4. Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup, terbagi dalam dua (2) tahap yaitu tahap awal serta tahap lanjutan, sebagai pengobatan yang adekuat untuk mencegah kekambuhan.

Pengobatan TB harus selalu meliputi pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan dengan maksud:

### 1. Tahap awal

Pengobatan diberikan setiap hari. Paduan pengobatan pada tahap ini adalah dimaksudkan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resistan sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua pasien baru, harus diberikan selama 2 bulan. Pada umumnya dengan pengobatan secara teratur dan tanpa adanya penyulit, daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 minggu pertama.

### 2. Tahap lanjutan

Pengobatan tahap lanjutan bertujuan membunuh sisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman persister sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan.

Jenis Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

**Tabel 2.1**  
**OAT Lini Pertama**

| <b>Jenis</b>    | <b>Sifat</b> | <b>Efek samping</b>                                                                                                                                                           |
|-----------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Isoniazid (H)   | Bakterisidal | Neuropati perifer (Gangguan saraf tepi), psikosis toksik, gangguan fungsi hati, kejang.                                                                                       |
| Rifampisin (R)  | bakterisidal | Flu syndrome (gejala influenza berat), gangguan gastrointestinal, urine berwarna merah, gangguan fungsi hati, trombositopeni, demam, skin rash, sesak nafas, anemia hemolitik |
| Pirazinamid (Z) | Bakterisidal | Gangguan gastrointestinal,                                                                                                                                                    |

| Jenis            | Sifat          | Efek samping                                                                                                                  |
|------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  |                | gangguan fungsi hati, gout arthritis                                                                                          |
| Streptomisin (S) | Bakterisidal   | Nyeri ditempat suntikan, gangguan keseimbangan dan pendengaran, renjatan anafilaktik, anemia, agranulositosis, trombositopeni |
| Etambutol (E)    | bakteriostatik | Gangguan penglihatan, buta warna, neuritis perifer (Gangguan saraf tepi).                                                     |

**Tabel 2.2**  
**Pengelompokan OAT Lini Kedua**

| Group | Golongan              | Jenis Obat                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                    |
|-------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A     | Florokuinolon         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Levofloksasin (Lfx)</li> <li>• Moksifloksasin (Mfx)</li> <li>• Gatifloksasin (Gfx)*</li> </ul>                                                    |                                                                                                                                    |
| B     | OAT suntik lini kedua | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kanamisin (Km)</li> <li>• Amikasin (Am)*</li> <li>• Kapreomisin (Cm)</li> <li>Streptomisin (S)**</li> </ul>                                       |                                                                                                                                    |
| C     | OAT oral lini Kedua   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etionamid (Eto)/Protionamid (Pto)*</li> <li>• Sikloserin (Cs) /Terizidon (Trd)*</li> <li>• Clofazimin (Cfz)</li> <li>• Linezolid (Lzd)</li> </ul> |                                                                                                                                    |
| D     | D1                    | OAT lini pertama                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pirazinamid (Z)</li> <li>• Etambutol (E)</li> <li>• Isoniazid (H) dosis tinggi</li> </ul> |
|       | D2                    | OAT baru                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedaquiline (Bdq)</li> <li>• Delamanid (Dlm)*</li> <li>• Pretonamid (PA-824)*</li> </ul>  |
|       | D3                    | OAT Tambahan                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asam para aminosalisilat (PAS)</li> <li>• Imipenemsilastatin (Ipm)*</li> </ul>            |

| Group | Golongan | Jenis Obat                                                                                                                                    |
|-------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meropenem (Mpm)*</li> <li>• Amoksilin clavulanate (Amx-Clv)*</li> <li>• Thioasetazon (T)*</li> </ul> |

Ket :

\* Tidak disediakan oleh program

\*\* Tidak termasuk obat suntik lini kedua, tetapi dapat diberikan pada kondisi tertentu dan tidak disediakan oleh program.

### g. Pencegahan Penyakit Tuberkulosis Paru

Salah satu upaya pencegahan mencegah kesakitan atau sakit yang berat adalah dengan memberikan kekebalan berupa vaksinasi dan pengobatan pencegahan (*profilaksis*).

#### 1. Pemberian Kekebalan (Imunisasi) BCG

Vaksin BCG (*Bacille Calmette-Guérin*) adalah vaksin hidup yang dilemahkan yang berasal dari *Mycobacterium bovis*. Pemberian vaksinasi BCG berdasarkan Program Pengembangan Imunisasi diberikan pada bayi 0-2 bulan. Pemberian vaksin BCG pada bayi > 2 bulan harus didahului dengan uji tuberkulin. Petunjuk pemberian vaksinasi BCG mengacu pada Pedoman Program Pemberian Imunisasi Kemenkes. Secara umum perlindungan vaksin BCG efektif untuk mencegah terjadinya TB berat seperti TB milier dan TB meningitis yang sering didapatkan pada usia muda. Vaksinasi BCG ulang tidak direkomendasikan karena tidak terbukti memberi perlindungan tambahan.

Perhatian khusus pada pemberian vaksinasi BCG yaitu:

##### a) Bayi terlahir dari ibupasien TB BTA positif

Bayi yang terlahir dari ibu yang terdiagnosis TB BTA positif pada trimester3 kehamilan berisiko tertular ibunya melalui plasenta, cairan

amnion maupun hematogen. Sedangkan bayi yang terlahir dari ibu pasien TB BTA positif selama masa neonatal berisiko tertular ibunya melalui percik renik. Pada kedua kondisi tersebut bayi sebaiknya dirujuk. Vaksinasi BCG dilakukan sesuai alur tata laksana bayi yang lahir dari ibu terduga TB atau ibu sakit TB.

b) Bayi terlahir dari ibu pasien infeksi HIV/AIDS

Vaksinasi BCG tidak boleh diberikan pada bayi yang terinfeksi HIV karena meningkatkan risiko BCG diseminata. Di daerah yang endemis TB/HIV, bayi yang terlahir dari ibu dengan HIV positif namun tidak memiliki gejala HIV boleh diberikan vaksinasi BCG. Bila pemeriksaan HIV dapat dilakukan, maka vaksinasi BCG ditunda sampai status HIVnya diketahui.

Sejumlah kecil anak-anak (1-2%) mengalami komplikasi setelah vaksinasi BCG. Komplikasi paling sering termasuk abses lokal, infeksi bakteri sekunder, adenitis supuratif dan pembentukan keloid lokal. Kebanyakan reaksi akan sembuh selama beberapa bulan. Pada beberapa kasus dengan reaksi local persisten dipertimbangkan untuk dilakukan rujukan. Begitu juga pada kasus dengan imunodefisiensi mungkin memerlukan rujukan.

c) Limfadenitis BCG

Limfadenitis BCG merupakan komplikasi vaksinasi BCG yang paling sering. Definisi limfadenitis BCG adalah pembengkakan kelenjar getah bening satu sisi setelah vaksinasi BCG. Limfadenitis BCG dapat timbul 2 minggu sampai 24 bulan setelah penyuntikan vaksin BCG (sering timbul 2-4 bulan setelah penyuntikan), terdapat 2 bentuk limfadenitis

BCG, yaitu supuratif dan non supuratif. Tipe non supuratif dapat hilang dalam beberapa minggu. Tipe supuratif ditandai adanya pembekakan disertai kemerahan, edem kulit di atasnya, dan adanya fluktuasi. Kelenjar getah bening yang terkena antara lain supraklavikula, servikal, dan aksila, dan biasanya hanya 1-2 kelenjar yang membesar.

Diagnosis ditegakkan bila terdapat pembesaran kelenjar getah bening sisi yang sama dengan tempat penyuntikan vaksin BCG tanpa penyebab lain, tidak ada demam atau gejala lain yang menunjukkan adenitis piogenik. Limfadenitis tuberkulosis sangat jarang terjadi hanya di aksila saja. Pemeriksaan sitopatologi dari sediaan aspirasi BCG limfadenitis tidak berbeda dengan limfadenitis tuberkulosis.

Limfadenitis BCG non-supuratif akan sembuh sendiri dan tidak membutuhkan pengobatan. Pada limfadenitis BCG supuratif yang dilakukan aspirasi jarum memberikan kesembuhan lebih tinggi (95% vs 68%) dan lebih cepat (6,7 vs 11,8 minggu) dari kontrol. Eksisi hanya dilakukan bila terapi aspirasi jarum gagal atau pada limfadenitis BCG multinodular.

## 2. Pengobatan Pencegahan dengan INH

Sebagai salah satu upaya pencegahan TB aktif pada ODHA, pemberian pengobatan pencegahan dengan Isoniazid (PP INH) dapat diberikan pada ODHA yang tidak terbukti TB aktif dan tidak ada kontraindikasi terhadap INH. Dosis INH yang diberikan adalah 300 mg per hari dengan dosis maksimal 600 mg per hari, ditambah Vitamin B6 25 mg per hari selama 6 bulan.

- a) Pemberian Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH) pada anak

PP INH diberikan kepada anak umur dibawah lima tahun (balita) yang mempunyai kontak dengan pasien TB tetapi tidak terbukti sakit TB.

**Tabel 2.3**  
**Tata laksana pada kontak anak**

| Umur   | HIV       | Hasil pemeriksaan | Tata laksana |
|--------|-----------|-------------------|--------------|
| Balita | (+) / (-) | ILTB              | PPINH        |
| Balita | (+) / (-) | Terpapaj          | PPINH        |
| >5 th  | (+)       | ILTB              | PPINH        |
| >5 th  | (+)       | Terpapaj          | PPINH        |
| >5 th  | (-)       | ILTB              | Observasi    |
| >5th   | (-)       | Terpapaj          | Observasi    |

- 1) Dosis INH adalah 10 mg/kg BB/hari (maksimal 300 mg/hari).
- 2) Obat dikonsumsi satu kali sehari, sebaiknya pada waktu yang sama (pagi, siang, sore atau malam) saat perut kosong (1 jam sebelum makan atau 2 jam setelah makan).
- 3) Lama pemberian PP INH adalah 6 bulan (1 bulan = 28 hari pengobatan), dengan catatan bila keadaan klinis anak baik. Bila dalam follow up timbul gejala TB, lakukan pemeriksaan untuk penegakan diagnosis TB. Jika anak terbukti sakit TB, PP INH dihentikan dan berikan OAT.
- 4) Obat tetap diberikan sampai 6 bulan, walaupun kasus indeks meninggal, pindah atau BTA kasus indeks sudah menjadi negatif.
- 5) Dosis obat disesuaikan dengan kenaikan BB setiap bulan.
- 6) Pengambilan obat dilakukan pada saat kontrol setiap 1 bulan, dan dapat disesuaikan dengan jadwal kontrol dari kasus indeks.

- 7) Pada pasien dengan gizi buruk atau infeksi HIV, diberikan Vitamin B6 10 mg untuk dosis INH  $\leq$ 200 mg/hari, dan 2x10 mg untuk dosis INH >200 mg/hari
  - 8) Yang berperan sebagai pengawas minum obat adalah orang tua atau anggota keluarga pasien.
- b) Pengobatan pencegahan dengan Rifampentine dan Isoniazid
- Saat ini telah terdapat pilihan pengobatan pencegahan dengan Rifampentin dan Isoniazid. Sebagai catatan, obat ini tidak direkomendasikan penggunaannya pada anak berusia < 2 tahun dan anak dengan HIV AIDS dalam pengobatan ARV.
- 1) Pemberian Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH) pada ODHA  
  
Pengobatan Pencegahan dengan INH (PP INH) bertujuan untuk mencegah TB aktif pada ODHA, sehingga dapat menurunkan beban TB pada ODHA. Jika pada ODHA tidak terbukti TB dan tidak ada kontraindikasi, maka PPINH diberikan yaitu INH diberikan dengan dosis 300 mg/hari dan B6 dengan dosis 25mg/hari sebanyak 180 dosis atau 6 bulan.
  - 2) Pemberian Pengobatan Pencegahan dengan Kotrimoksazol (PPK) pada ODHA  
  
Pengobatan pencegahan dengan kotrimoksazol bertujuan untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian pada ODHA dengan atau tanpa TB akibat IO. Pengobatan pencegahan dengan kotrimoksazol relatif aman dan harus diberikan sesuai dengan Pedoman Nasional PDP serta dapat diberikan di unit DOTS atau di unit PDP.

## **h. Epidemiologi Tuberkulosis Paru**

Epidemiologi penyakit tuberkulosis paru adalah ilmu yang mempelajari interaksi antara kuman (*agent*) *Mycobacterium tuberculosis*, manusia (*host*) dan lingkungan (*environment*). Disamping itu mencakup distribusi dari penyakit, perkembangan dan penyebarannya, termasuk didalamnya juga mencakup prevalensi dan insidensi penyakit tersebut yang timbul dari populasi yang tertular.

Pada penyakit tuberkulosis paru sumber infeksi adalah manusia yang mengeluarkan basil tuberkel dari saluran pernafasan. Kontak yang rapat (misalnya dalam keluarga) menyebabkan banyak kemungkinan penularan melalui *droplet*. Kerentanan penderita tuberkulosis paru meliputi resiko memperoleh infeksi dan konsekuensi timbulnya penyakit setelah terjadi infeksi, sehingga bagi orang dengan uji tuberkulin negatif resiko memperoleh basil tuberkel bergantung pada kontak dengan sumber-sumber kuman penyebab infeksi terutama dari penderita tuberkulosis dengan BTA positif. Konsekuensi ini sebanding dengan angka infeksi aktif penduduk, tingkat kepadatan penduduk, keadaan sosial ekonomi yang merugikan dan perawatan kesehatan yang tidak memadai. Berkembangnya penyakit secara klinik setelah infeksi dimungkinkan adanya faktor komponen genetik yang terbukti pada hewan dan diduga terjadi pada manusia, hal ini dipengaruhi oleh umur, kekurangan gizi dan kenyataan status imunologik serta penyakit yang menyertainya.

Epidemiologi tuberkulosis paru mempelajari tiga proses khusus yang terjadi pada penyakit ini, yaitu:

- 1) Penyebaran atau penularan dari kuman tuberkulosis

- 2) Perkembangan dari kuman tuberkulosis paru yang mampu menularkan pada orang lain setelah orang tersebut terinfeksi dengan kuman tuberkulosis.
- 3) Perkembangan lanjut dari kuman tuberkulosis sampai penderita sembuh atau meninggal karena penyakit ini.

**i. Faktor-faktor Resiko TB**

Faktor risiko adalah semua variabel yang berperan dalam timbulnya kejadian penyakit. Menurut Blum (1978) status kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan genetik. Faktor lingkungan merupakan faktor yang paling besar pengaruhnya diikuti perilaku, pelayanan kesehatan dan yang paling kecil pengaruhnya adalah genetik (Notoatmojo, 2003).

Pada dasarnya berbagai faktor risiko TB paru saling berkaitan satu sama lain. Faktor risiko yang berperan dalam kejadian tuberkulosis adalah faktor karakteristik individu (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan) faktor sosial ekonomi (status kemiskinan), faktor risiko kondisi lingkungan (kepadatan hunian, ventilasi, suhu, kelembaban, pencahayaan, dan jenis rumah/materi bangunan), faktor perilaku (kebiasaan merokok, faktor riwayat kontak, dan jarak rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan).

1) Umur

Sebagian besar penderita TB paru di negara berkembang berumur di bawah 50 tahun sedangkan di negara maju prevalensi TB sangat rendah pada kelompok umur di bawah 50 tahun tetapi masih tinggi pada kelompok yang lebih tua. Data ini mirip data WHO yang menunjukkan bahwa kasus TB di negara berkembang banyak terdapat pada umur produktif 15-29 tahun (Masniari, 2005).

Sejalan dengan penelitian Rizkiyani (2008) yang menunjukkan jumlah penderita baru TB paru BTA positif 87,6% berasal dari usia produktif (15-54 tahun) sedangkan sisanya 12,4% terjadi pada usia lansia (> 55tahun).

Menurut Hiswani (2009) kepekaan tertinggi terhadap penyakit TB terjadi pada anak kurang dari tiga tahun dan terendah pada anak akhir usia 12-13 tahun dan dapat meningkat lagi pada umur remaja dan awal tua. Risiko untuk mengalami sakit TB paru paling tinggi pada usia di bawah 3 tahun dan paling rendah pada usia akhir masa kanak-kanak dan risiko meningkat lagi pada usia adolesen dan dewasa muda, usia tua dan pada penderita dengan kelainan sistem imunitas. Reaktivasi dari infeksi laten yang berlangsung lama sebagian besar terjadi pada penderita TB usia lebih tua

## 2) Jenis kelamin

Penyakit TB menyerang orang dewasa dan anak-anak, laki-laki dan perempuan. TB menyerang sebagian besar wanita pada usianya yang paling produktif. Beberapa alasan para wanita tidak didiagnosis sebagaimana mestinya atau tidak mendapat pengobatan yang adekuat yaitu (Aditama, 2002):

- a. Tidak ada waktu, karena kesibukannya mengurus keluarga
- b. Permasalahan biaya dan transportasi
- c. Perlunya teman pria yang mendampingi untuk pergi ke fasilitas kesehatan
- d. Stigma atau cacat, karena beberapa bentuk tuberkulosis dapat mengakibatkan kemandulan

- e. Tingkat pendidikan yang relatif rendah, sehingga keterbatasan informasi tentang gejala dan pengobatan tuberkulosis dan
- f. Faktor sosiobudaya, yang menghambat wanita untuk kontak dengan petugas kesehatan pria.

Serupa dengan WHO yang menunjukkan lebih dari 900 juta wanita di seluruh dunia tertular oleh kuman TB dan satu juta diantaranya meninggal setiap tahun. Sementara itu, kematian akibat kehamilan dan persalinan terjadi setengah juta orang setiap tahunnya. Jadi, TB membunuh sedikitnya dua kali lebih banyak perempuan daripada kematian akibat kehamilan atau persalinan (Siswono, 2009).

Wanita dalam usia reproduksi lebih rentan terhadap TB dan lebih mungkin terjangkit TB dibanding pria dari kelompok usia yang sama. Bahkan di beberapa bagian dunia, stigma atau rasa malu akibat TB menyebabkan terjadinya isolasi, pengucilan dan perceraian bagi kaum wanita (Depkes, 2004).

### 3) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan berkaitan dengan seseorang dalam menyerap dan menerima informasi. Mereka yang mempunyai tingkat pendidikan lebih tinggi umumnya lebih dalam menyerap dan menerima informasi masalah kesehatan dibandingkan dengan yang berpendidikan lebih rendah, sehingga mempengaruhi terhadap keputusan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia.

Menurut penelitian Silviani (2005) kasus TB lebih banyak ditemukan pada kelompok orang dengan pendidikan tidak tamat SLTP (70,53%) sedang pada tingkat pendidikan tamat SLTP ke atas sebesar

(29,47%). Berbeda dengan studi yang dilakukan oleh Ginting et al (2008) proporsi penderita TB tertinggi pada tingkat SLTA (36,7%), SD (25%), SLTP (18,3%), perguruan tinggi (11,7%).

Penelitian Desmon (2006) mendapatkan adanya hubungan tingkat pendidikan dengan kejadian TB Paru dimana disimpulkan bahwa orang yang berpendidikan menengah ke bawah mempunyai peluang 2,51 kali untuk menderita penyakit TB paru dibanding dengan yang berpendidikan tinggi.

Menurut WHO (2002) studi yang dilakukan di Myanmar menunjukkan bahwa proporsi kejadian TB lebih banyak terjadi pada kelompok yang mempunyai tingkat pendidikan yang rendah. Kelompok tersebut juga lebih banyak mencari pengobatan tradisional dibandingkan pada pelayanan medis yang tersedia (Mahpuddin, 2006).

Pendidikan atau pengetahuan akan menggambarkan perilaku seseorang dalam bidang kesehatan, semakin rendah tingkat pendidikannya maka asumsinya pengetahuan dibidang kesehatannya juga rendah baik itu tentang asupan makanan, penanganan keluarga yang menderita sakit dan usaha-usaha preventif lainnya (Woro, 2005).

#### 4) Pekerjaan

Pada Negara berkembang banyak dijumpai bahwa pekerjaan yang dilakukan pada lingkungan yang tidak sehat akan menyebabkan meningkatnya angka kejadian TB paru. Lingkungan pekerjaan dimana terjadi indoor air pollution seperti akibat rokok maupun pencemaran bahan kimia yang lain akan meningkatkan TB paru (Baris, 2004). Menurut Coker (2005) Jika dilihat apakah penduduk memiliki pekerjaan atau tidak maka

pada negara berkembang yang identik dengan kemiskinan, lapangan pekerjaan yang susah maka angka kejadian TB paru cenderung meningkat. Tanpa pekerjaan masyarakat tidak sanggup

#### 5) Status Ekonomi

Kemiskinan menjadi isu yang menyita perhatian berbagai kalangan termasuk sektor kesehatan. Keterjangkauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan terkait dengan daya beli ekonomi. Kemiskinan juga menjadi hambatan besar dalam pemenuhan kebutuhan terhadap makanan yang sehat sehingga dapat melemahkan daya tahan tubuh yang berdampak pada kerentanan untuk terserang penyakit tertentu (Kemenkes, 2010).

Penyakit TB juga sering dikaitkan dengan masalah kemiskinan khususnya yang terjadi di Negara berkembang. Kemiskinan menyebabkan penduduk kekurangan gizi, tinggal ditempat tidak sehat dan kurangnya kemampuan dalam pemeliharaan kesehatan sehingga meningkatkan risiko terjadinya penyakit TB (Aditama, 2005).

Penelitian yang dilakukan Mahpudin (2006) menunjukkan bahwa yang mempunyai pendapatan perkapita rendah (dibawah garis kemiskinan) mempunyai risiko menderita tuberculosis paru 1,87 kali dibandingkan dengan yang mempunyai pendapatan perkapita diatas garis kemiskinan. Sejalan dengan penelitian tersebut Desmon (2006) mengatakan bahwa orang yang berpendapatan kecil dari rata-rata pendapatan perkapita nasional mempunyai peluang 1,64 kali untuk menderita penyakit TB paru dibandingkan dengan yang berpendapatan lebih tinggi.

## 6) Ventilasi

Ventilasi bermanfaat bagi sirkulasi pergantian udara dalam rumah serta mengurangi kelembaban. Keringat manusia juga dikenal bias mempengaruhi kelembaban. Semakin banyak manusia dalam satu ruangan, kelembaban semakin tinggi khususnya karena uap air baik pernafasan maupun keringat. Kelembaban dalam ruang tertutup dimana banyak terdapat manusia didalamnya lebih tinggi dibanding kelembaban di luar ruangan. Ventilasi mempengaruhi proses dilusi udara, dengan kata lain mengencerkan konsentrasi kuman TB dan kuman lain terbawa keluar dan mati terkena sinar matahari (Achmadi, 2010).

Perjalanan kuman TB paru setelah dikeluarkan oleh penderita melalui batuk akan terhirup oleh orang disekitarnya dan sampai ke paru-paru. Dengan adanya ventilasi yang baik maka akan menjamin terjadinya pertukaran udara sehingga konsentrasi droplet dapat dikurangi. Konsentrasi droplet per volume udara dan lamanya waktu menghirup udara tersebut memungkinkan seseorang akan terinfeksi kuman TB paru (Depkes, 2002).

Menurut Supriyono (2003) di Ciampea menghitung risiko untuk terkena TB 5,2 kali pada penghuni yang memiliki ventilasi buruk dibandingkan penduduk berventilasi memenuhi syarat kesehatan. Sejalan dengan itu Adrial (2005) menyatakan bahwa luas ventilasi yang tidak memenuhi syarat kesehatan memiliki risiko untuk terkena TB paru BTA (+) sebesar 4,55 kali dibandingkan dengan luas ventilasi yang memenuhi syarat kesehatan. Menurut Silviana (2006) orang dengan ventilasi rumah yang kurang atau sama dengan 10% berisiko 18,11 kali lebih besar untuk menderita TB paru BTA (+) dibandingkan orang dengan ventilasi rumah

lebih dari 10% luas lantai. Penelitian Budiyanto (2003) juga menyatakan adanya hubungan antara ventilasi kamar tidur dengan kejadian TB paru dimana disimpulkan bahwa orang yang tinggal dengan ventilasi kamar tidur yang tidak memenuhi syarat mempunyai risiko terkena TB paru sebesar 2,58 kali disbanding dengan yang memenuhi syarat.

7) Kepadatan hunian

Kepadatan merupakan *pre-requisite* untuk proses penularan penyakit. Semakin padat, maka perpindahan penyakit khususnya penyakit melalui udara akan semakin mudah dan cepat. Oleh sebab itu, kepadatan dalam rumah tempat tinggal merupakan variable yang berperan dalam kejadian TB. Untuk itu departemen Kesehatan telah membuat peraturan tentang rumah sehat dengan rumus jumlah penghuni/ luas bangunan. Syarat rumah dianggap sehat adalah 10 m<sup>2</sup> per orang (Achmadi, 2008).

Penelitian Supriyono (2003) di Ciampea Jawa Barat menunjukkan risiko untuk mendapatkan TB 1,3 kali lebih tinggi pada penduduk yang tinggal pada rumah yang tidak memenuhi syarat kesehatan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Adrial (2005) di Batam menunjukkan bahwa orang yang tinggal dengan tingkat kepadatan hunian yang tidak memenuhi syarat kesehatan mempunyai risiko 4,55 kali lebih besar untuk menjadi TB paru dibandingkan orang yang tinggal dengan kepadatan hunian yang memenuhi persyaratan kesehatan.

8) Kelembapan

Kelembaban merupakan sarana baik untuk pertumbuhan mikroorganismenya, termasuk TB sehingga viabilitasnya lebih lama. Mulyadi (2003) meneliti di Kota Bogor menemukan penghuni rumah yang

mempunyai kelembaban ruang keluarga lebih besar dari 60% beresiko terkena TB 10,7 kali disbanding penduduk yang tinggal pada perumahan yang mmiliki kelembaban lebih kecil atau sama dengan 60% (Achmadi, 2010).

#### 9) Pencahayaan

Rumah sehat memerlukan cahaya cukup, khususnya cahaya alam berupa cahaya matahari yang berisi antara lain ultraviolet. Cahaya matahari minimal masuk 60 lux dengan syarat yang tidak menyilaukan. Pencahayaan rumah yang tidak memenuhi syarat (Pertiwi, 2004) berisiko 2,5 kali terkena TB dibanding penghuni yang memenuhi persyaratan di Jakarta Timur (Achmadi, 2008). Sinar matahari langsung membunuh TB dalam waktu 5 menit, tapi kuman-kuman dapat bertahan hidup selama bertahun-tahun ditempat gelap, sehingga rumah dan gubuk yang gelap dapat menjadi sumber penularan (Crofton, 2002). Penularan basil tuberkulosis relatif tidak tahan terhadap sinar matahari, oleh sebab itu bila ruangan dimasuki sinar matahari serta sirkulasi udara yang bagus maka risiko penularan antara penghuni serumah bisa dikurangi (Depkes, 2002).

#### 10) Kebiasaan merokok

Berdasarkan data Tobacco Control Support Center dan Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (2009) menunjukkan bahwa pada tahun 2006 menyatakan bahwa proporsi penduduk yang tinggal pada rumah tangga bukan perokok yang mengeluh memiliki gejala TB hanya 0,85% sedangkan pada rumah tangga perokok proporsi penduduk yang mengeluh memiliki gejala TB lebih tinggi yaitu 1,05%.

Menurut penelitian Adrial (2005) menyatakan bahwa orang yang merokok memiliki risiko terkena TB paru BTA (+) sebesar 1,92 kali dibandingkan dengan orang yang tidak merokok. Sejalan penelitian yang dilakukan oleh Desmon (2006) bahwa perokok berpeluang untuk menderita TB paru sebesar 2,9 kali dibandingkan dengan yang tidak merokok.

#### 11) Pemanfaatan pelayanan kesehatan

Keterlambatan diagnosis pada penemuan kasus akan menyebabkan peningkatan kasus infeksi tuberkulosis di masyarakat. Pasien yang mengalami keterlambatan diagnosis akan menyumbangkan rendahnya angka deteksi kasus di masyarakat yang mestinya kasus tersebut harus segera di obati agar tidak menular ke anggota masyarakat yang lain. Keterlambatan diagnosis juga akan menyebabkan lamanya pemberian pengobatan sehingga tingkat keparahan penyakit menjadi lebih berat. (Reviono, 2008)

## **2. Pengertian Kesehatan**

Pengertian Kesehatan menurut wikipedia adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Sedangkan pengertian Kesehatan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 1948 menyebutkan bahwa pengertian kesehatan adalah “suatu keadaan fisik, mental dan sosial kesejahteraan dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan”.

Pada tahun 1986, WHO dalam Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan, mengatakan bahwa pengertian kesehatan adalah “sumber daya bagi kehidupan sehari-hari, bukan tujuan hidup kesehatan adalah konsep positif menekankan sumber daya sosial dan pribadi, serta kemampuan fisik.

Menurut Undang-Undang Nomor 26 tahun 2009 tentang Kesehatan, kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan pemerintah dan/atau masyarakat.

Definisi yang bahkan lebih sederhana diajukan oleh Larry Green dan para koleganya yang menulis bahwa pendidikan kesehatan adalah kombinasi pengalaman belajar yang dirancang untuk mempermudah adaptasi sukarela terhadap perilaku yang kondusif bagi kesehatan.

### **3. Kesehatan Masyarakat**

Definisi ilmu kesehatan masyarakat menurut profesor Winslow dari Universitas Yale (Leavel and Clark, 1958) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental, dan efisiensi melalui usaha masyarakat yang terorganisir untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, kontrol infeksi di masyarakat, pendidikan individu tentang kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan, untuk mendeteksi dini, pencegahan penyakit dan pengembangan aspek sosial, yang akan mendukung agar setiap orang di masyarakat mempunyai standar kehidupan yang kuat untuk menjaga kesehatannya.

Adapun definisi ilmu kesehatan masyarakat menurut Ikatan Dokter Amerika (AMA, 1948) mendefinisikan Kesehatan Masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat.

Batasan yang paling tua, dikatakan bahwa kesehatan masyarakat adalah upaya-upaya untuk mengatasi masalah-masalah sanitasi yang mengganggu

kesehatan. dengan kata lain kesehatan masyarakat adalah sama dengan sanitasi. Upaya memperbaiki dan meningkatkan sanitasi lingkungan adalah merupakan kegiatan kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2003).

Kesehatan masyarakat adalah kesatuan unit praktek kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk pengembangan dan peningkatan kemampuan hidup sehat bagi pendidikan (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat) menggunakan konsep dan ketrampilan dan praktek kesehatan masyarakat (Freeman) (Syafri, 2009).

Dari pengalaman-pengalaman praktik kesehatan masyarakat yang telah berjalan sampai pada awal abad ke-20, Winslow (1920) akhirnya membuat batasan kesehatan masyarakat (public health) adalah ilmu dan seni, mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan, melalui “Usaha-usaha Pengorganisasian Masyarakat” untuk (Notoatmodjo, 2007) :

- a. Perbaiki sanitasi lingkungan;
- b. Pemberantasan penyakit-penyakit menular;
- c. Pendidikan untuk kebersihan perorangan;
- d. Pengorganisasi pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan.
- e. Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup layak dalam memelihara kesehatannya.

#### **4. Pembangunan Bidang Kesehatan**

Pembangunan merupakan upaya yang dilakukan secara terus menerus untuk meningkatkan kesejahteraan seluruh rakyat. Kesejahteraan meliputi unsur fisik dan non fisik, dalam paradigma masyarakat saat ini yang dimaksud dengan sejahtera mencakup Wealthy, Healthy dan Happy. Artinya secara ekonomi

terpenuhi, badan sehat dan bahagia. Apabila dilihat secara lebih mendalam maka aspek kesehatan menjadi faktor utama.

Kesehatan diartikan sebagai keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup berkarya dan produktif baik secara ekonomi maupun dalam kehidupan bermasyarakat. Setiap orang wajib untuk menjaga dan memelihara kesehatannya sebagai upaya penanggulangan dan pencegahan gangguan kesehatan yang memerlukan pemeriksaan, pengobatan dan/atau perawatan termasuk kehamilan dan persalinan.

Negara wajib memasukkan pembangunan kesehatan ke dalam visi dan misi menuju Indonesia sejahtera. Tujuan utama pembangunan kesehatan jangka panjang adalah :

- a. Peningkatan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya sendiri dalam bidang kesehatan. Untuk itu pendidikan kesehatan menjadi salah satu unsur utama pembangunan dibidang ini. Pendidikan kesehatan adalah proses membantu seseorang dengan bertindak secara sendiri-sendiri atau kolektif yang mempengaruhi kesehatan pribadinya maupun orang lain.
- b. Perbaikan mutu lingkungan hidup yang dapat menjamin kesehatan yang meliputi usaha-usaha perbaikan atau pengendalian terhadap lingkungan hidup manusia.
- c. Peningkatan status gizi masyarakat.
- d. Pengurangan rasa sakit dan kematian.
- e. Pengembangan keluarga sehat sejahtera, dengan makin diterimanya norma keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera.

Selain tujuan, pemerintah juga menetapkan arah pembangunan nasional yaitu sebagai berikut :

- a. Meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat.
- b. Berdasarkan perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamaan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan.
- c. Dilaksanakan melalui peningkatan upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan yang disertai oleh peningkatan pengawasan, pemberdayaan masyarakat dan manajemen kesehatan.
- d. Memperhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan iptek, serta globalisasi dan demokratisasi dengan semangat kemitraan dan kerjasama lintas sektor.
- e. Penekanan perilaku dan kemandirian masyarakat serta upaya promotif dan preventif.
- f. Pembangunan nasional harus berwawasan kesehatan.
- g. Pembangunan dan perbaikan gizi dilaksanakan secara lintas sektor meliputi produksi, pengolahan, distribusi, hingga konsumsi pangan dengan kandungan gizi yang cukup, seimbang, serta terjamin keamanannya.

Sedangkan dasar-dasar pembangunan nasional dibidang kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Semua warga berhak memperoleh derajat kesehatan yang optimal agar dapat bekerja dan hidup layak sesuai dengan martabat manusia.
- b. Pemerintah dan masyarakat bertanggungjawab dalam memelihara dan mempertinggi derajat kesehatan rakyat.
- c. Penyelenggaraan upaya kesehatan diatur oleh pemerintah dan dilakukan secara serasi dan seimbang oleh pemerintah dan masyarakat.

## 5. Pelayanan Kesehatan

Dalam rangka mewujudkan status kesehatan masyarakat yang optimal, maka berbagai upaya harus dilaksanakan, salah satu diantaranya ialah menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Sejalan dengan makin tingginya tingkat pendidikan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat, maka kebutuhan dan tuntutan masyarakat akan kesehatan tanpak makin meningkat pula. Untuk dapat memenuhi kebutuhan dan tuntutan tersebut, tidak ada upaya lain yang dapat dilakukan, kecuali menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya. Adanya dinamisasi dalam gerak langkah pembangunan mendorong diwujudkannya suatu upaya perbaikan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat (Kurniasari dan Kuntjoro: 2006).

Azwar (1996) berpendapat bahwa pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara mandiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan kelompok ataupun masyarakat.

Azwar (1996) menyatakan agar pelayanan kesehatan dapat mencapai tujuan yang diinginkan, banyak syarat yang harus dipenuhi. Syarat dimaksud mencakup hal pokok, yaitu tersedia dan berkesinambungan, dapat diterima dan wajar, mudah dicapai, mudah dijangkau, dan bermutu. Secara lebih terperinci diuraikan sebagai berikut :

### a. Tersedia dan berkesinambungan

Pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan yang selalau harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continous*). Artinya, semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat tidak sulit ditemukan serta tersedia/ada di masyarakat pada saat dibutuhkan.

b. Dapat diterima dan wajar

Pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan, dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

c. Mudah dicapai

Pengertian ketercapaian yang dimaksudkan disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian, untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting, misalnya tidak hanya terkonsentrasi di kota.

d. Mudah dijangkau

Pengertian keterjangkauan disini terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan seperti ini harus diupayakan biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan kemampuan masyarakat.

e. Bermutu

Pengertian bermutu disini adalah pada tingkat kesempurnaan. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan harus sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

## **B. Kajian Terhadap Asas-Asas Pembentukan Peraturan Perundang-undangan**

Asas adalah dasar atau sesuatu yang dijadikan tumpuan berpikir, berpendapat dan bertindak. Asas-asas pembentuk peraturan perundang-undangan berarti dasar atau sesuatu yang dijadikan tumpuan dalam menyusun peraturan perundang-undangan. Padanan kata asas adalah prinsip yang berarti kebenaran yang menjadi pokok dasar dalam berpikir, berpendapat dan bertindak.

Dalam pembentukan peraturan perundang-undangan suatu negara akan meliputi asas-asas hukum tersebut diatas. Menurut Paul Scholten sebuah asas hukum (*rechtsbeginsel*) bukanlah sebuah aturan hukum (*rechtsregel*). Untuk dapat dikatakan sebagai aturan hukum, sebuah asas hukum terlalu umum sehingga ia atau bukan apa-apa atau berbicara terlalu banyak (*of niets of veel zeide*).

Di bidang hukum yang menyangkut pembentukan peraturan perundang-undangan negara, Burkhardt Krens menyebutkannya dengan istilah *staatliche rechtssetzung*, sehingga pembentukan peraturan itu menyangkut : isi peraturan (*Inhalt der Regelung*), bentuk dan susunan peraturan (*Form der Regelung*), metoda pembentukan peraturan (*Methode der Ausarbeitung der Regelung*), dan Prosedur dan proses pembentukan peraturan (*Verfahren der Ausarbeitung dr Regelung*).

Asas-asas hukum bagi penyelenggaraan pemerintahan yang patut (*algemene beginselen van behoorlijk best Undang-undang*) dimana asas ini tumbuh dalam rangka mencari cara-cara untuk melakukan pengawasan atau kontrol yang sesuai hukum (*rechtmatigheidscontrole*) terhadap tindakan-tindakan pemerintah, terutama yang dapat dilakukan oleh hakim yang bebas. Asas-asas tersebut dirasakan akan bertambah penting apabila dalam memenuhi tuntutan terselenggaranya kesejahteraan rakyat diperlukan banyak peraturan perundang-undangan yang memberikan keleluasaan yang besar kepada aparatur pemerintahan.

Dengan demikian maka terhadap aspek-aspek kebijakan dari keputusan-keputusan pemerintah yang tidak dibatasi oleh peraturan perundang-undangan dapat dilakukan pengujian oleh hakim (*rechterlijke toetsing*), tanpa perlu hakim tersebut menguji kebijakan pemerintahan yang diberikan oleh peraturan perundang-undangan itu sendiri.

Dalam pembentukan peraturan perundang-undangan Indonesia, sebagaimana halnya dinegara lain, terdapat dua asas hukum yang perlu diperhatikan, yaitu asas hukum umum yang khusus memberikan pedoman dan bimbingan bagi pembentukan isi peraturan, dan asas hukum lainnya yang memberikan pedoman dan bimbingan bagi penguangan peraturan-peraturan ke dalam bentuk dan susunannya, bagi metode pembentukannya dan bagi proses serta prosedur pembentukannya.

Asas hukum yang terakhir ini dapat disebut asas peraturan perundang-undangan yang patut. Kedua asas hukum tersebut berjalan seiring berdampingan memberikan pedoman dan bimbingan serentak dalam setiap kali ada kegiatan pembentukan peraturan perundang-undangan masing-masing sesuai dengan bidangnya.

Pendapat para ahli tentang pembentukan peraturan perundang-undangan merupakan asas-asas hukum dalam pembentukan peraturan perundang-undangan yaitu asas-asas yang mengandung nilai-nilai hukum, di Negeri Belanda berkembang melalui lima sumber.

Sumber itu ialah saran-saran dari Raad Var Staate (semacam Dewan Pertimbangan Agung di Indonesia), bahan-bahan tertulis tentang pembahasan rancangan peraturan perundang-undangan dalam sidang-sidang parlemen terbuka, putusan-putusan hakim, petunjuk-petunjuk teknik perundang-undangan dan hasil-hasil akhir komisi pengurangan dan penyederhanaan peraturan perundang-undangan.

Sebagai bahan hukum sekunder lainnya berupa kepustakaan dibidang tersebut adalah sangat penting. Dengan meneliti pendapat para pendahulunya mengenai asas-asas dibidang pembentukan peraturan perundang-undangan, para ahli memandang asas-asas tersebut dapat dibagi menjadi asas-asas yang bersifat formal dan asas-asas yang bersifat material. Asas-asas formal ialah yang menyangkut tata cara

pembentukan dan bentuknya, sedangkan asas-asas material ialah yang menyangkut isi atau materi.

Montesquieu dalam *L'Esprit des Lois* mengemukakan hal-hal yang dapat dijadikan asas-asas hukum, yaitu :

1. Gaya harus padat (*concise*) dan mudah (*simple*); kalimat-kalimat bersifat kebesaran dan retorikal hanya merupakan tambahan yang membingungkan;
2. Istilah yang dipilih hendaklah sedapat-dapatnya bersifat mutlak dan tidak relatif, dengan maksud menghilangkan kesempatan yang minim untuk perbedaan pendapat yang individual;
3. Hukum hendaknya membatasi diri pada hal-hal yang riil dan aktual, menghindarkan sesuatu yang metaforik hipotetik;
4. Hukum hendaknya tidak halus (*not be subtle*), karena hukum dibentuk untuk rakyat dengan pengertian yang sedang; bahasa hukum bukan latihan logika, melainkan untuk pemahaman yang sederhana dari orang rata-rata;
5. Hukum hendaknya tidak merancukan pokok masalah dengan pengecualian, pembatasan, atau pengubahan; gunakan semua itu hanya apabila benar-benar diperlukan;
6. Hukum hendaknya bersifat argumentatis/dapat diperdebatkan; adalah berbahaya merinci alasan-alasan hukum, karena hal itu akan lebih menumbuhkan pertentangan-pertentangan;
7. Lebih daripada itu semua, pembentukan hukum hendaknya dipertimbangkan masak-masak dan mempunyai manfaat praktis, dan hendaknya tidak menggoyahkan sendi-sendi pertimbangan dasar, keadilan, dan hakekat permasalahan. Sebab ukum yang lemah, tidak perlu, dan tidak adil akan membawa

seluruh sistem perundang-undangan kepada nama jelek dan menggoyahkan kewibawaan negara.

Dalam hal memandang hukum dari sudut pembentuk peraturan perundang-undangan, Lon Fuller melihat hukum sebagai alat untuk mengatur masyarakat, berpendapat bahwa tugas pembentuk peraturan perundang-undangan akan berhasil apabila sampai kepada tingkat tertentu memperhatikan persyaratan sebagai berikut :

1. Generalitas Undang-Undang, generalitas dimaksudkan bahwa dalam suatu sistem hukum harus ada peraturan;
2. Undang-Undang harus diumumkan dan mereka yang berkepentingan dengan aturan-aturan hukum harus dapat mengetahui isi dari aturan-aturan tersebut;
3. Undang-Undang tidak berlaku surut, dengan maksud bahwa aturan-aturan hukum harus diperuntukan bagi peristiwa-peristiwa yang akan datang dan bukan kejadian-kejadian yang sudah lalu, karena perundang-undangan mengenai yang lalu selain tidak dapat mengatur perilaku, juga dapat merusak kewibawaan hukum yang mengatur masa depan;
4. Rumusan Undang-Undang haruslah jelas, yang berarti bahwa aturan hukum harus dapat dimengerti, sebab jika tidak demikian orang tidak tahu apa yang harus diperbuatnya;
5. Konsistensi dalam konsepsi hukum, bahwa hukum tidak boleh saling bertentangan, sebab apabila itu terjadi orang tidak tahu lagi akan berpegang pada aturan yang mana;
6. Undang-Undang yang dibuat harus dapat dilaksanakan, dengan maksud bahwa pembuat undang-undang selayaknya tidak membuat undang-undang yang tidak mungkin dapat dilaksanakan;

7. Undang-Undang tidak boleh sering berubah, sebab apabila demikian orang tidak dapat mengikuti aturan mana yang masih berlaku;
8. Keseuaian antara undang-undang dan pelaksanaan.

Ahli hukum tata negara *Koopmans*, mengemukakan perlunya asas-asas dalam pembentukan peraturan perundang-undangan, seperti halnya perlu adanya asas-asas dalam penyelenggaraan pemerintahan yang patut serta asas-asas dalam penyelenggaraan peradilan yang patut, asas-asas tersebut berhubungan dengan :

1. Prosedur
2. Bentuk dan kewenangan
3. Masalah kelembagaan
4. Masalah isi peraturan

Van Angeren membagi asas-asas dalam pembentukan peraturan perundang-undangan menjadi dua, yang pertama adalah yang pokok yaitu yang disebutnya *her vartrouwens beginsel* yang dapat diterjemahkan dengan asas kepercayaan rakyat terhadap pemerintah.

Van Der Vlies membagi asas-asas dalam pembentukan peraturan perundang-undangan yang patut (*beginseleen van beoorlijke regelgeving*) ke dalam asas-asas yang formal dan yang material.

Asas-asas yang formal meliputi :

1. Asas tujuan yang jelas (*beginsel van duidelijke doelstelling*)
2. Asas organ/lembaga yang tepat (*beginsel van het juiste orgaan*)
3. Asas perlunya pengaturan (*het noodzakelijkheids beginsel*)
4. Asas dapat dilaksanakan (*het beginsel van uitvoerbaarheid*)
5. Asas konsensus (*het beginsel van de consensus*).

Asas-asas yang material meliputi :

1. Asas tentang terminologi dan sistematika yang benar (*het beginsel van duidelijke terminologie en duidelijke systematiek*)
2. Asas tentang dapat dikenali (*het beginsel van de kenbaarheid*)
3. Asas perlakuan yang sama dalam hukum (*het rechtsgelijkheidsbeginsel*)
4. Asas kepastian hukum (*het rechtszekerheidsbeginsel*)
5. Asas pelaksanaan hukum sesuai dengan keadaan individual (*het beginsel van de individuele rechtsbedeling*)

Adapun masing-masing asas formal diuraikan sebagai berikut :

1. Asas tujuan yang jelas

Asas tujuan yang jelas mencakup tiga hal, yaitu mengenai ketepatan letak peraturan perundang-undangan dalam kerangka kebijakan umum pemerintahan, tujuan khusus peraturan perundang-undangan yang akan dibentuk, dan tujuan dari bagian-bagian peraturan perundang-undangan yang akan dibentuk tersebut.

Mengenai asas ini, dapat diterima dapat diterima oleh semua sistem pemerintahan, termasuk oleh Sistem Pemerintahan Negara Republik Indonesia berdasar UUD 1945, mengingat asas ini akan mengukur sampai seberapa jauh suatu peraturan perundang-undangan diperlukan untuk dibentuk.

2. Asas organ/lembaga yang tepat

Latar belakang asas ini ialah memberikan penegasan tentang perlunya kejelasan kewenangan organ-organ/lembaga-lembaga yang menetapkan peraturan perundang-undangan yang bersangkutan. Berbeda dengan di negeri Belanda, di Negara Kesatuan Republik Republik Indonesia mengenai organ/lembaga yang tepat itu perlu dikaitkan dengan materi muatan dari jenis-jenis peraturan perundang-undangan.

Materi muatan pertauran perundang-undangan itulah yang menyatu dengan kewenangan masing-masing organ//lembaga yang membentuk jenis peraturan perundang-undangan bersangkutan, atau dapat juga sebaliknya, kewenangan masing-masing organ/lembaga tersebut menentukan materi muatan peraturan perundang-undangan yang dibentuknya.

### 3. Asas perlunya pengaturan

Asas ini tumbuh karena selalu terdapat alternatif atau alternatif-alternatif lain yang menyelesaikan suatu masalah pemerintahan selain dengan membentuk peraturan perundang-undangan. Prinsip deregulasi yang tengah dikembangkan di negeri Belanda dan prinsip penyederhanaan serta kehematan (*soberheid*) dalam pembentukan peraturan perundang-undangan, menunjukkan kemungkinan adanya alternatif lain dalam bidang pengaturan.

Asas ini dapat untuk dikembangkan di Indonesia, karena kebijaksanaan tentang deregulasi juga sedang berkembang di negara (yang perlu diperhatikan ialah bahwa deregulasi bukanlah tanpa regulasi; *dereguleren* bukanlah *ontregelen*). Sedangkan mengenai prinsip penyederhanaan serta kekuatan, di negara pun hal itu diperlukan.

### 4. Asas dapat dilaksanakan

Mengenai asas ini masyarakat melihatnya sebagai usaha untuk dapat ditegakkannya peraturan perundang-undangan bersangkutan. Sebab tidaklah ada gunanya suatu peraturan perundang-undangan yang tidak dapat ditegakkan. Selain pihak pemerintahan, juga pihak rakyat yang mengharapkan jaminan (*garantie*) tercapainya hasil atau akibat yang ditimbulkan oleh suatu peraturan perundang-undangan, ternyata akan kecewa karena peraturan tersebut tidak dapat ditegakkan.

Asas ini mengingat suatu peraturan perundang-undangan yang tidak dapat ditegakkan, selain menggerogoti kewibawaan/lembaga yang membentuknya, juga akan menimbulkan kekecewaan pada harapan-harapan rakyat.

#### 5. Asas konsensus

Adapun yang dimaksud dengan asas konsensus ialah adanya kesepakatan rakyat untuk melaksanakan kewajiban dan menanggung akibat yang ditimbulkan oleh peraturan perundang-undangan bersangkutan. Hal itu mengingat pembentukan peraturan perundang-undangan haruslah dianggap sebagai langkah awal untuk mencapai tujuan-tujuan yang disepakati bersama oleh pemerintah dan rakyat.

Asas ini dapat diwujudkan dengan perencanaan peraturan perundang-undangan yang baik, jelas, serta terbuka, diketahui rakyat mengenai akibat-akibat yang akan ditimbulkannya serta latar belakang dan tujuan-tujuan yang hendak dicapainya.

Hal itu dapat juga dilakukan dengan penyebarluasan rancangan peraturan perundang-undangan tersebut kepada masyarakat sebelum pembentukannya. Tentu saja selain itu, apabila peraturan perundang-undangan dimaksud merupakan Undang-Undang, pembahasannya di DPR dapat dilakukan dengan mengikutsertakan masyarakat sebanyak mungkin melalui lembaga dengar pendapat yang sudah lama dimiliki.

Adapun masing-masing asas material diuraikan sebagai berikut:

1. Asas tentang terminologi dan sistematika yang benar

Pertimbangan yang dikemukakan oleh Van Der Vlies tentang asas ini ialah agar peraturan perundang-undangan dapat dimengerti oleh masyarakat dan rakyat, baik mengenai kata-katanya maupun mengenai struktur atau susunannya.

Asas ini dapat digolongkan ke dalam asas-asas teknik perundang-undangan, meskipun sebagai suatu asas orang berpendapat seolah-olah sudah harus berlaku dengan semestinya.

2. Asas tentang dapat dikenali

Mengenai alasan pentingnya asas ini yang dapat dikemukakan ialah, apabila suatu peraturan perundang-undangan tidak dikenali dan diketahui oleh setiap orang, lebih-lebih oleh yang berkepentingan, maka ia akan kehilangan tujuan sebagai peraturan. Ia tidak mengembangkan asas persamaan dan tidak pula asas kepastian hukum, dan selain itu tidak menghasilkan pengaturan yang direncanakan.

Asas ini, terlebih-lebih apabila peraturan perundang-undangan tersebut membebani masyarakat dan rakyat dengan berbagai kewajiban. Asas yang menyatakan, bahwa setiap orang dianggap mengetahui peraturan perundang-undangan, perlu diimbangi dengan asas ini.

3. Asas perlakuan yang sama dalam hukum

Dalam mengemukakan asas ini para ahli menunjuk kepada tidak boleh adanya peraturan perundang-undangan yang ditujukan hanya kepada sekelompok orang tertentu, karena hal ini akan mengakibatkan adanya ketidaksamaan dan kesewenang-wenangan di depan hukum terhadap anggota-anggota masyarakat.

Asas ini dapat diterima, lebih-lebih karena Pasal 27 ayat 91) Undang-Undang Dasar 1945 sudah menegaskan, bahwa setiap warga negara bersama kedudukannya di dalam hukum dan pemerintahan dan wajib menjunjung hukum dan pemerintahan itu dengan tidak ada kecualinya.

4. Asas kepastian hukum

Asas ini mula-mula diberi nama lain, yaitu asas harapan yang ada dasarnya haruslah dipenuhi (*Het beginsel dat gerechtvaardigde verwachtingen gehonoreerd moeten worden*), yang merupakan pengkhususan dari asas hukum tentang kepastian hukum.

Asas ini merupakan salah satu sendi asas umum Negara Berdasar Atas Hukum yang dianut oleh Negara Republik Indonesia, oleh karena itu asas ini perlu diterima.

5. Asas pelaksanaan hukum sesuai dengan keadaan individual

Asas ini bermaksud memberikan penyelesaian yang khusus bagi hal-hal atau keadaan-keadaan tertentu, sehingga dengan demikian peraturan perundang-undangan dapat juga memberikan jalan keluar selain bagi masalah-masalah umum, juga bagi masalah-masalah khusus.

Asas ini memberikan keadaan yang baik bagi menghadapi masalah dan peristiwa individual, namun asas ini dapat menghilangkan asas kepastian di satu pihak dan asas persamaan di lain pihak apabila tidak dilakukan dengan penuh kesinambungan. Sebaliknya asas ini diletakkan pada pihak-pihak yang melaksanakan/menegakkan peraturan perundang-undangan tetapi dengan petunjuk-petunjuk yang jelas dalam peraturan perundang-undangan yang bersangkutan itu sendiri.

Sedangkan asas-asas pembentukan hukum menurut Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan yang tertuang dalam Pasal 5 beserta penjelasannya menyatakan bahwa dalam membentuk Peraturan Perundang-undangan harus berdasarkan pada asas Pembentukan Peraturan Perundang-undangan yang baik, meliputi :

1. Kejelasan tujuan

Adalah bahwa setiap pembentukan peraturan perundang-undangan harus mempunyai tujuan yang jelas yang hendak dicapai.

2. Kelembagaan atau organ pembentuk yang tepat

Adalah bahwa setiap jenis peraturan perundang-undangan harus dibuat oleh lembaga/pejabat Pembentuk peraturan perundang-undangan yang berwenang. Peraturan perundang-undangan tersebut dapat dibatalkan atau batal demi hukum, apabila dibuat oleh lembaga/pejabat yang tidak berwenang.

3. Kesesuaian antara jenis dan materi muatan

Adalah bahwa dalam pembentukan peraturan perundang-undangan harus benar-benar memperhatikan materi muatan yang tepat dengan jenis peraturan perundang-undangannya.

4. Dapat dilaksanakan

Adalah bahwa setiap pembentukan peraturan perundang-undangan harus memperhitungkan efektifitas peraturan perundang-undangan tersebut di dalam masyarakat baik secara filosofis, yuridis maupun sosiologis.

5. Kedayagunaan dan kehasilgunaan

Adalah bahwa setiap peraturan perundang-undangan dibuat karena memang dibutuhkan dan bermanfaat dalam mengatur kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara.

6. Kejelasan rumusan

Adalah bahwa setiap peraturan perundang-undangan harus memenuhi persyaratan teknis penyusunan peraturan perundang-undangan, sistematika dan pilihan kata atau terminologi, serta bahasa hukumnya jelas dan mudah dimengerti sehingga tidak menimbulkan berbagai macam interpretasi dalam pelaksanaannya.

7. Keterbukaan

Adalah bahwa dalam proses pembentukan peraturan perundang-undangan mulai dari perencanaan, persiapan, penyusunan dan pembahasan bersifat transparan dan terbuka.

Dalam Pasal 6 Undang-Undang Nomor 12 tahun 2011, digunakan asas-asas yang dipakai sebagai materi muatan Peraturan Perundang-undangan yaitu :

1. Pengayoman

Adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan harus berfungsi memberikan perlindungan dalam rangka menciptakan ketentraman masyarakat.

2. Kemanusiaan

Adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan harus mencerminkan perlindungan dan penghormatan hak-hak asasi manusia serta harkat dan martabat setiap warga negara dan penduduk Indonesia secara proporsional.

3. Kebangsaan

Adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan harus mencerminkan sifat dan watak bangsa Indonesia yang pluralistik (kebhinekaan) dengan tetap menjaga prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia.

4. Kekeluargaan

Adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan harus mencerminkan musyawarah untuk mencapai mufakat dalam setiap pengambilan keputusan.

5. Kenusantaraan

Adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan senantiasa memperhatikan kepentingan seluruh wilayah Indonesia dan materi muatan peraturan perundang-undangan yang dibuat di daerah merupakan bagian dari sistem hukum nasional yang berdasarkan Pancasila.

6. Bhineka Tunggal Ika

Adalah bahwa materi muatan peraturan perundang-undangan harus memperhatikan keragaman penduduk, agama, suku dan golongan, kondisi khusus daerah dan budaya khususnya yang menyangkut masalah-masalah sensitif dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara.

7. Keadilan

Adalah bahwa materi muatan peraturan perundang-undangan harus mencerminkan keadilan secara proporsional bagi setiap warga negara tanpa kecuali.

8. Kesamaan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan

Adalah bahwa materi muatan peraturan perundang-undangan tidak boleh berisi hal-hal yang bersifat membedakan berdasarkan latar belakang antara lain, agama, suku, ras, golongan gender atau status sosial.

#### 9. Ketertiban dan kepastian hukum

Adalah bahwa materi muatan peraturan perundang-undangan harus dapat menimbulkan ketertiban dalam masyarakat melalui jaminan adanya kepastian hukum.

#### 10. Keseimbangan, keserasian dan keselarasan

Adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan harus mencerminkan keseimbangan, keserasian antara kepentingan individu dan masyarakat dengan kepentingan bangsa dan negara.

Selain asas yang tersebut diatas peraturan perundang-undangan tertentu dapat berisi asas lain sesuai dengan bidang hukum peraturan perundang-undangan yang bersangkutan, antara lain :

1. Dalam Hukum Pidana, misalnya asas legalitas, asas tiada hukuman tanpa kesalahan, asas pembinaan narapidana dan asas praduga tak bersalah.
2. Dalam Hukum Perdata misalnya dalam hukum perjanjian, antara lain asas kesepakatan, bebas berkontrak dan itikad baik.

### **C. Praktek Empiris**

#### **1. Tata Laksana Alur Diagnosis dan Pengobatan Tuberkulosis**

Tuberkulosis (TBC) masih merupakan ancaman kesehatan masyarakat di Indonesia. Berdasarkan WHO *Global TBC Report 2020*, kasus TBC di Indonesia pada tahun 2019 diperkirakan sejumlah 845.000 kasus dengan insidensi 312 per 100.000 penduduk yang kemudian membawa Indonesia menjadi negara dengan jumlah kasus terbesar kedua di dunia setelah India.

Untuk menuju target eliminasi TBC tahun 2030, perlu adanya strategi percepatan penemuan dan pengobatan yang mencakup perluasan akses dan penyediaan layanan yang bermutu dan terstandar.

Tata laksana penanggulangan tuberkulosis dilakukan melalui:

a. Diagnosis

1. Tes Cepat Molekuler (TCM) adalah alat diagnosis utama yang digunakan untuk penegakan diagnosis Tuberkulosis.
2. Pemeriksaan TCM digunakan untuk mendiagnosis TBC, baik TBC paru maupun TBC ekstra paru, baik riwayat pengobatan TBC baru maupun yang memiliki riwayat pengobatan TBC sebelumnya, dan pada semua golongan umur termasuk pada ODHA.
3. Pemeriksaan TCM dilakukan dari spesimen dahak (untuk terduga TBC paru) dan non dahak (untuk terduga TBC ekstra paru, yaitu dari cairan serebro spinal, kelenjar limfe dan jaringan).
4. Seluruh terduga TBC harus dilakukan pemeriksaan TCM pada fasilitas pelayanan kesehatan yang saat ini sudah mempunyai alat TCM.
5. Jumlah dahak yang dikumpulkan adalah 2 (dua) dahak yaitu Sewaktu Sewaktu, Sewaktu — Pagi maupun Pagi — Sewaktu, dengan jarak 1 jam dari pengambilan dahak pertama ke pengambilan dahak kedua. Standar kualitas dahak yang digunakan adalah dahak dengan volume 3-5 ml dan mukopurulen. Hasil pemeriksaan TCM terdiri dari MTB pos Rif resistan, MTB pos Rif sensitif, MTB pos Rif indeterminate, MTB negatif dan hasil gagal (*error, invalid, no result*). Beberapa ketentuan terkait hasil pemeriksaan tersebut adalah sebagai berikut:
  - a) Pasien dengan hasil MTB pos, Rif Resistan berdasarkan riwayat pengobatannya terdiri dari:
    - 1) Pasien berasal dari kriteria terduga TBC baru atau tidak ada kontak erat dengan TBC RO harus dilakukan pengulangan TCM

sebanyak 1 kali, dan hasil pengulangan yang memberikan hasil MTB pos yang menjadi acuan.

- 2) Pasien berasal dari kriteria terduga TBC baru dengan riwayat kontak erat dengan pasien TBC RO atau terduga TBC dengan riwayat pengobatan sebelumnya dinyatakan sebagai pasien TBC Rifampisin resistan dan selanjutnya dilakukan inisiasi pengobatan TBC RO.
  - 3) Pasien berasal dari kriteria terduga TBC ekstra paru tanpa riwayat pengobatan TBC sebelumnya sebaiknya diulang TCM sebanyak 1 kali dengan spesimen yang berbeda. Apabila tidak dimungkinkan untuk dilakukan pengulangan terkait kesulitan mendapatkan spesimen baru, pertimbangkan kondisi klinis pasien.
- b) Pasien yang terkonfirmasi sebagai pasien TBC Rifampisin resistan akan dilanjutkan dengan pemeriksaan molekuler (LPA lini dua atau TCM XDR) dan pemeriksaan paket standar uji kepekaan fenotipik. Fasilitas pelayanan kesehatan akan mengirimkan spesimen dahak dari pasien tersebut ke laboratorium rujukan sesuai jejaring rujukan yang berlaku. Hasil pemeriksaan ini akan menentukan paduan pengobatan TBC RO yang akan diberikan terhadap pasien.
- c) Pasien dengan hasil MTB pos Rif sensitif berdasarkan riwayat pengobatannya terdiri dari:
- 1) Pasien berasal dari kriteria terduga TBC baru akan dilakukan inisiasi pengobatan dengan OAT kategori 1.
  - 2) Pasien berasal dari kriteria terduga TBC dengan riwayat pengobatan sebelumnya (kambuh, gagal, *loss to follow up*, tidak

konversj akan dilanjutkan dengan pemeriksaan uji kepekaan terhadap INH. Inisiasi atau melanjutkan pengobatan dengan OAT Kategori 1 dilakukan sambil menunggu hasil uji kepekaan terhadap INH. Apabila hasil uji kepekaan menunjukkan INH resistan akan diberikan paduan pengobatan TBC monoresistan INH.

- d) Pasien dengan hasil MTB indeterminate akan dilakukan pengulangan oleh laboratorium TCM sebanyak 1 kali untuk memastikan status resistansi terhadap rifampisin. Gunakan dahak dengan kualitas baik yaitu volume 3-5 ml dan mukopurulen.
- e) Pasien dengan hasil TCM gagal (invalid, error, no result) akan dilakukan pengulangan oleh laboratorium TCM untuk memastikan pasien positif atau negatif TBC dan mengetahui status resistansi terhadap rifampisin. Gunakan Sisa sampel jika masih tersedia. Pada kondisi volume sampel kurang dari 2 ml, gunakan dahak kedua. Apabila dahak kedua tidak tersedia, kumpulkan dahak baru dengan kualitas baik yaitu volume 3-5 ml dan mukopurulen.
- f) Pasien dengan hasil MTB negatif dapat dilakukan pemeriksaan foto toraks dan/atau pemberian antibiotik spektrum luas. Pasien tersebut dapat didiagnosis sebagai TBC klinis sesuai pertimbangan klinisi.
- g) Penegakan diagnosis TBC secara klinis harus didahului dengan pemeriksaan bakteriologis sesuai dengan butir A. 1 di atas.
- h) Fasilitas pelayanan kesehatan bersama dinas kesehatan setempat harus mengevaluasi proporsi pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis dibandingkan dengan pasien TBC terkonfirmasi klinis.

Proporsi antara terkonfirmasi bakteriologis dan terdiagnosis klinis idealnya adalah 60:40.

6. Fasilitas pelayanan kesehatan yang belum/ tidak mempunyai TCM, harus merujuk terduga TBC atau dahak dari terduga TBC tersebut ke fasilitas pelayanan kesehatan TCM. Merujuk dahak lebih direkomendasikan dibanding merujuk terduga TBC terkait alasan pengendalian infeksi.
7. Dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota mengatur jejaring rujukan dan menetapkan fasilitas pelayanan kesehatan TCM menjadi pusat rujukan pemeriksaan TCM bagi fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya.
8. Dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota menyiapkan sumber daya di fasilitas pelayanan kesehatan yang akan mengoperasikan TCM.
9. Jika fasilitas pelayanan kesehatan mengalami kendala mengakses layanan TCM berupa kesulitan transportasi, jarak dan kendala geografis maka penegakan diagnosis dapat dilakukan dengan pemeriksaan mikroskopis.
10. Pasien TBC yang terdiagnosis dengan pemeriksaan mikroskopis harus dilakukan pemeriksaan lanjutan menggunakan TCM. Dinas kesehatan berperan mengatur jejaring rujukan spesimen ke fasilitas pelayanan kesehatan TCM terdekat. Jumlah dahak yang dikirimkan adalah sebanyak 2 dahak. Pemeriksaan TCM ini bertujuan untuk mengetahui status resistansi terhadap Rifampisin. Tindak lanjut hasil pemeriksaan TCM pada pasien yang terdiagnosis TBC melalui pemeriksaan mikroskopis adalah sebagai berikut:
  - a) Pasien terdiagnosis sebagai TBC terkonfirmasi bakteriologis dari pemeriksaan mikroskopis.

- 1) Apabila hasil TCM lanjutan menunjukkan MTB pos Rifampisin resistan, pertimbangkan kriteria terduga (baru atau memiliki riwayat pengobatan sebelumnya) dan mengikuti alur sesuai poin A.5.a di atas.
  - 2) Apabila hasil TCM lanjutan menunjukkan MTB pos Rifampisin sensitif, MTB pos Rifampisin indeterminate, MTB negatif dan hasil gagal (*error, invalid, no result*) maka hasil TCM tidak mengubah diagnosis pasien sebagai TBC terkonfirmasi bakteriologis.
- b) Pasien terdiagnosis sebagai TBC klinis dengan hasil BTA negatif.
- 1) Apabila hasil TCM lanjutan menunjukkan MTB pos Rifampisin resistan, pertimbangkan kriteria terduga (baru atau memiliki riwayat pengobatan sebelumnya) dan mengikuti alur sesuai poin A.5.a di atas.
  - 2) Apabila hasil TCM lanjutan menunjukkan MTB pos Rifampisin sensitif, MTB pos Rifampisin indeterminate, lanjutkan pengobatan, pasien dinyatakan sebagai TBC terkonfirmasi bakteriologis.
  - 3) Apabila hasil TCM lanjutan menunjukkan MTB negatif atau hasil gagal lanjutkan pengobatan, pasien tetap sebagai TBC terdiagnosis klinis

b. Pengobatan

Terkait dengan tatalaksana pengobatan, perubahan yang terjadi adalah sebagai berikut :

1. Obat Anti TBC (OAT) Kategori 1 fase awal dan lanjutan dengan dosis harian.

OAT Kat 1 dosis harian akan mulai dipergunakan secara bertahap. Pada tahun 2021, prioritas pemberian OAT ini adalah untuk:

- a) Pasien TBC HIV
- b) Kasus TBC yang diobati di Rumah Sakit
- c) Kasus TBC dengan hasil MTB pos Rifampisin sensitif dan Rifampisin indeterminate dengan riwayat pengobatan sebelumnya.

2. Pemberian OAT Kategori 2 tidak direkomendasikan untuk pengobatan Pasien TBC. Mulai tahun 2021 Program TBC tidak menyediakan OAT Kategori 2. Akan tetapi bila stok OAT Kategori 2 masih tersedia di instalasi farmasi provinsi, kabupaten/kota dan di fasilitas pelayanan kesehatan, maka harus dimanfaatkan sampai habis.

3. Pasien TBC MTB pos Rifampisin Sensitif yang berasal dari kriteria dengan riwayat pengobatan sebelumnya (kambuh, gagal dan *loss to follow up*) diobati dengan OAT Kategori 1 dosis harian.

4. Sejak tahun 2019, Program TBC sudah menyediakan OAT dalam sediaan tablet dispersible untuk pengobatan TBC RO anak dan TPT anak kontak dengan pasien TBC RO. Sediaan ini mudah dikonsumsi oleh anak, namun pemanfaatannya masih terbatas.

Dinas Kesehatan Provinsi dan Kab/Kota agar melakukan Sosialisasi supaya OAT RO anak dapat dimanfaatkan sebaik-baiknya.

c. Pemantauan Kemajuan Pengobatan

1. Pemantauan pengobatan pasien TBC SO menggunakan pemeriksaan mikroskopis.

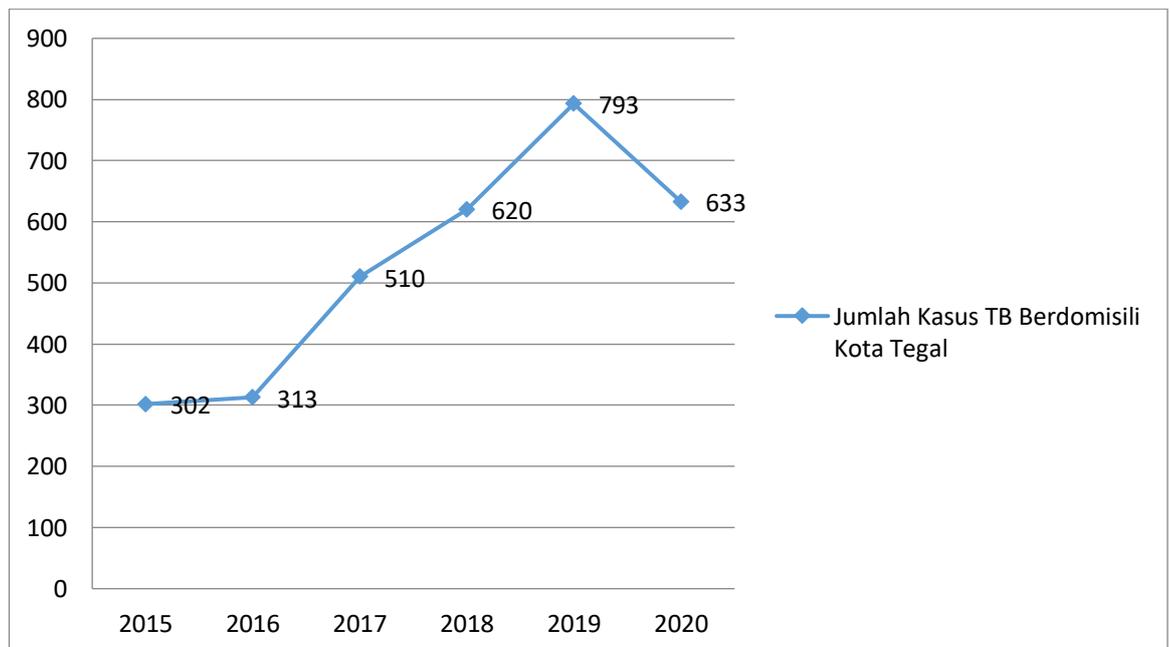
2. Pemantauan pengobatan pasien TBC SO menggunakan pemeriksaan mikroskopis dan biakan.

## 2. Kasus Tuberkulosis di Kota Tegal

Tuberkulosis (TB) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Daerah Kota Tegal dan dapat berpotensi menimbulkan kesakitan, kecacatan, dan kematian yang cukup tinggi sehingga perlu dilakukan upaya penanggulangan. Tren Penderita TB di Kota Tegal dari tahun ke tahun terus meningkat. Untuk memberikan gambaran kasus TB di Kota Tegal berikut disajikan dalam beberapa tabel dan grafik.

Perkembangan kasus TB Kota Tegal tahun 2015 s/d tahun 2019 mengalami peningkatan yang cukup tajam, jumlah kasus tertinggi yaitu pada tahun 2019 sebanyak 793 kasus, kasus TB menurun pada tahun 2020 yaitu 633 kasus.

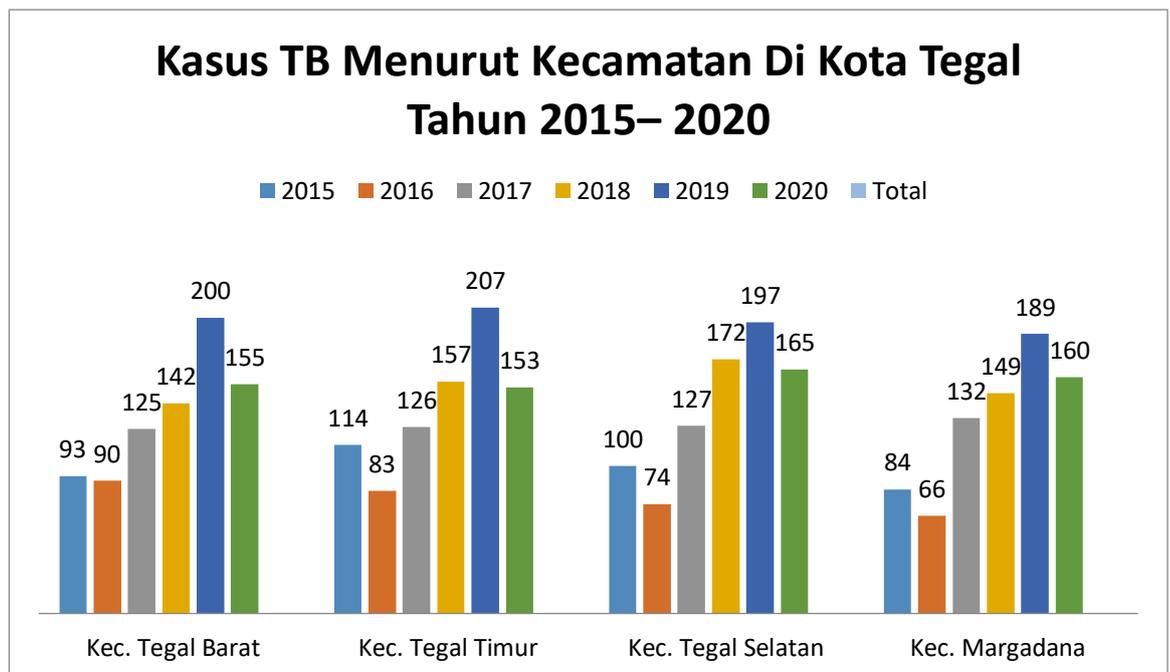
**Grafik 2.1**  
**Perkembangan Kasus TB Kota Tegal Tahun 2015 s/d 2020**



Sumber: Dinas Kesehatan Kota Tegal, 2021

Kasus TB tertinggi berdasarkan kecamatan di Kota Tegal berada di Tahun 2019, jumlah kasus TB terbanyak berdasarkan Kecamatan pada tahun 2019 berturut-turut adalah Kecamatan Tegal Timur sebesar 207 kasus, Kecamatan Tegal Barat sebesar 200 kasus, Kecamatan Tegal Selatan sebesar 197 kasus dan Kecamatan Margadana sebesar 189 kasus. Sedangkan pada tahun 2020 kasus TB di Kota Tegal mengalami penurunan jumlah kasus TB dengan jumlah kasus TB terbanyak berturut-turut adalah kecamatan Tegal Selatan, Kecamatan Margadana, Kecamatan Tegal Barat, dan Kecamatan Tegal Timur.

**Grafik 2.2**  
**Kasus TB Menurut Kecamatan Di Kota Tegal Tahun 2015 – 2020**

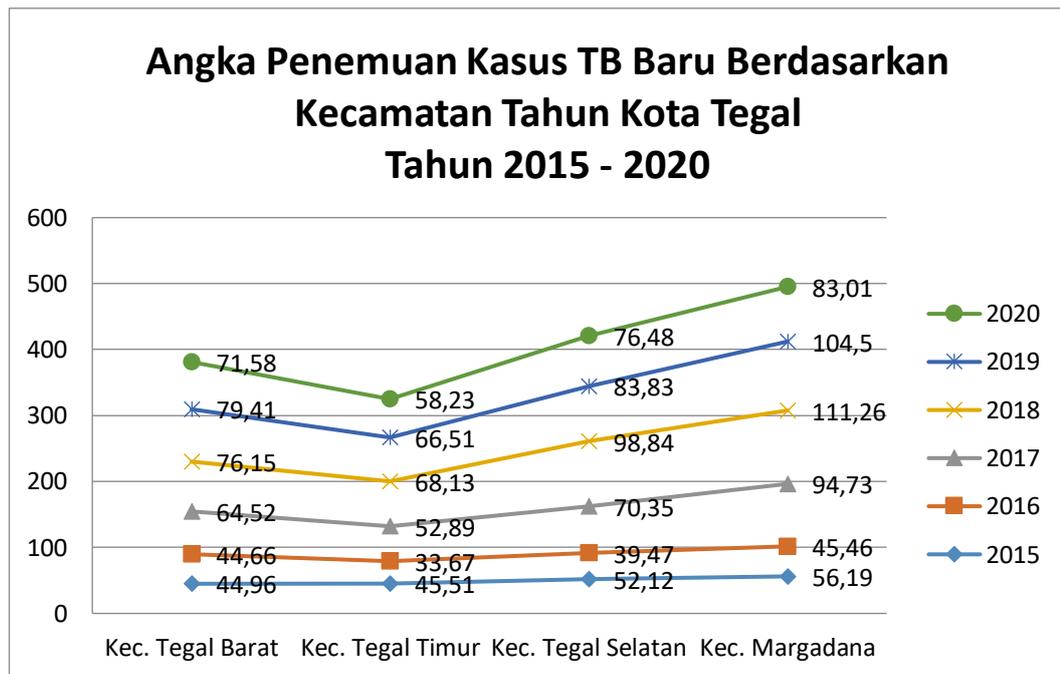


Sumber: Dinas Kesehatan Kota Tegal, 2021

Penilaian kemajuan atau keberhasilan pengendalian TB digunakan beberapa indikator yaitu angka penemuan pasien baru TB BTA positif (*Case Detection Rate* = CDR) dan angka keberhasilan pengobatan (*Success Rate* = SR). Target *Case Detection Rate* program penanggulangan TB Nasional minimal 70%. Angka Penemuan Kasus TB Baru di beberapa Kecamatan di Kota Tegal pada tahun 2015 – 2020 masih belum mencapai target, pada tahun 2018 sampai dengan

tahun 2020, Kecamatan Tegal Timur belum pernah mencapai target nasional dalam target Angka Penemuan Kasus TB Baru sedangkan 3 Kecamatan lainnya sudah mencapai target.

**Grafik 2.3**  
**Angka Penemuan Kasus TB Baru Berdasarkan Kecamatan Di Kota Tegal Tahun 2015 – 2020**



Sumber: Dinas Kesehatan Kota Tegal, 2021

### 3. Partisipasi Masyarakat Dalam Penyakit Tuberkulosis

Secara umum di wilayah Kota Tegal tingkat partisipasi masyarakat untuk melibatkan diri dalam penanganan dan penanggulangan tuberkulosis dirasa sangat bagus, karena berdasarkan informasi disetiap fasilitas kesehatan Puskesmas telah memiliki minimal dua kader kesehatan ditingkat RW yang merupakan pendamping tuberkulosis yang berkompetensi untuk mensosialisasikan, mengedukasi terkait penyakit tuberkulosis, bahkan bersama dengan sportingstaff Puskesmas melakukan *tracer* terhadap anggota masyarakat yang terduga (*suspect*) mengidap tuberkulosis untuk dilakukan pengawalan pemberian obat sampai enam bulan atau sembuh secara terus menerus.

Pendamping TB yang ada di setiap RW dimasing-masing kelurahan sejatinya merupakan tenaga sukarela yang memiliki kompetensi, kepedulian dan kesadaran untuk bersama-sama dengan tenaga kesehatan yang ada di lingkungan Faskes Puskesmas yang setiap saat bisa melaksanakan kegiatan penanggulangan tuberkulosis. Oleh karenanya perlunya pendanaan dari Pemerintah Kota Tegal dalam membantu percepatan penanggulangan tuberkulosis. Disamping itu perlu sosialisasi dan edukasi yang masif terhadap masyarakat khususnya terhadap penderita tuberkulosis yang seringkali didalam masa pengobatan terjadi DO (dropout) karena yang bersangkutan meninggalkan tempat tinggalnya untuk mencari nafkah keluar kota dan tidak diketahui dimana tinggalnya padahal yang bersangkutan masih dalam pengobatan.

Mendasarkan fakta empiris kasus tuberkulosis yang ada di Kota Tegal yang masih cukup tinggi, maka perlu ada penanggulangan yang komprehensif dan terpadu melalui percepatan penanganan untuk mengeleminiasi kasus tuberkulosis di Kota Tegal.

Oleh karenanya diperlukan regulasi yang memberikan kepastian hukum dalam bentuk Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis di Kota Tegal dalam upaya menanggulangi kasus tuberkulosis yang ada di Kota Tegal.

### **BAB III**

## **EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN BERKAITAN DENGAN TUBERKULOSIS**

Rancangan Peraturan Daerah (Raperda) tentang Penanggulangan Tuberkulosis memiliki keterkaitan dengan berbagai peraturan perundang-undangan. Materi muatan yang akan dituangkan dalam batang tubuh Rancangan Peraturan Daerah (Raperda) mempunyai landasan terhadap beberapa peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi. Penyusunan Rancangan Peraturan Daerah perlu menggambarkan adanya sinkronisasi dan harmonisasi dari beberapa peraturan yang relevan sehingga tidak terjadi tumpang tindih pengaturannya, hal ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan yuridis.

Berikut beberapa peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar/acuan dalam penyusunan Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis baik peraturan perundang-undangan yang mengatur kewenangan pemerintahan daerah untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan, peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang sistematika dan format dalam penyusunan Peraturan Daerah, maupun peraturan perundang-undangan yang mengatur kewenangan pemerintah daerah dalam membuat kebijakan tentang Penanggulangan Tuberkulosis.

#### **A. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah**

Pengertian Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom. Beberapa pengertian lain menurut Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014, yaitu :

1. Urusan Pemerintahan adalah kekuasaan pemerintahan yang menjadi kewenangan Presiden yang pelaksanaannya dilakukan oleh kementerian negara dan

penyelenggara Pemerintah Daerah untuk melindungi, melayani, memberdayakan, dan mensejahterakan masyarakat.

2. Otonomi Daerah adalah hak, kewenangan dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri Urusan Pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.
3. Asas Otonomi adalah prinsip dasar penyelenggaraan Pemerintahan Daerah berdasarkan Otonomi Daerah.
4. Desentralisasi adalah penyerahan Urusan Pemerintahan oleh Pemerintah Pusat kepada daerah otonom berdasarkan Asas Otonomi.
5. Dekonsentrasi adalah pelimpahan sebagian Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Pemerintah Pusat kepada Gubernur sebagai wakil Pemerintah Pusat, kepada instansi vertikal di wilayah tertentu, dan/atau kepada Gubernur dan Bupati/Walikota sebagai penanggungjawab urusan pemerintahan umum.
6. Tugas Pembantuan adalah penugasan dari Pemerintah Pusat kepada daerah otonom untuk melaksanakan sebagian Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Pemerintah Pusat atau dari Pemerintah Daerah provinsi kepada Daerah Kabupaten/Kota untuk melaksanakan sebagian Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah Provinsi.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah Pasal 9 sampai dengan Pasal 12, pada dasarnya pemerintah daerah berwenang menyelenggarakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangannya, pemerintah kabupaten/kota mempunyai kewenangan dalam membuat kebijakan daerah. Adapun ketentuan Pasal yang berkaitan dengan kewenangannya pemerintah daerah, antara lain:

1. Pasal 4 ayat (2) berbunyi : Daerah kabupaten/kota selain berstatus sebagai Daerah juga merupakan wilayah Administrasi yang menjadi wilayah kerja bagi Bupati/Walikota dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan umum di wilayah Daerah Kabupaten/Kota.
2. Pasal 5 ayat (4) berbunyi :Penyelenggaraan Urusan Pemerintahan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) di Daerah dilaksanakan berdasarkan asas Desentralisasi, Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan.
3. Pasal 9
  - (1) Urusan Pemerintahan terdiri atas urusan pemerintahan absolut, urusan pemerintahan konkuren dan urusan pemerintahan umum.
  - (2) Urusan pemerintahan absolut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Urusan Pemerintahan yang sepenuhnya menjadi kewenangan Pemerintah Pusat.
  - (3) Urusan pemerintahan konkuren sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Urusan Pemerintahan yang dibagi antara Pemerintah Pusat dan Daerah Provinsi dan Daerah Kabupaten/Kota.
  - (4) Urusan pemerintahan konkuren yang diserahkan ke Daerah menjadi dasar pelaksanaan Otonomi Daerah.
  - (5) Urusan pemerintahan umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Presiden sebagai kepala pemerintahan.
4. Pasal 11
  - (1) Urusan pemerintahan konkuren sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) yang menjadi kewenangan Daerah terdiri atas Urusan Pemerintahan Wajib dan Urusan Pemerintahan Pilihan.

- (2) Urusan Pemerintahan Wajib sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas Urusan Pemerintahan yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar dan Urusan Pemerintahan yang tidak berkaitan dengan Pelayanan Dasar.
  - (3) Urusan Pemerintahan Wajib sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah Urusan Pemerintahan Wajib yang sebagian substansinya merupakan Pelayanan Dasar.
5. Pasal 12 ayat (1) berbunyi : Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (2) meliputi :
- a. Pendidikan;
  - b. Kesehatan;
  - c. Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang
  - d. Perumahan Rakyat dan Kawasan Permukiman
  - e. Ketentraman, Ketertiban Umum dan Perlindungan Masyarakat; dan
  - f. Sosial

Ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah mengatur tentang kewenangan pemerintah kabupaten/kota dalam urusan pemerintahan dimana salah satunya adalah bidang kesehatan yang perlu dilaksanakan pelayanannya, penyelenggaraan penanggulangan tuberkulosis merupakan salah satu kebijakan yang perlu diupayakan dalam pelayanan kesehatan di daerah.

#### **B. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan**

Diundangkan pada tanggal 12 Agustus 2011, Undang-Undang tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan didasarkan pada pemikiran bahwa Negara Republik Indonesia adalah negara hukum. Sebagai negara hukum, segala aspek kehidupan dalam bidang kemasyarakatan, kebangsaan dan kenegaraan termasuk

pemerintahan harus berdasarkan atas hukum yang sesuai dengan sistem hukum nasional. Sistem hukum nasional merupakan hukum yang berlaku di Indonesia dengan semua elemennya yang saling menunjang satu dengan yang lain dalam rangka mengantisipasi dan mengatasi permasalahan yang timbul dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara yang berdasarkan Pancasila, dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Undang-Undang ini merupakan penyempurnaan terhadap kelemahan-kelemahan dalam Undang-Undang Nomor 10 tahun 2004, yaitu antara lain :

- a) materi dari Undang-Undang Nomor tahun 2004 banyak yang menimbulkan kerancuan atau multitafsir sehingga tidak memberikan suatu kepastian hukum ;
- b) teknik penulisan rumusan banyak yang tidak konsisten;
- c) terdapat materi baru yang perlu diatur sesuai dengan perkembangan atau kebutuhan hukum dalam Pembentukan Peraturan Perundang-undangan; dan
- d) pengurangan materi sesuai dengan yang diatur dalam tiap bab tidak sesuai dengan sistematika.

Sebagai penyempurnaan terhadap Undang-Undang sebelumnya, terdapat materi muatan baru yang ditambahkan dalam Undang-Undang ini, yaitu antara lain :

- a) penambahan Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat sebagai salah satu jenis Peraturan Perundang-undangan dan hierarkinya ditempatkan setelah Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
- b) perluasan cakupan perencanaan Peraturan Perundang-undangan yang tidak hanya memiliki prolegnas dan prolegda melainkan juga perencanaan Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, dan Peraturan Perundang-undangan lainnya;
- c) pengaturan mekanisme pembahasan Rancangan Undang-Undang tentang Pencabutan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang;

- d) pengaturan Naskah Akademik sebagai suatu persyaratan dalam penyusunan Rancangan Undang-Undang atau Rancangan Peraturan Daerah Provinsi dan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota;
- e) pengaturan mengenai keikutsertaan Perancang Peraturan Perundang-undangan, peneliti dan tenaga ahli dalam tahapan Pembentukan Peraturan Perundang-undangan;
- f) penambahan teknik penyusunan Naskah Akademik dalam Lampiran I Undang-Undang ini.

Dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 terdapat perubahan tata urutan Peraturan Perundang-undangan yang diatur dalam Pasal 7 adalah sebagai berikut :

- (1) Undang-Undang Dasar 1945
- (2) Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat
- (3) Undang-Undang/Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang
- (4) Peraturan Pemerintah
- (5) Peraturan Presiden
- (6) Peraturan Daerah Provinsi
- (7) Peraturan Daerah Kabupaten/Kota

Selain adanya penambahan Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat sebagai salah satu jenis Peraturan Perundang-undangan, yaitu adanya penegasan peraturan daerah provinsi dan peraturan daerah kabupaten/kota sebagai suatu hierarki tata urutan Peraturan Perundang-undangan.

Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 juga menjadi dasar bagi penyusunan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota baik mekanisme perencanaan program legislasi daerah, penyusunan peraturan daerah maupun teknis penyusunan naskah akademik.

Pada Pasal 56 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 ditegaskan bahwa Rancangan Peraturan Daerah Provinsi dapat berasal dari DPRD Provinsi atau Gubernur, Rancangan Peraturan Daerah Provinsi harus disertai dengan penjelasan atau keterangan dan/atau Naskah Akademik. Pasal tersebut berlaku secara mutatis mutandis bagi penyusunan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota.

### **C. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan**

Pengaturan materi muatan dalam rancangan peraturan daerah di Kota Tegal perlu mengacu pada ketentuan-ketentuan sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Adapun pasal-pasal pada Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 yang berkaitan dengan kewenangan pemerintah daerah dalam urusan kesehatan, antara lain :

1. Pasal 4 berbunyi : Setiap orang berhak atas kesehatan.
2. Pasal 5 berbunyi :
  - (1) Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya dibidang kesehatan.
  - (2) Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.
  - (3) Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggungjawab menentuakn sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.
3. Pasal 7, berbunyi : Setiap orang berhak untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggungjawab.
4. Pasal 30, yang dirumuskan dalam ayat :
  - (1) Fasilitas pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh pihak Pemerintah, Pemerintah Daerah dan swasta.

- (5) Ketentuan perizinan fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) ditetapkan oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah.
5. Pasal 35, yang dirumuskan dalam ayat : (1) Pemerintah Daerah dapat menentukan jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan serta pemberian izin beroperasinya di daerahnya.
6. Pasal 49, yang dirumuskan dalam ayat :
- (1) Pemerintah, Pemerintah Daerah dan masyarakat bertanggungjawab atas penyelenggaraan upaya kesehatan.
- (2) Penyelenggaraan upaya kesehatan harus memperhatikan fungsi sosial, nilai dan norma agama, sosial budaya, moral dan etika profesi.
7. Pasal 50, yang dirumuskan dalam ayat : (1) Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggungjawab meningkatkan dan mengembangkan upaya kesehatan.
8. Pasal 54, berbunyi :
- (1) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggungjawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif.
- (2) Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggungjawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, mengatur tentang hak masyarakat dimana Hak Warga masyarakat terkandung kewajiban pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam memenuhi hak tersebut, ditegaskan bahwa : Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggungjawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara bertanggungjawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif. Salah satu penyelenggaraan pelayanan kesehatan berupa kegiatan-kegiatan penanggulangan tuberkulosis.

#### **D. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan**

Kesehatan lingkungan adalah upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari faktor resiko lingkungan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial.

Berdasarkan Pasal 3 Peraturan Pemerintah Nomor 66 tahun 2014 Pemerintah daerah kabupaten/kota bertanggungjawab untuk :

1. menjamin tersedianya lingkungan yang sehat untuk mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya sesuai dengan kewenangannya.
2. mengatur, membina, dan mengawasi penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan; dan
3. memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan.

Sedangkan Pasal 6 Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 menegaskan: Dalam penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan, pemerintah daerah kabupaten/kota berwenang :

1. menetapkan kebijakan untuk melaksanakan penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan, Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan, dan Persyaratan Kesehatan di tingkat kabupaten/kota dengan berpedoman pada kebijakan dan strategi nasional dan kebijakan yang ditetapkan pemerintah daerah provinsi;
2. melakukan mitigasi dan adaptasi perubahan iklim terkait kesehatan di kabupaten/kota; dan
3. melakukan kerjasama dengan lembaga nasional sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

## **E. Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis**

Dalam konsideran dinyatakan bahwa bahwa untuk mengatasi permasalahan Tuberkulosis dan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia Indonesia, diperlukan upaya penanggulangan yang komprehensif, terpadu, dan berkesinambungan.

Dalam Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis pasal-pasal yang terkait antara lain Pasal 2 yang berbunyi “Peraturan Presiden ini ditujukan untuk memberikan acuan bagi kementerian/lembaga, Pemerintah Daerah provinsi, Pemerintah Daerah kabupaten/kota, pemerintah desa, dan Pemangku Kepentingan dalam melaksanakan Penanggulangan TB”.

Pasal 3 menyatakan bahwa Peraturan Presiden ini mengatur mengenai :

- a. target dan strategi nasional Eliminasi TB;
- b. pelaksanaan strategi nasional Eliminasi TB;
- c. tanggung jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah;
- d. koordinasi percepatan Penanggulangan TB;
- e. peran serta masyarakat;
- f. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
- g. pendanaan.

Dalam Pasal 4 terkait dengan target eliminasi nasional yang berbunyi “Target Eliminasi TB pada tahun 2030 :

- a. penurunan angka kejadian (*incidence ratel* TB menjadi 65 (enam puluh lima) per 100.000 (seratus ribu) penduduk; dan
- b. penurunan angka kematian akibat TB menjadi 6 (enam) per 100.000 (seratus ribu) penduduk.

Serta dalam Pasal 5 berbunyi :

- (1) Pencapaian target Eliminasi TBC sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 dilaksanakan melalui penerapan strategi nasional Eliminasi TBC.
- (2) Strategi nasional Eliminasi TBC sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
  - a. penguatan komitmen dan kepemimpinan Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah provinsi, dan Pemerintah Daerah kabupaten/kota;
  - b. peningkatan akses layanan TBC yang bermutu dan berpihak pada pasien;
  - c. intensifikasi upaya kesehatan dalam rangka Penanggulangan TBC;
  - d. peningkatan penelitian, pengembangan, dan inovasi di bidang Penanggulangan TBC;
  - e. peningkatan peran serta komunitas, Pemangku Kepentingan, dan multisektor lainnya dalam Penanggulangan TBC; dan
  - f. penguatan manajemen program.

**F. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan**

Bahwa dalam rangka meningkatkan kemampuan pengelolaan data dan informasi kesehatan, diperlukan sistem Surveilans Kesehatan secara nasional agar tersedia data dan informasi secara teratur, berkesinambungan, serta valid sebagai bagian dari proses pengambilan keputusan dalam upaya kesehatan, baik lokal maupun nasional, serta memberikan kontribusi terhadap komitmen global.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan pasal-pasal yang terkait antara lain Pasal 1 huruf 1 yang menyatakan “Surveilans Kesehatan adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah kesehatan untuk memperoleh dan memberikan

informasi guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan secara efektif dan efisien”.

Pasal 2 yang berbunyi “Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan merupakan prasyarat program kesehatan dan bertujuan untuk:

- a. tersedianya informasi tentang situasi, kecenderungan penyakit, dan faktor risikonya serta masalah kesehatan masyarakat dan faktor-faktor yang mempengaruhinya sebagai bahan pengambilan keputusan;
- b. terselenggaranya kewaspadaan dini terhadap kemungkinan terjadinya KLB/Wabah dan dampaknya;
- c. terselenggaranya investigasi dan penanggulangan KLB/Wabah; dan
- d. dasar penyampaian informasi kesehatan kepada para pihak yang berkepentingan sesuai dengan pertimbangan kesehatan

Dan dalam Pasal 4 yang menyatakan :

- (1) Berdasarkan sasaran penyelenggaraan, Surveilans Kesehatan terdiri atas:
  - a. surveilans penyakit menular;
  - b. surveilans penyakit tidak menular;
  - c. surveilans kesehatan lingkungan;
  - d. surveilans kesehatan matra; dan
  - e. surveilans masalah kesehatan lainnya
- (2) Surveilans penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a paling sedikit meliputi:
  - a. surveilans penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi;
  - b. surveilans penyakit demam berdarah;
  - c. surveilans malaria;
  - d. surveilans penyakit zoonosis;

- e. surveilans penyakit filariasis;
- f. surveilans penyakit tuberkulosis;
- g. surveilans penyakit diare;
- h. surveilans penyakit tifoid;
- i. surveilans penyakit kecacangan dan penyakit perut lainnya;
- j. surveilans penyakit kusta;
- k. surveilans penyakit frambusia;
- l. surveilans penyakit HIV/AIDS;
- m. surveilans hepatitis;
- n. surveilans penyakit menular seksual; dan
- o. surveilans penyakit pneumonia, termasuk penyakit infeksi saluran pernafasan akut berat (*severe acute respiratory infection*).

(3) Surveilans penyakit tidak menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b paling sedikit meliputi:

- a. surveilans penyakit jantung dan pembuluh darah;
- b. surveilans diabetes melitus dan penyakit metabolik;
- c. surveilans penyakit kanker;
- d. surveilans penyakit kronis dan degeneratif;
- e. surveilans gangguan mental; dan
- f. surveilans gangguan akibat kecelakaan dan tindak kekerasan.

(4) Surveilans kesehatan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c paling sedikit meliputi:

- a. surveilans sarana air bersih;
- b. surveilans tempat-tempat umum;
- c. surveilans pemukiman dan lingkungan perumahan;

- d. surveilans limbah industri, rumah sakit dan kegiatan lainnya;
  - e. surveilans vektor dan binatang pembawa penyakit;
  - f. surveilans kesehatan dan keselamatan kerja; dan
  - g. surveilans infeksi yang berhubungan dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- (5) Surveilans kesehatan matra sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d paling sedikit meliputi:
- a. surveilans kesehatan haji;
  - b. surveilans bencana dan masalah sosial; dan
  - c. surveilans kesehatan matra laut dan udara.
- (6) Surveilans masalah kesehatan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e paling sedikit meliputi:
- a. surveilans kesehatan dalam rangka kekarantinaan;
  - b. surveilans gizi dan Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG);
  - c. surveilans gizi mikro kurang yodium, anemia gizi besi, kekurangan vitamin A;
  - d. surveilans gizi lebih;
  - e. surveilans kesehatan ibu dan anak termasuk reproduksi;
  - f. surveilans kesehatan lanjut usia;
  - g. surveilans penyalahgunaan obat, narkotika, psikotropika, zat adiktif dan bahan berbahaya;
  - h. surveilans penggunaan obat, obat tradisional, kosmetika, alat kesehatan, serta perbekalan kesehatan rumah tangga; dan
  - i. surveilans kualitas makanan dan bahan tambahan makanan

(7) Selain jenis Surveilans Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Menteri dapat menetapkan jenis Surveilans Kesehatan lain sesuai dengan kebutuhan kesehatan.

#### **G. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat**

Bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat sebagai salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memiliki peranan penting dalam sistem kesehatan nasional, khususnya subsistem upaya kesehatan. Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat perlu ditata ulang untuk meningkatkan aksesibilitas, keterjangkauan, dan kualitas pelayanan dalam rangka meningkatkan derajat masyarakat serta menyukseskan program jaminan sosial nasional.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat pasal-pasal yang terkait antara lain Pasal 1 dalam point 1 dan point 2 yang menyatakan “ yang dimaksud dengan :

1. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat.
2. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Dan dalam Pasal 2 menyebutkan :

- (1) Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang:

- a. memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat;
  - b. mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu
  - c. hidup dalam lingkungan sehat; dan
  - d. memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat
- (2) Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

#### **H. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular**

Bahwa penyakit menular masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang menimbulkan kesakitan, kematian, dan kecacatan yang tinggi sehingga perlu dilakukan penyelenggaraan penanggulangan melalui upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan yang efektif dan efisien.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular pasal-pasal yang terkait antara lain Pasal 1 dalam point 1 dan point 2 yang menyatakan “ yang dimaksud dengan :

1. Penyakit Menular adalah penyakit yang dapat menular ke manusia yang disebabkan oleh agen biologi, antara lain virus, bakteri, jamur, dan parasit.
2. Penanggulangan Penyakit Menular adalah upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif yang ditujukan untuk menurunkan dan menghilangkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian, membatasi penularan, serta penyebaran penyakit agar tidak meluas antardaerah maupun antarnegara serta berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa/wabah.

Dalam Pasal 4 disebutkan :

- (1) Berdasarkan cara penularannya, Penyakit Menular dikelompokkan menjadi:

- a. penyakit menular langsung; dan
- b. penyakit tular vektor dan binatang pembawa penyakit.

(2) Penyakit menular langsung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri

atas:

- a. Difteri;
- b. Pertusis;
- c. Tetanus;
- d. Polio;
- e. Campak;
- f. Typhoid;
- g. Kolera;
- h. Rubella;
- i. Yellow Fever;
- j. Influenza;
- k. Meningitis;
- l. Tuberkulosis;
- m. Hepatitis;
- n. penyakit akibat Pneumokokus;
- o. penyakit akibat Rotavirus;
- p. penyakit akibat Human Papiloma Virus (HPV);
- q. penyakit virus ebola;
- r. MERS-CoV;
- s. Infeksi Saluran Pencernaan;
- t. Infeksi Menular Seksual;
- u. Infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV);

- v. Infeksi Saluran Pernafasan;
  - w. Kusta; dan
  - x. Frambusia.
- (3) Jenis penyakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a sampai dengan huruf p merupakan penyakit menular langsung yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I).
- (4) Jenis penyakit tular vektor dan binatang pembawa penyakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri atas:
- a. Malaria;
  - b. Demam Berdarah;
  - c. Chikungunya;
  - d. Filariasis dan Kecacingan;
  - e. Schistosomiasis;
  - f. Japanese Encephalitis;
  - g. Rabies;
  - h. Antraks
  - i. Pes;
  - j. Toxoplasma;
- (5) Menteri dapat menetapkan jenis Penyakit Menular selain jenis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (4).

Sedangkan pada Pasal 10 berbunyi :

- (1) Penanggulangan Penyakit Menular dilakukan melalui upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan.
- (2) Upaya pencegahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk memutus mata rantai penularan, perlindungan spesifik, pengendalian faktor risiko,

perbaikan gizi masyarakat dan upaya lain sesuai dengan ancaman Penyakit Menular.

- (3) Upaya pengendalian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk mengurangi atau menghilangkan faktor risiko penyakit dan/atau gangguan kesehatan.
- (4) Upaya pemberantasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk meniadakan sumber atau agen penularan, baik secara fisik, kimiawi dan biologi.

Dan pasal 11 yang menyebutkan :

- (1) Upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan dalam Penanggulangan Penyakit Menular dilakukan melalui kegiatan:
  - a. promosi kesehatan;
  - b. surveilans kesehatan;
  - c. pengendalian faktor risiko;
  - d. penemuan kasus;
  - e. penanganan kasus;
  - f. pemberian kekebalan (imunisasi)
  - g. pemberian obat pencegahan secara massal; dan
  - h. kegiatan lainnya yang ditetapkan oleh Menteri
- (2) Dalam hal penanggulangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimaksudkan untuk menghadapi potensi wabah, terhadap kelompok masyarakat yang terjangkit Penyakit Menular dilakukan kegiatan sebagai berikut:
  - a. penemuan penderita di fasilitas pelayanan kesehatan;
  - b. penyelidikan epidemiologi;
  - c. pengobatan massal;
  - d. pemberian kekebalan massal; dan

- e. intensifikasi pengendalian faktor risiko.

## **I. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis**

Dalam Pasal 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, menegaskan bahwa Pemerintah Daerah bertanggungjawab menyelenggarakan Penanggulangan Tuberkulosis. Penyelenggaraan Penanggulangan Tuberkulosis tersebut dilaksanakan melalui upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan. Selanjutnya dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, kegiatan Penanggulangan Tuberkulosis, meliputi :

1. promosi kesehatan;
2. surveilans tuberkulosis;
3. pengendalian faktor resiko;
4. penemuan dan penanganan kasus tuberkulosis
5. pemberian kekebalan; dan
6. pemberian obat pencegahan.

Secara spesifik kewenangan pemerintah daerah dalam penanggulangan tuberkulosis yang secara tegas disebutkan dalam Pasal-Pasal Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, yaitu :

1. menetapkan target penanggulangan tuberkulosis tingkat daerah berdasarkan target nasional dan memperhatikan strategi nasional.
2. bertanggungjawab atas ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan dalam penyelenggaraan penanggulangan tuberkulosis.
3. melakukan koordinasi dalam perencanaan, monitoring dan evaluasi bersama pemerintah pusat.
4. menjamin ketersediaan sarana dan prasarana laboratorium kesehatan.

5. menjamin ketersediaan anggaran penanggulangan tuberkulosis.
6. menjamin ketersediaan teknologi penanggulangan tuberkulosis.
7. penelitian dan riset operasional di bidang kesehatan khususnya dalam penanggulangan tuberkulosis.

**J. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi**

Bahwa untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya diperlukan upaya untuk mencegah terjadinya suatu penyakit melalui imunisasi.

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga bila suatu saat terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan.

Dalam Pasal 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, menegaskan bahwa :

(1) Imunisasi Program terdiri atas :

- a. Imunisasi rutin;
- b. Imunisasi tambahan; dan
- c. Imunisasi khusus.

(2) Imunisasi Program harus diberikan sesuai dengan jenis Vaksin, jadwal atau waktu pemberian yang ditetapkan dalam Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Sedangkan dalam Pasal 5 disebutkan :

- (1) Imunisasi rutin dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan.
- (2) Imunisasi rutin terdiri atas Imunisasi dasar dan Imunisasi lanjutan.

Dan Pasal 6 yang berbunyi :

- (1) Imunisasi dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) diberikan pada bayi sebelum berusia 1 (satu) tahun.
- (2) Imunisasi dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas Imunisasi terhadap penyakit:
  - a. hepatitis B;
  - b. poliomyelitis;
  - c. tuberkulosis;
  - d. difteri;
  - e. pertusis;
  - f. tetanus;
  - g. pneumonia dan meningitis yang disebabkan oleh Hemophilus Influenza tipe b (Hib); dan
  - h. campak.

## **BAB IV**

### **LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS DAN YURIDIS**

#### **A. Landasan Filosofis**

Peraturan perundang-undangan harus mendapatkan pembenaran yang dapat diterima secara filosofis yaitu cita-cita kebenaran, keadilan dan kesusilaan. Filsafat atau pandangan hidup suatu bangsa berisi nilai moral dan etika dari bangsa tersebut. Moral dan etika pada dasarnya berisi nilai-nilai yang baik dan yang tidak baik. Nilai yang baik adalah nilai yang wajib dijunjung tinggi didalamnya ada nilai kebenaran, keadilan dan kesusilaan dari berbagai nilai lainnya yang dianggap baik.

Pengertian baik, benar, adil dan susila tersebut menurut takaran yang dimiliki bangsa yang bersangkutan. Peraturan Perundang-undangan yang dibentuk tanpa memperhatikan moral bangsa akan sia-sia diterapkan, tidak akan dipatuhi. Semua nilai yang ada di bumi Indonesia hendaknya tercermin/bersumber dari Pancasila, karena merupakan pandangan hidup, cita-cita bangsa, falsafah atau jalan kehidupan bangsa (*way of life*).

Adapun falsafah hidup berbangsa dan bernegara merupakan suatu landasan penyusunan peraturan perundang-undangan. Dengan demikian perundang-undangan yang dibentuk harus mencerminkan falsafah suatu bangsa. tujuan utama pendirian negara Indonesia adalah terwujudnya kesejahteraan umum bagi seluruh masyarakat Indonesia.

Landasan filosofis yang perlu dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis yaitu bahwa kerugian karena penyakit tuberkulosis bukan saja merugikan aspek kesehatan tetapi juga dari aspek sosial ekonomi, dengan demikian tuberkulosis merupakan ancaman terhadap cita-cita pembangunan dalam meningkatkan kesejahteraan rakyat secara menyeluruh.

## B. Landasan Sosiologis

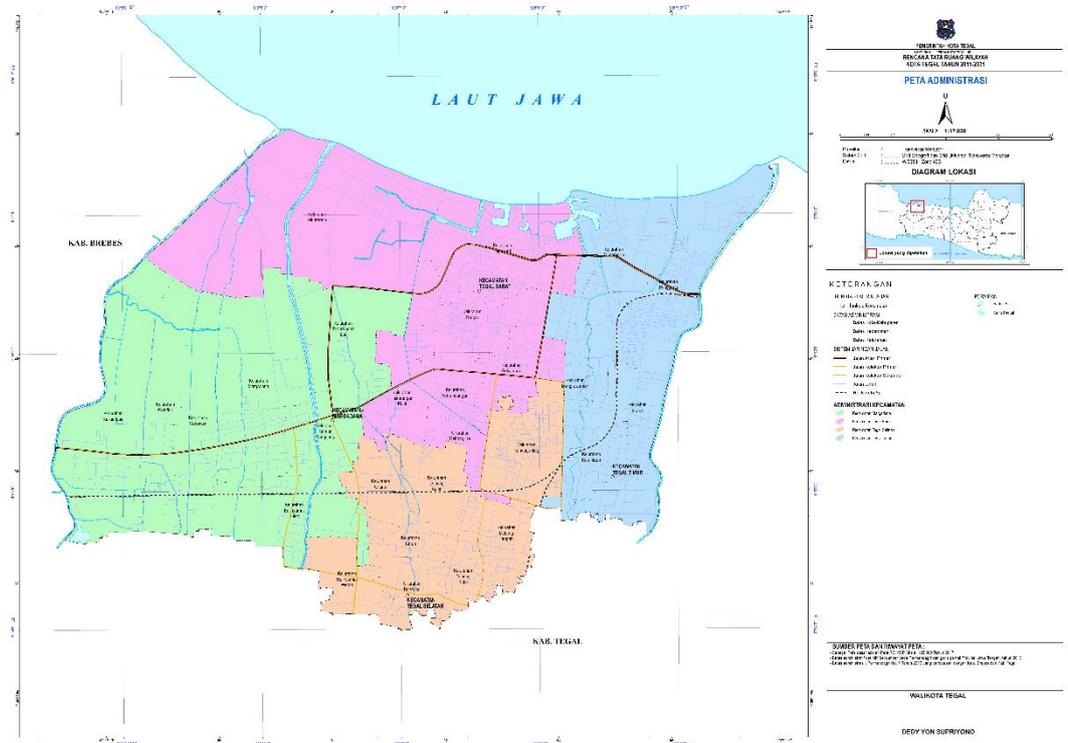
### 1. Kondisi Geografis Kota Tegal

Kota Tegal merupakan salah satu dari 35 Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah, yang berada di daerah pantura sebelah barat. Kota Tegal memiliki luas wilayah sebesar 39,68 km<sup>2</sup>. Secara administratif batas wilayah Kota Tegal diuraikan sebagai berikut:

- Sebelah Utara : Laut Jawa
- Sebelah Timur : Kabupaten Tegal
- Sebelah Selatan : Kabupaten Tegal
- Sebelah Barat : Kabupaten Brebes

Batas wilayah Kota Tegal secara rinci dapat dilihat pada gambar di bawah ini :

**Gambar 4.1**  
**Peta Administrasi Kota Tegal**



Wilayah administrasi Kota Tegal terdiri atas 4 (empat) Kecamatan, yaitu Kecamatan Tegal Selatan; Kecamatan Tegal Barat; Kecamatan Tegal Timur dan Kecamatan Margadana, yang terbagi kedalam 27 kelurahan.

Kota Tegal secara astronomis terletak pada  $109^{\circ} 08'$  –  $109^{\circ} 10'$  BT dan  $6^{\circ} 50'$  –  $6^{\circ} 53'$  LS. Posisi astronomis tersebut menunjukkan bahwa daerah Kota Tegal berada dalam posisi daerah dengan iklim tropis dengan dua musim, yaitu kemarau dan penghujan. Kota Tegal dilihat dari posisi geostrategik memiliki potensi strategis dalam bidang ekonomi, mengingat Kota Tegal berada pada posisi simpang jalur kota besar yang mendukung terhadap jalur distribusi perekonomian nasional yaitu jalur Semarang-Tegal-Jakarta maupun jalur Jakarta-Tegal-Yogyakarta.

Berdasarkan data kependudukan, jumlah penduduk Kota Tegal Tahun 2020 sebanyak 287.856 jiwa, mengalami peningkatan sebanyak 1.480 jiwa dari tahun 2019. Jumlah penduduk laki-laki sebanyak 145.213 jiwa dan penduduk perempuan sebanyak 142.643 jiwa, dengan Rasio Jenis Kelamin sebesar 101,80. Kepadatan Penduduk Kota Tegal Tahun 2020 sebesar  $7.254.44$  jiwa/km<sup>2</sup>.

Jumlah penduduk terbanyak berada di Kecamatan Tegal Timur yaitu sebanyak 85.943 jiwa atau 29,86 persen dari total penduduk Kota Tegal. Sedangkan penduduk paling sedikit berada di Kecamatan Margadana yaitu sebanyak 61.170 jiwa atau 21,25 persen dari total penduduk Kota Tegal. Jika dilihat dari tingkat kepadatannya, Kecamatan Tegal Timur merupakan Kecamatan dengan tingkat kepadatan penduduk tertinggi di Kota Tegal yaitu sebanyak 13.513 jiwa per km<sup>2</sup>. Sementara itu wilayah dengan kepadatan penduduk terendah di Kota Tegal adalah Kecamatan Tegal Barat dengan tingkat kepadatan penduduk sebesar 4.670 jiwa per km<sup>2</sup>.

**Tabel 4.1**  
**Jumlah Penduduk, Luas Wilayah, Rasio Jenis Kelamin dan Tingkat**  
**Kepadatan Penduduk Kota Tegal**

| Kecamatan     | Luas Wilayah (Km <sup>2</sup> ) | Jumlah Penduduk (Jiwa) |                |                | Rasio Jenis Kelamin (%) | Kepadatan (jiwa/km <sup>2</sup> ) |
|---------------|---------------------------------|------------------------|----------------|----------------|-------------------------|-----------------------------------|
|               |                                 | Laki-laki              | Perempuan      | Jumlah         |                         |                                   |
| Tegal Barat   | 15,13                           | 35.527                 | 35.131         | 70.658         | 101,13                  | 4.670,06                          |
| Tegal Timur   | 6,36                            | 42.960                 | 42.983         | 85.943         | 99,95                   | 13.513,05                         |
| Tegal Selatan | 6,43                            | 35.640                 | 34.445         | 70.085         | 103,47                  | 10.899,69                         |
| Margadana     | 11,76                           | 31.086                 | 30.084         | 61.170         | 103,33                  | 5.201,53                          |
| <b>Jumlah</b> | <b>39,68</b>                    | <b>145.213</b>         | <b>142.643</b> | <b>287.856</b> | <b>101,80</b>           | <b>7.254,44</b>                   |

Sumber: Disdukcapil Kota Tegal, 2021

Rata-rata laju pertumbuhan penduduk (LPP) Kota Tegal periode 2019-2020 mencapai 0,52%. Berdasarkan tren yang ada, apabila mengacu kepada klasifikasi pertumbuhan penduduk, maka Kota Tegal termasuk lambat karena pertumbuhannya antara 1% bahkan kurang dari 1%.

**Tabel 4.2**  
**Laju Pertumbuhan Penduduk Kota Tegal**

| No | Kecamatan |               | Jumlah Penduduk 2020 |        | Jumlah Penduduk Periode 2019 |        | Angka Pertumbuhan Penduduk |
|----|-----------|---------------|----------------------|--------|------------------------------|--------|----------------------------|
|    | Kode      | Nama          | n                    | %      | n                            | %      |                            |
| 1  | 33.76.01  | TEGAL BARAT   | 70.658               | 24,55% | 69.848                       | 24,39% | 1,16%                      |
| 2  | 33.76.02  | TEGAL TIMUR   | 85.943               | 29,86% | 84.761                       | 29,60% | 1,39%                      |
| 3  | 33.76.03  | TEGAL SELATAN | 70.085               | 24,35% | 69.590                       | 24,30% | 0,71%                      |
| 4  | 33.76.04  | MARGADANA     | 61.170               | 21,25% | 62.177                       | 21,71% | -1,62%                     |
|    |           | <b>Jumlah</b> | <b>287.856</b>       |        | <b>286.376</b>               |        | <b>0,52%</b>               |

Sumber: Disdukcapil Kota Tegal, 2021

**Tabel 4.3**  
**Banyaknya Fasilitas Kesehatan Menurut Kecamatan dan Jenisnya**  
**di Kota Tegal Tahun 2019 - 2020**

| Kecamatan         | Rumah Sakit Umum |          | Rumah Sakit Khusus |          | Rumah Saki/Rumah Bersalin |          | Puskesmas Rawat Inap |          | Puskesmas Tanpa Rawat Inap |          | Klinik Pratama |           | Posyandu      |               |
|-------------------|------------------|----------|--------------------|----------|---------------------------|----------|----------------------|----------|----------------------------|----------|----------------|-----------|---------------|---------------|
|                   | 1                | 2        | 3                  | 4        | 5                         | 6        | 7                    | 8        | 9                          | 10       | 11             | 12        | 13            | 14            |
| Tegal Selatan     | 1                | 1        | 1                  | 1        | 1                         | 1        | -                    | -        | 2                          | 2        | 5              | 6         | 47/3          | 47/3          |
| Tegal Timur       | 1                | 1        | -                  | -        | -                         | -        | -                    | -        | 2                          | 2        | 11             | 11        | 58/9          | 58/12         |
| Tegal Barat       | 1                | 1        | -                  | -        | -                         | -        | -                    | -        | 2                          | 2        | 14             | 14        | 59/9          | 59/12         |
| Margadana         | -                | -        | -                  | -        | -                         | -        | 1                    | 1        | 1                          | 1        | 1              | 1         | 39/5          | 39/17         |
| <b>Kota Tegal</b> | <b>3</b>         | <b>3</b> | <b>1</b>           | <b>1</b> | <b>1</b>                  | <b>1</b> | <b>1</b>             | <b>1</b> | <b>7</b>                   | <b>7</b> | <b>31</b>      | <b>32</b> | <b>203/26</b> | <b>203/44</b> |

*Sumber : Kota Tegal Dalam Angka 2021*

**Tabel 4.5**  
**Banyaknya Tenaga Kesehatan Menurut Kecamatan dan Jenisnya di Kota**  
**Tegal Tahun 2020**

| Kecamatan         | Dokter     | Dokter Gigi | Perawat      | Bidan      | Tenaga Kefarmasian | Tenaga Kesehatan Masyarakat | Tenaga Kesehatan Lingkungan | Tenaga Gizi | Ahli Teknologi Laboratorium Medik |
|-------------------|------------|-------------|--------------|------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------------|
| 1                 | 2          | 3           | 4            | 5          | 6                  | 7                           | 8                           | 9           | 10                                |
| Tegal Selatan     | 92         | 8           | 427          | 91         | 77                 | 10                          | 6                           | 14          | 24/-                              |
| Tegal Timur       | 94         | 12          | 465          | 159        | 104                | 7                           | 6                           | 30          | 26/5                              |
| Tegal Barat       | 81         | 9           | 214          | 79         | 89                 | 19                          | 10                          | 15          | 17/15                             |
| Margadana         | 15         | 2           | 31           | 38         | 15                 | 2                           | 1                           | 3           | 4/-                               |
| <b>Kota Tegal</b> | <b>282</b> | <b>31</b>   | <b>1.137</b> | <b>367</b> | <b>285</b>         | <b>38</b>                   | <b>23</b>                   | <b>62</b>   | <b>71/20</b>                      |

*Sumber : Kota Tegal Dalam Angka 2021*

**Tabel 4.6**  
**Banyaknya Kasus Penyakit Menurut Diagnosa Penyakit di Kota Tegal**  
**Tahun 2020**

| Diagnosa Penyakit                           | Jumlah |
|---------------------------------------------|--------|
| 1                                           | 2      |
| Nasopharingitis Akut ( <i>Common Cold</i> ) | 57.063 |
| Myalgia                                     | 13.526 |

| Diagnosa Penyakit<br>1                 | Jumlah<br>2 |
|----------------------------------------|-------------|
| Chepalgia                              | 9.763       |
| Hipertensi Primer                      | 6.823       |
| Dyspepsia                              | 5.180       |
| Obs. Febris                            | 4.790       |
| Diare dan Gastroenteritis non Spesifik | 4.539       |
| DM Type II : Non Insulin Dependent     | 3.547       |
| Gastritis                              | 3.215       |
| Pharingitis                            | 2.936       |

Sumber : Kota Tegal Dalam Angka 2021.

## 2. Visi dan Misi Kota Tegal



**VISI & MISI KOTA TEGAL**  
2019-2024



**"TERWUJUDNYA PEMERINTAHAN YANG BERDEDIKASI  
MENUJU KOTA TEGAL YANG BERSIH, DEMOKRATIS, DISIPLIN DAN INOVATIF"**

- 1** Mewujudkan Pemerintahan yang Bersih, Profesional, Akuntabel, Berwibawa dan Inovatif, Berbasis Teknologi Informasi.
- 2** Menciptakan atmosfir kehidupan Kota Tegal yang lebih agamis, aman, kreatif, berbudaya, demokratis, melindungi hak-hak anak dan perempuan untuk kesetaraan serta keadilan gender.
- 3** Meningkatkan pembangunan dibidang pendidikan, kesehatan, kesejahteraan pekerja dan masyarakat tidak mampu.
- 4** Meningkatkan infrastruktur, transportasi publik, lingkungan hidup yang bersih dan sehat.
- 5** Meningkatkan kepariwisataan, investasi dan daya saing daerah serta mengembangkan ekonomi kerakyatan dan ekonomi kreatif.
- 6** Mengoptimalkan peran pemuda, pembinaan olah raga dan seni budaya.

a. **Visi**

Visi pembangunan jangka menengah Kota Tegal 2019-2024 menjadi dasar perumusan prioritas dan arah pembangunan Kota Tegal sampai dengan 5 (lima) tahun mendatang yaitu: "**Terwujudnya Pemerintahan yang Berdedikasi Menuju Kota Tegal yang Bersih, Demokratis, Disiplin dan Inovatif**".

Makna dan harapan yang terkandung dalam visi pembangunan Kota Tegal tahun 2019-2024 tersebut adalah sebagai berikut:

**Berdedikasi:** Menunjukkan karakter pemerintahan yang aparaturnya memiliki kemampuan, tanggung jawab dan pengabdian diri dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sebagai perwujudan dari tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*) dan pemerintahan yang bersih (*clean government*).

**Bersih:** Merupakan kondisi lingkungan perkotaan yang hijau, indah, nyaman dan asri dengan memperhatikan daya dukung dan kelestarian lingkungan hidup.

**Demokratis:** merupakan kondisi Kota Tegal yang memberikan ruang toleransi kehidupan beragama dan bermasyarakat dengan menjunjung tinggi nilai yang berkembang di masyarakat serta memiliki kesadaran sosial tentang kesamaan (*equality*) dan pemerataan (*equity*).

**Disiplin:** menggambarkan kondisi aparatur pemerintahan dan masyarakat yang tertib, taat dan patuh terhadap peraturan untuk mendukung pemerintahan dan pembangunan.

**Inovatif:** merupakan kondisi aparatur pemerintah dan masyarakat yang berkemampuan mendayagunakan pemikiran dan sumber daya lainnya untuk

menghasilkan suatu karya baru yang bermanfaat bagi masyarakat sebagai upaya mewujudkan Kota Tegal sebagai kota cerdas (*Tegal Smart City*).

**b. Misi**

Misi adalah rumusan umum mengenai upaya-upaya yang akan dilaksanakan untuk mewujudkan visi. Dalam rangka mewujudkan visi maka ditetapkan 6 (enam) misi pembangunan jangka menengah Kota Tegal Tahun 2019-2024, yaitu:

- 1) Mewujudkan pemerintahan yang bersih, profesional, akuntabel, berwibawa dan inovatif, berbasis teknologi informasi.

Rumusan misi pertama ini diarahkan untuk terwujudnya reformasi birokrasi melalui tata kelola pemerintahan yang bersih dari praktek KKN (korupsi, kolusi dan nepotisme), efisien, efektif, transparan, profesional, dan akuntabel serta meningkatnya partisipasi masyarakat dalam pengambilan kebijakan publik. Untuk meningkatkan tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*) perlu didukung oleh sistem pemerintahan, regulasi yang baik, serta penerapan Teknologi Informasi dan Sumber Daya Manusia yang berkualitas. Disamping itu diperlukan efektivitas perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian pembangunan, dengan cara memantapkan sistem dan implementasi perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian pembangunan yang didukung Teknologi Informasi serta meningkatkan pelayanan publik yang prima pada semua unit pelayanan dan Perangkat Daerah.

- 2) Menciptakan atmosfir kehidupan Kota Tegal yang lebih agamis, aman, kreatif, berbudaya, demokratis, melindungi hak-hak anak dan perempuan untuk kesetaraan serta keadilan gender.

Misi ini diarahkan untuk terwujudnya kondisi masyarakat yang bertaqwa kepada Tuhan yang Maha Esa, berbudi pekerti luhur, memiliki kesadaran sosial tentang kesamaan dan pemerataan. Masyarakat yang bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan berbudi pekerti luhur akan mewujudkan kehidupan sosial yang saling bertoleransi, aman dan tentram serta menjunjung tinggi nilai-nilai budaya dan adat istiadat. Masyarakat yang memiliki kesadaran sosial tentang kesamaan dan pemerataan akan mewujudkan kesetaraan dan keadilan gender dan jiwa demokratis.

- 3) Meningkatkan pembangunan dibidang pendidikan, kesehatan, kesejahteraan pekerja dan masyarakat tidak mampu.

Misi ini diarahkan untuk terwujudnya sumber daya manusia (SDM) masyarakat Kota Tegal yang berkualitas. Kualitas SDM sangat menentukan perkembangan dan kemajuan masyarakat. Dengan demikian, pembangunan pendidikan dan kesehatan merupakan investasi utama dalam meningkatkan kualitas SDM sehingga penting perannya dalam meningkatkan pertumbuhan ekonomi dan menurunkan tingkat kemiskinan dan pengangguran. Melalui misi ini, Pemerintah Kota Tegal berkomitmen untuk memberikan perlindungan serta jaminan sosial, khususnya bagi masyarakat tidak mampu.

- 4) Meningkatkan infrastruktur, transportasi publik, lingkungan hidup yang bersih dan sehat serta pembangunan berkelanjutan.

Misi ini diarahkan untuk terwujudnya pemenuhan infrastruktur kota yang berkualitas, transportasi publik yang nyaman dan penciptaan lingkungan Kota Tegal yang bersih dan sehat, serta pembangunan berkelanjutan. Berbagai inovasi baru diharapkan akan terus mewarnai pembangunan

infrastruktur dan lingkungan hidup yang berkelanjutan, yang ditujukan untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat serta mewujudkan Kota Tegal sebagai kota cerdas (*Tegal Smart City*).

- 5) Meningkatkan kepariwisataan, investasi dan daya saing daerah serta mengembangkan ekonomi kerakyatan dan ekonomi kreatif.

Misi ini diarahkan untuk meningkatnya kemampuan dan keunggulan pembeda yang dimiliki oleh Kota Tegal, baik keunggulan komparatif (*comparative advantage*) maupun keunggulan kompetitif (*competitive advantage*). Peningkatan daya saing Kota Tegal utamanya akan fokus pada pengembangan sektor pariwisata, kewirausahaan, koperasi, UMKM dan Ekonomi Kreatif. Meningkatnya daya saing daerah akan berdampak positif pada meningkatnya investasi daerah.

- 6) Mengoptimalkan peran pemuda, pembinaan olahraga dan seni budaya.

Misi ini diarahkan untuk mengoptimalkan peran pemuda karena keberadaan pemuda sesungguhnya menjadi modal yang besar bagi pembangunan dan kemajuan bangsa. Disamping itu misi ini diarahkan untuk mendukung kemajuan dan prestasi Kota Tegal di bidang olah raga, serta melestarikan Seni-budaya Kota Tegal karena Seni-budaya merupakan jiwa sebuah bangsa dan identitas suatu daerah.

Seiring dengan prinsip otonomi daerah yang seluas-luas pemerintah daerah diberikan kewenangan untuk mengurus dan mengatur urusan pemerintahan diluar yang menjadi urusan Pemerintahan Pusat. Pemerintah daerah baik Pemerintah Provinsi maupun Kabupaten/Kota memiliki kewenangan membuat suatu kebijakan daerah untuk melaksanakan suatu pembangunan dan memberikan pelayanan kepada masyarakat. Peningkatan peran serta, prakarsa dan pemberdayaan masyarakat dalam rangka untuk peningkatan kesejahteraan masyarakat dengan selalu memperhatikan

kepentingan dan aspirasi yang tumbuh dalam masyarakat. Dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah, pemerintah daerah menjalankan otonomi yang seluas-luasnya untuk mengatur dan mengurus urusan-urusan pemerintahan berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan.

Landasan sosilogis yang perlu dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis yaitu :

1. bahwa tuberkulosis merupakan suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis*, yang sampai saat ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di daerah;
2. bahwa upaya penanggulangan penyakit tuberkulosis berarti pula penanggulangan terhadap kemiskinan, ketidakproduktifan dan kelemahan masyarakat di daerah.

### **C. Landasan Yuridis**

Peraturan perundang-undangan di level pemerintah kota harus mempunyai landasan hukum atau dasar hukum yang terdapat dalam ketentuan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi. Landasan yuridis merupakan landasan hukum yang meliputi pertama mengenai kewenangan membuat peraturan perundang-undangan, yang kedua mengenai materi peraturan perundang-undangan yang harus dibuat. Kewenangan menyusun peraturan daerah ditingkat kabupaten/kota terletak pada Bupati/Walikota bersama Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) kabupaten/Kota. Sedangkan materi muatan peraturan adalah seluruh materi muatan dalam penyelenggaraan otonomi daerah dan tugas pembantuan serta memuat kondisi khusus daerah dan penjabaran peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi.

Landasan yuridis sebagai pertimbangan hukum dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis, meliputi :

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1954 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 16 dan Nomor 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Kota-Kota Besar dan Kota-Kota Kecil di Jawa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1954 Nomor 40, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 551);
3. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3273);
4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
5. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
7. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);
8. 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 diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2019 tentang Perubahan Kedua Atas Undang- Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
  10. Peraturan Pemerintah Nomor 40 tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3447);
  11. Peraturan Pemerintah Nomor 46 tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542);
  12. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 184, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);
  13. Peraturan Daerah Kota Tegal Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Tegal (Lembaran Daerah Kota Tegal Tahun 2016 Nomor 5, Tambahan Lembaran Daerah Kota Tegal Nomor 23);
  14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 122).

**BAB V**  
**JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN DAN RUANG LINGKUP MATERI**  
**MUATAN PERATURAN DAERAH**

**A. Jangkauan dan Arah Pengaturan**

Penanggulangan tuberkulosis yang akan dilaksanakan di Kota Tegal perlu dituangkan dalam ketentuan perundang-undangan khususnya di dalam produk hukum daerah yang berupa peraturan daerah. hal ini dilakukan dalam rangka untuk memberikan kepastian hukum, mengatur pelayanan kesehatan daerah dan untuk mengantisipasi permasalahan-permasalahan dibidang kesehatan khususnya penyakit menular. Selain itu, agar Penanggulangan Tuberkulosis di Kota Tegal dapat berjalan optimal, efektif, efisien, terprogram secara terpadu, komprehensif dan berkelanjutan diperlukan adanya pengaturan secara khusus dalam peraturan daerah dengan prinsip tetap mengacu dan mendasarkan peraturan perundang-undangan.

**B. Ruang Lingkup**

Berdasarkan pertimbangan sebagaimana disebutkan dalam landasan pemikiran maka materi yang perlu dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis, meliputi :

- a. Judul
- b. Konsideran
  - 1) Menimbang
  - 2) Mengingat
- c. Batang Tubuh yang direncanakan meliputi sebagai berikut :
  - Bab I : Ketentuan Umum
  - Bab II : Ruang Lingkup
  - Bab III : Maksud dan Tujuan

- Bab IV : Strategi dan Kebijakan
- Bab V : Pelaksanaan Strategi Penanggulangan dan Eliminasi Tuberkulosis di Daerah
- Bab VI : Sumber Daya
- Bab VII : Sistem Informasi
- Bab VIII : Pembiayaan
- Bab IX : Tanggung Jawab Pemerintah Daerah
- Bab X : Koordinasi Percepatan Penanggulangan Tuberkulosis
- Bab XI : Peran Serta Masyarakat
- Bab XII : Pembinaan dan Pengawasan
- Bab XIII : Sanksi Administratif
- Bab XIV : Ketentuan Penutup

Adapun penjelasan mengenai materi yang akan dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis adalah sebagai berikut :

1. Judul

Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis

2. Konsideran

Dalam konsideran menimbang dalam Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis perlu memaparkan sebagai berikut :

- a. bahwa tuberkulosis merupakan suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman mycobacterium tuberculosis, yang sampai saat ini masih menimbulkan masalah yang sangat kompleks baik dari segi kesehatan masyarakat maupun sosial, ekonomi, dan budaya di daerah;

- b. bahwa untuk mengatasi permasalahan Tuberkulosis dan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia di Kota Tegal, diperlukan upaya penanggulangan yang komprehensif, terpadu, dan berkesinambungan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, dan huruf b maka perlu membentuk Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis;

Dalam Ketentuan konsideran mengingat harus memuat hal-hal yang berisi alasan yuridis peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar penyusunan Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis yang disusun. Adapun ketentuan mengingat yang dijadikan acuan dalam penyusunan Rancangan Peraturan Daerah ini seharusnya mencakup :

- 1) Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
- 2) Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1954 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 16 dan Nomor 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Kota-Kota Besar dan Kota-Kota Kecil di Jawa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1954 Nomor 40, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 551);
- 3) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3273);
- 4) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);

- 5) Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
- 6) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
- 7) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);
- 8) 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 diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2019 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
- 9) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);

- 10) Peraturan Pemerintah Nomor 40 tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3447);
- 11) Peraturan Pemerintah Nomor 46 tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542);
- 12) Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 184, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);
- 13) Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 166);
- 14) Peraturan Daerah Kota Tegal Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Tegal (Lembaran Daerah Kota Tegal Tahun 2016 Nomor 5, Tambahan Lembaran Daerah Kota Tegal Nomor 23);
- 15) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 671);
- 16) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Imunisasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 966);
- 17) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1113);
- 18) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1676);

19) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1755);

20) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 122).

### 3. Diktum

Dalam diktum seharusnya memuat pernyataan Penetapan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis yang dibuat dan ditetapkan pejabat yang berwenang.

## **C. Materi Muatan Peraturan Daerah**

Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis, perlu menjabarkan, diantaranya :

### 1. Ketentuan Umum

Materi tentang ketentuan umum yang akan dimuat dalam Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis adalah :

- a. Daerah adalah Kota Tegal
- b. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
- c. Walikota adalah Walikota Tegal.
- d. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu kepala daerah dan DPRD dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
- e. Dinas Kesehatan adalah satuan kerja pemerintahan daerah yang bertanggung jawab menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan.

- f. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau ketrampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
- g. Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat TB adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang paru dan organ lainnya.
- h. Eliminasi TB adalah pengurangan terhadap TB secara berkesinambungan guna menekan angka penyakit serendah mungkin agar tidak menjadi masalah kesehatan.
- i. Penanggulangan Tuberkulosis yang selanjutnya disebut Penanggulangan TB adalah segala upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif, tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif yang ditujukan untuk melindungi kesehatan masyarakat, menurunkan angka kesakitan, kecacatan atau kematian, memutuskan penularan, mencegah resistensi obat dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan akibat tuberkulosis.
- j. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, swasta dan/atau masyarakat.
- k. Pemangku Kepentingan adalah orang perseorangan, masyarakat, institusi pendidikan, organisasi profesi atau ilmiah, asosiasi, dunia usaha, media massa, lembaga swadaya masyarakat, dan mitra pembangunan yang berperan aktif dalam pelaksanaan kegiatan Penanggulangan TB.

## 2. Ruang Lingkup

Materi mengenai ruang lingkup yang perlu dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis sebaiknya berbunyi “Ruang lingkup pengaturan Penanggulangan TB dalam Peraturan Daerah ini meliputi : maksud dan tujuan, target, strategi dan kebijakan, pelaksanaan strategi penanggulangan dan eliminasi tuberkulosis di daerah, sumber daya, sistem informasi, pembiayaan, tanggung jawab Pemerintah Daerah, koordinasi percepatan penanggulangan tuberkulosis, peran serta masyarakat, pembinaan dan pengawasan serta sanksi administratif.

## 3. Maksud dan Tujuan

Muatan materi mengenai maksud dan tujuan yang perlu dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis sebaiknya meliputi :

- a. Maksud pengaturan Penanggulangan TB dalam Peraturan Daerah ini sebagai upaya untuk memberikan kepastian hukum dalam Penanggulangan Tuberkulosis secara terpadu, komprehensif dan berkesinambungan yang melibatkan semua pihak baik pemerintah daerah, swasta maupun masyarakat di Kota Tegal.
- b. Penanggulangan Tuberkulosis bertujuan untuk
  - 1) melindungi masyarakat dari penularan Tuberkulosis
  - 2) menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit Tuberkulosis;  
dan
  - 3) mengurangi dampak sosial, budaya dan ekonomi akibat penyakit Tuberkulosis pada individu, keluarga dan masyarakat.

#### 4. Target, Strategi dan Kebijakan

Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis sebaiknya memuat materi mengenai target, strategi dan kebijakan yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 dan Peraturan Presiden Nomor 67 tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, yaitu :

- a. Target program daerah mengikuti target nasional dan Walikota menetapkan target program setiap tahun sebagai tahapan menuju target program nasional
- b. Strategi Penanggulangan Tuberkulosis di daerah terdiri atas :
  - 1) Penguatan komitmen dan kepemimpinan di setiap jenjang organisasi.
  - 2) Peningkatan akses layanan TBC yang bermutu dan berpihak kepada pasien.
  - 3) Intensifikasi upaya kesehatan dalam rangka penanggulangan TBC.
  - 4) Penguatan manajemen program.
- c. Kebijakan Penanggulangan Tuberkulosis di daerah terdiri atas :
  - 1) Penanggulangan TB dilaksanakan sesuai dengan asas desentralisasi sebagai titik berat manajemen program, yang meliputi : perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, serta menjamin ketersediaan sumber daya (dana, tenaga, sarana dan prasarana).
  - 2) Penanggulangan TB dilaksanakan dengan menggunakan pedoman standar nasional sebagai kerangka dasar dan memperhatikan kebijakan global untuk Penanggulangan TB.
  - 3) Penemuan dan pengobatan untuk Penanggulangan TB dilaksanakan oleh seluruh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang meliputi Puskesmas, Klinik dan Dokter Praktik Mandiri (DPM) serta Fasilitas

Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang meliputi : Rumah Sakit Pemerintah, non pemerintah dan Swasta, Rumah Sakit Paru (RSP), Balai Besar/Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BB/BKPM).

- 4) Obat Anti Tuberkulosis (OAT) untuk penanggulangan Tuberkulosis disediakan oleh pemerintah dan diberikan secara cuma-cuma.
  - 5) Keberpihakan kepada masyarakat dan pasien TB.
  - 6) Penanggulangan TB dilaksanakan melalui penggalangan kerjasama dan kemitraan diantara sektor pemerintah, non pemerintah, swasta dan masyarakat melalui Forum Koordinasi TB.
  - 7) Penguatan manajemen program Penanggulangan TB ditujukan memberikan kontribusi terhadap penguatan sistem kesehatan nasional. dan
  - 8) Pelaksanaan program menerapkan prinsip dan nilai inklusif, proaktif, efektif, responsif, profesional dan akuntabel.
5. Pelaksanaan Strategi Penanggulangan dan Eliminasi Tuberkulosis di Daerah

Materi mengenai Pelaksanaan Strategi Penanggulangan dan Eliminasi Tuberkulosis di Daerah yang perlu dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis yaitu Penanggulangan TB diselenggarakan melalui kegiatan :

- a. Penguatan Komitmen dan Kepemimpinan Dalam Penanggulangan dan Eliminasi Tuberkulosis;
- b. Peningkatan Akses Layanan Tuberkulosis yang Bermutu dan Berpihak pada Pasien;
- c. Intensifikasi Upaya Kesehatan Dalam Rangka Penanggulangan dan Eliminasi Tuberkulosis;

Selanjutnya dalam penjabaran materi kegiatan penanggulangan tuberkulosis diatas perlu mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis dan beserta lampirannya dan Peraturan Presiden Nomor 67 tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis.

#### 6. Sumber Daya

Materi mengenai sumber daya yang perlu dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis meliputi :

- a. sumber daya manusia.
- b. ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan. dan
- c. teknologi.

#### 7. Sistem Informasi

Materi mengenai sistem informasi yang perlu dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis antara lain dalam rangka mendukung penyelenggaraan Penanggulangan TB diperlukan data dan informasi yang dikelola dalam sistem informasi. Data dan informasi diperoleh melalui kegiatan surveilans TB dan hasil pencatatan dan pelaporan. Sistem informasi program Penanggulangan TB dilaksanakan secara terpadu dan terintegrasi.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib melakukan pencatatan dan pelaporan terhadap setiap kejadian penyakit TB. Pencatatan dan pelaporan pasien TB untuk klinik dan dokter praktik perorangan disampaikan kepada Puskesmas setempat. Puskesmas harus melaporkan jumlah pasien TB di wilayah kerjanya kepada Perangkat Daerah yang membidangi kesehatan. Pelaporan pasien TB dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan disampaikan kepada Perangkat Daerah yang membidangi kesehatan. Perangkat Daerah yang

membidangi kesehatan melakukan kompilasi pelaporan, dan melakukan analisis untuk pengambilan kebijakan penanggulangan TB.

#### 8. Pembiayaan

Materi mengenai pembiayaan yang perlu dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis adalah pembiayaan penanggulangan TB didaerah bersumber dari :

- a. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara;
- b. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi;
- c. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah/Kota;
- d. Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa;
- e. Swadaya masyarakat; dan/atau
- f. Sumber dana lain yang sah dan tidak mengikat sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

#### 9. Tanggung Jawab Pemerintah Daerah

Materi mengenai tanggung jawab Pemerintah Daerah yang perlu dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis sebaiknya meliputi :

- a. Dalam pelaksanaan Penanggulangan TB, Pemerintah Daerah bertanggung jawab meliputi :
  - 1) mencantumkan indikator TB dalam rencana pembangunan jangka menengah daerah dan rencana strategis Pemerintah Daerah sebagai salah satu prioritas kesehatan di daerah;
  - 2) mengoordinasikan keseluruhan pelaksanaan kegiatan Penanggulangan TB di wilayahnya;

- 3) menyediakan pendanaan kegiatan Penanggulangan TB dari beberapa sumber;
  - 4) menyediakan dan meningkatkan sumber daya manusia untuk mencapai target standar pelayanan minimal terkait Penanggulangan TB;
  - 5) melakukan penemuan kasus TB secara aktif dan cepat dengan melibatkan masyarakat;
  - 6) memastikan semua orang yang terdiagnosis TB tercatat dan terlupakan dalam sistem informasi TB;
  - 7) memberikan pengobatan pencegahan TB kepada populasi rentan;
  - 8) melakukan mitigasi dampak psikososial dan ekonomi yang dihadapi pasien TB dan keluarganya; dan
  - 9) menyusun dan menetapkan kebijakan dari Walikota untuk mendorong pasien TB menjalankan pengobatan sampai selesai
- b. Mitigasi dampak psikososial dan ekonomi yang dihadapi pasien TB dan keluarganya dilaksanakan dengan cara :
- 1) memberikan jaminan kesehatan dan perlindungan sosial;
  - 2) menghilangkan diskriminasi dalam memberikan layanan dan dalam kehidupan masyarakat;
  - 3) menyelenggarakan program pemberdayaan untuk meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga;
  - 4) menjamin hak pasien dan penyintas TB untuk mendapat pekerjaan yang layak; dan
  - 5) mengikutsertakan pasien dan penyintas TB resisten obat dalam upaya Penanggulangan TB sebagai sarana untuk pemberdayaan ekonomi dan sosial.

## 10. Koordinasi Percepatan Penanggulangan Tuberkulosis

Materi mengenai koordinasi percepatan penanggulangan tuberkulosis yang perlu dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis sebaiknya meliputi :

- a. Dalam rangka koordinasi percepatan Penanggulangan TB, dibentuk tim percepatan Penanggulangan TB.
- b. Tim percepatan Penanggulangan TB memiliki tugas mengoordinasikan, mensinergikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan percepatan Eliminasi TB secara efektif, menyeluruh, dan terintegrasi.
- c. Tim percepatan Penanggulangan TB terdiri atas Pengarah dan Pelaksana.
- d. Pengarah dalam tim percepatan penanggulangan TB memiliki tugas:
  - 1) memberikan arahan terkait dengan kebijakan percepatan Penanggulangan TB;
  - 2) memberikan pertimbangan, saran, dan rekomendasi penyelesaian kendala dan hambatan dalam percepatan Penanggulangan TB; dan
  - 3) melaporkan pelaksanaan percepatan Penanggulangan TB kepada Walikota 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun dan/atau sewaktu-waktu apabila diperlukan.
- e. Pelaksana dalam tim percepatan penanggulangan TB memiliki tugas:
  - 1) menyusun rencana kerja tahunan untuk mencapai target Eliminasi TB;
  - 2) menyediakan dan mengoptimalkan sumber daya dalam rangka percepatan Penanggulangan TB;
  - 3) mengoordinasikan dan mengendalikan pelaksanaan percepatan Penanggulangan TB;

- 4) melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan percepatan Penanggulangan TB; dan
  - 5) melaporkan pelaksanaan percepatan Penanggulangan TB kepada Pengarah 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun dan/atau sewaktu-waktu apabila diperlukan.
- f. Dalam melaksanakan tugas, Pelaksana dibantu oleh sekretariat yang secara fungsional dilakukan oleh salah satu unit kerja Dinas Kesehatan yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
- g. Susunan dan keanggotaan tim percepatan Penanggulangan TB di tingkat kota ditetapkan oleh Walikota

#### 11. Peran Serta Masyarakat

Materi mengenai peran serta masyarakat yang perlu dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis, yaitu :

- a. Masyarakat berperan serta dalam Penanggulangan TB berdasarkan prinsip kemitraan.
- b. Peran serta masyarakat dalam Penanggulangan TB berdasarkan prinsip kemitraan berupa :
  - 1) menyelenggarakan kegiatan Penanggulangan TB untuk mendukung upaya yang dilakukan Pemerintah Daerah, khususnya yang bersifat promotif, preventif, dan rehabilitatif;
  - 2) menyediakan dukungan untuk pasien TB yang bersifat komplementer;
  - 3) mencegah terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap kasus TB di masyarakat;
  - 4) mempromosikan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS);

- 5) membentuk dan mengembangkan Warga Peduli TB; dan
  - 6) membantu menemukan dan memastikan warga yang terduga TB memeriksakan diri ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan
  - 7) memberikan masukan dalam penyusunan kebijakan terkait dengan Penanggulangan TB; dan
  - 8) membantu melaksanakan mitigasi bersama Pemerintah Daerah terhadap dampak psikososial dan ekonomi yang dihadapi pasien TB resisten obat dan keluarga.
- c. Mencegah stigma dan diskriminasi terhadap kasus TB dilakukan dengan:
- 1) memahami dengan benar dan lengkap mengenai cara penularan TB dan pencegahannya;
  - 2) mengajak semua anggota masyarakat untuk tidak mendiskriminasi orang terduga TB, pasien TB baik dari segi pelayanan kesehatan, pendidikan, pekerjaan dan semua aspek kehidupan.
- d. Perilaku hidup bersih dan sehat dilakukan dengan menjaga lingkungan sehat dan menjalankan etika batuk secara benar

## 12. Pembinaan dan Pengawasan

Materi muatan mengenai pembinaan dan pengawasan yang perlu dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis, yaitu

- a. Walikota melakukan pembinaan dan pengawasan kegiatan Penanggulangan TB.
- b. Mekanisme pembinaan dan pengawasan Penanggulangan TB dilakukan dengan kegiatan pemantauan, evaluasi dan pelaporan.

- c. Pemantauan dilakukan untuk memastikan berjalannya kegiatan percepatan Penanggulangan dan Eliminasi TBC.
- d. Evaluasi dilakukan untuk memastikan tercapainya target percepatan Penanggulangan dan Eliminasi TBC.
- e. Pelaporan dilakukan untuk mengetahui perkembangan pelaksanaan kegiatan percepatan Penanggulangan dan Eliminasi TBC

### 13. Sanksi Administratif

Materi muatan mengenai sanksi administratif yang perlu dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis, yaitu :

- a. Puskesmas, Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang tidak melaksanakan kewajiban diberikan sanksi administrasi oleh Walikota.
- b. Sanksi administrasi berupa:
  - 1) teguran lisan;
  - 2) teguran tertulis;
  - 3) pencabutan izin
- c. Teguran tertulis diberikan paling banyak 3 (tiga) kali.

Apabila teguran tertulis tidak dihiraukan maka akan dilakukan pencabutan izin dan/atau sanksi administrasi lainnya berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

### 14. Ketentuan Penutup

Pengaturan mengenai ketentuan penutup yang perlu dimuat dalam Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis meliputi :

- a. Peraturan Daerah ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

- b. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Daerah ini dengan penempatannya dalam Lembaran Daerah Kota Tegal.

## **BAB V PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Dalam Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis berdasarkan kajian pustaka dan data yang ada dapat dirumuskan kesimpulan, bahwa dengan diterbitkannya Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan serta perkembangan kasus tuberkulosis di Kota Tegal, Pemerintah Daerah perlu segera menyusun suatu regulasi berupa Peraturan Daerah Kota Tegal tentang Penanggulangan Tuberkulosis.

Peraturan Daerah tentang Tuberkulosis disusun sebagai dasar dan landasan dalam penyusunan target, strategi dan kebijakan di daerah dalam Penanggulangan Tuberkulosis, serta diharapkan adanya kepastian hukum bagi pemerintah daerah dalam melindungi dan melayani masyarakat terhadap segala kemungkinan kejadian yang dapat menimbulkan penularan penyakit tuberkulosis.

### **B. Saran**

Agar penyusunan Peraturan Daerah Kota Tega tentang Penanggulangan Tuberkulosis disusun *pertama*, berdasarkan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi, *kedua* berdasarkan kewenangan pemerintah daerah bidang kesehatan, *ketiga* berdasarkan aspirasi dan kepentingan masyarakat Kota Tegal.

## DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, Umar Fahmi (2010). *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*. Jakarta : UI Press.
- Aditama, Tjandra Yoga (2005). *Tuberkulosis dan Kemiskinan. Majalah Kedokteran Indonesia*, Volume: 55, Nomor: 2, Pebruari. Jakarta.
- Adrial (2005). *Hubungan Faktor Lingkungan Rumah Terhadap Kejadian Tuberkulosis Paru BTA Positif di Kota Batam Propinsi Kepulauan Riau Tahun 2005*. Tesis. Depok : FKM UI.
- Baris, E & Ezzati, M (2004). *Should Intervention to Reduce Respirable Pollutant be Linked to tuberculosis Control Programmes*. *BMJ*. 2004 November 6; 329(7474): 1090–1093.
- Budiyanto, FX (2003) *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru BTA Positif di Kota Jakarta Timur Tahun 2003*. Tesis. Depok : FKM Universitas Indonesia.
- Crofton, John, et al (2002). *Tuberkulosis Klinis Edisi 2*. Jakarta : Widya Medika.
- Desmon, Frans (2006). *Hubungan Antara Merokok, Kayu Bakar dan Kondisi Rumah dengan Kejadian Penyakit Tuberkulosis Paru*. Tesis. Depok : FKM Universitas Indonesia.
- Depkes RI (2002). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI.
- Dinkes Kota Tegal, 2021. *Profil Kesehatan Kota Tegal*, Tegal.
- Hiswani. 2009. *Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat*. Universitas Sumatera Utara.
- IAKMI (2009). *Fakta Tembakau Permasalahannya di Indonesia*. Jakarta : Tobacco Control Support Center (TCSC) – Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia.
- Kemenkes RI (2010). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI, 2011, *Pedoman Nasional Pengendalian TBC*. Jakarta: Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Mahpudin, A.H. (2006). *Hubungan Faktor Lingkungan Fisik Rumah, Sosial Ekonomi dan Respon Biologis Terhadap Kejadian Tuberkulosis Paru BTA Positif pada Penduduk Dewasa di Indonesia (Analisis Data SPTBC Susenas 2004)*. Tesis. Depok : FKM UI.
- Masniartii, 2005. *Penilaian Hasil Pengobatan TB Paru dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya serta Alasan Putus Berobat di RS Persahabatan Jakarta*. Jakarta: Jurnal Respirologi Indonesia Vol. 25, No.1.

- Notoatmodjo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Radji,M. Buku Ajar Mikrobiologi: *Panduan Mahasiswa Farmasi & Kedokteran*, 2011, Jakarta: EGC.
- Reviono, et al (2008). *Kelambatan Diagnosis Pasien Tuberkulosis Paru di RSUD dr. Moewardi Surakarta*. *Jurnal Respirologi Indonesia*. Vol. 28, No.1, Januari 2008.
- Silviana, Ike (2006). *Hubungan Lingkungan Fisik dalam Rumah dengan Kejadian TB Paru BTA (+) di Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2005*. Tesis. Depok : FKM UI.
- Siswono, 2004. *Target Bebas Tuberkulosis pada 2015 tak Tercapai*, Angka Kesembuhan masih Rendah.
- Supriyono, Didik (2003). *Lingkungan Fisik rumah Sebagai Faktor risiko Terjadinya Penyakit TB Paru BTA Positif di Kecamatan Ciampea Kabupaten Bogor Tahun 2002*. Tesis. Depok : FKM UI.
- WHO, 2017. *Global Tuberculosis Report 2017*, Jenewa.
- Woro, Oktia (2005). *Tuberkulosis dan Faktor-Faktor Yang Berkaitan*. *Jurnal Epidemiologi Indonesia*. Vol 7. Edisi 1. 2005. Jakarta.

### **Perundang-undangan**

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

Undang-Undang No 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular;

Undang-Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;

Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan

Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan

Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis

Peraturan Menteri Kesehatan No 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis;

RANCANGAN  
PERATURAN DAERAH KOTA TEGAL  
NOMOR TAHUN 2021  
TENTANG  
PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS  
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA  
WALIKOTA TEGAL,

- Menimbang : a. bahwa tuberkulosis merupakan suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis*, yang sampai saat ini masih menimbulkan masalah yang sangat kompleks baik dari segi kesehatan masyarakat maupun sosial, ekonomi, dan budaya di daerah;
- b. bahwa untuk mengatasi permasalahan Tuberkulosis dan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia di Kota Tegal, diperlukan upaya penanggulangan yang komprehensif, terpadu, dan berkesinambungan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, dan huruf b maka perlu membentuk Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis.
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1954 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 16 dan Nomor 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Kota-Kota Besar dan Kota-Kota Kecil di Jawa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1954 Nomor 40, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 551);
3. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3273);
4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
5. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

7. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);
8. 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 diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2019 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 40 tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3447);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 46 tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 184, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);
13. Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 166);
14. Peraturan Daerah Kota Tegal Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Tegal (Lembaran Daerah Kota Tegal Tahun 2016 Nomor 5, Tambahan Lembaran Daerah Kota Tegal Nomor 23);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 671);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Imunisasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 966);

17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1113);
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1676);
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1755);
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 122);

Dengan Persetujuan Bersama

DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH KOTA TEGAL

dan

WALIKOTA TEGAL

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN DAERAH TENTANG PENANGGULANGAN  
TUBERKULOSIS

#### Bab I

#### Ketentuan Umum

#### Pasal 1

Dalam Peraturan Daerah ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Tegal.
2. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Walikota adalah Walikota Tegal.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu kepala daerah dan DPRD dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Dinas Kesehatan adalah satuan kerja pemerintahan daerah yang bertanggung jawab menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan.

6. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
7. Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat TB adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang paru dan organ lainnya.
8. Eliminasi TBC adalah pengurangan terhadap TB secara berkesinambungan guna menekan angka penyakit serendah mungkin agar tidak menjadi masalah kesehatan.
9. Penanggulangan Tuberkulosis yang selanjutnya disebut Penanggulangan TB adalah segala upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif, tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif yang ditujukan untuk melindungi kesehatan masyarakat, menurunkan angka kesakitan, kecacatan atau kematian, memutuskan penularan, mencegah resistensi obat dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan akibat tuberkulosis.
10. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, swasta dan/atau masyarakat.
11. Pemangku Kepentingan adalah orang perseorangan, masyarakat, institusi pendidikan, organisasi profesi atau ilmiah, asosiasi, dunia usaha, media massa, lembaga swadaya masyarakat, dan mitra pembangunan yang berperan aktif dalam pelaksanaan kegiatan Penanggulangan TBC.

## Bab II Ruang Lingkup

### Pasal 2

Ruang lingkup pengaturan Penanggulangan TB dalam Peraturan Daerah ini meliputi :

- a. maksud dan tujuan;
- b. strategi dan kebijakan;

- c. pelaksanaan strategi penanggulangan dan eliminasi tuberkulosis di daerah;
- d. tanggung jawab Pemerintah Daerah;
- e. koordinasi percepatan penanggulangan tuberkulosis;
- f. peran serta masyarakat;
- g. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
- h. pendanaan

### Bab III Maksud dan Tujuan

#### Pasal 3

Maksud pengaturan Penanggulangan TB dalam Peraturan Daerah ini sebagai upaya untuk memberikan kepastian hukum dalam Penanggulangan Tuberkulosis secara terpadu, komprehensif dan berkesinambungan yang melibatkan semua pihak baik pemerintah daerah, swasta maupun masyarakat terdiri atas promosi kesehatan, surveilans Tuberkulosis, pengendalian faktor resiko, penemuan dan penanganan kasus Tuberkulosis, pemberian kekebalan, dan pemberian obat pencegahan.

#### Pasal 4

Penanggulangan TB bertujuan untuk :

- a. melindungi masyarakat dari penularan Tuberkulosis
- b. menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit Tuberkulosis; dan
- c. mengurangi dampak sosial, budaya dan ekonomi akibat penyakit Tuberkulosis pada individu, keluarga dan masyarakat.

### Bab IV Strategi dan Kebijakan

#### Bagian Kesatu Strategi

#### Pasal 5

Strategi Penanggulangan dan Eliminasi Tuberkulosis di daerah terdiri atas:

- a. penguatan komitmen dan kepemimpinan dalam program TB;
- b. peningkatan akses layanan TB yang bermutu dan berpihak pada pasien;

- c. intensifikasi upaya kesehatan dalam rangka Penanggulangan TB;
- d. peningkatan penelitian, pengembangan, dan inovasi di bidang Penanggulangan TB;
- e. peningkatan peran serta komunitas, Pemangku Kepentingan, dan multisektor lainnya dalam Penanggulangan TB; dan
- f. penguatan manajemen program TB.

Bagian Kedua  
Kebijakan

Pasal 6

Kebijakan Penanggulangan Tuberkulosis di daerah terdiri atas :

- a. Penanggulangan TB dilaksanakan sesuai dengan asas desentralisasi sebagai titik berat manajemen program, yang meliputi : perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, serta menjamin ketersediaan sumber daya (dana, tenaga, sarana dan prasarana).
- b. Penanggulangan TB dilaksanakan dengan menggunakan pedoman standar nasional sebagai kerangka dasar dan memperhatikan kebijakan global untuk Penanggulangan TB.
- c. Penemuan dan pengobatan untuk Penanggulangan TB dilaksanakan oleh seluruh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang meliputi Puskesmas, Klinik dan Dokter Praktik Mandiri (DPM) serta Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang meliputi : Rumah Sakit Pemerintah, non pemerintah dan Swasta, Rumah Sakit Paru (RSP), Balai Besar/Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BB/BKPM).
- d. Obat Anti Tuberkulosis (OAT) untuk penanggulangan Tuberkulosis disediakan oleh pemerintah dan diberikan secara cuma-cuma.
- e. Keberpihakan kepada masyarakat dan pasien TB.
- f. Penanggulangan TB dilaksanakan melalui penggalangan kerjasama dan kemitraan diantara sektor pemerintah, non pemerintah, swasta dan masyarakat melalui Forum Koordinasi TB.

- g. Penguatan manajemen program Penanggulangan TB ditujukan memberikan kontribusi terhadap penguatan sistem kesehatan nasional. dan
- h. Pelaksanaan program menerapkan prinsip dan nilai inklusif, proaktif, efektif, responsif, profesional dan akuntabel

## Bab V

### Pelaksanaan Strategi Penanggulangan dan Eliminasi Tuberkulosis di Daerah

#### Bagian Kesatu

#### Penguatan Komitmen dan Kepemimpinan Dalam Penanggulangan dan Eliminasi Tuberkulosis

##### Pasal 7

Penguatan komitmen dan kepemimpinan dalam penanggulangan dan eliminasi TB dilakukan melalui :

- a. penyusunan target Eliminasi TB di kota dengan mengacu pada target Eliminasi TB nasional;
- b. penyediaan anggaran yang memadai untuk Penanggulangan TB;
- c. pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan yang terlatih untuk mencapai target Eliminasi TB; dan/atau
- d. penyelenggaraan Penanggulangan TB berbasis kewilayahan.

#### Bagian Kedua

#### Peningkatan Akses Layanan Tuberkulosis yang Bermutu Dan Berpihak pada Pasien

##### Pasal 8

- (1) Peningkatan akses layanan TB yang bermutu dan berpihak pada pasien dilakukan melalui:
  - a. penyediaan layanan yang bermutu dalam penatalaksanaan TB yang diselenggarakan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan di wilayahnya;
  - b. optimalisasi jejaring layanan TB di Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik pemerintah dan swasta;
  - c. pelaksanaan sistem rujukan pasien TB mengikuti alur layanan TB yang ditetapkan oleh Pemerintah Kota;
  - d. pemenuhan dan penjaminan mutu obat yang digunakan untuk pengobatan TB;

- e. pembinaan teknis dan supervisi layanan TBC untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilaksanakan oleh Pemerintah Kota secara berjenjang; dan
  - f. penyediaan sanatorium untuk pasien TBC.
- (2) Pembinaan teknis dan supervisi layanan TB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e dilakukan dengan melibatkan organisasi profesi dan asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan.
- (3) Sanatorium sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f merupakan fasilitas untuk program layanan kuratif dan rehabilitatif medis dan sosial dalam jangka waktu tertentu yang dilaksanakan secara komprehensif bagi pasien TB yang memenuhi kriteria.
- (4) Kriteria pasien TB sebagaimana dimaksud pada ayat (3) meliputi:
- a. tidak memiliki tempat tinggal tetap;
  - b. tinggal dengan kelompok populasi berisiko dan tindakan pencegahan transmisi tidak bisa diselenggarakan;
  - c. tidak memiliki keluarga dan memerlukan pendampingan khusus;
  - d. memerlukan pemantauan khusus karena terjadinya efek samping atau adanya penyakit penyerta;
  - e. memiliki riwayat mangkir atau putus berobat secara berulang; dan/atau
  - f. kondisi kronis yang gagal diobati dengan pengobatan paling terkini yang tersedia.
- (5) Ketentuan mengenai penyelenggaraan sanatorium diatur dengan Peraturan Walikota.

### Bagian Ketiga

#### Intensifikasi Upaya Kesehatan Dalam Rangka Penanggulangan dan Eliminasi Tuberkulosis

##### Paragraf 1

##### Umum

##### Pasal 9

Intensifikasi upaya kesehatan dalam Penanggulangan dan eliminasi TB dilakukan melalui:

- (1) promosi kesehatan;

- (2) surveilan TB;
- (3) pengendalian faktor risiko;
- (4) penemuan dan pengobatan;
- (5) pemberian kekebalan; dan
- (6) pemberian obat pencegahan

#### Paragraf 2

#### Promosi Kesehatan

#### Pasal 10

- (1) Promosi kesehatan diselenggarakan oleh Pemerintah Kota dalam rangka meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan perubahan perilaku masyarakat mengenai TB.
- (2) Promosi kesehatan dilakukan secara berkesinambungan melalui kegiatan advokasi, komunikasi, dan mobilisasi sosial dengan jangkauan yang luas.
- (3) Untuk memperluas pemanfaatan layanan pencegahan dan pengobatan TB yang bermutu, upaya promosi kesehatan kepada masyarakat dilakukan melalui:
  - a. penyebarluasan informasi yang benar mengenai TB ke masyarakat secara masif melalui saluran komunikasi publik;
  - b. penyelenggaraan upaya perubahan perilaku masyarakat dalam pencegahan dan pengobatan TB;
  - c. pelibatan tokoh masyarakat, tokoh agama, dan influencer media sosial untuk menyebarkan materi komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai TB; dan
  - d. penyampaian informasi kepada masyarakat mengenai layanan TB yang sesuai standar.

#### Paragraf 3

#### Surveilans Tuberkulosis

#### Pasal 11

- (1) Surveilans TB merupakan pemantauan dan analisis sistematis terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit TB atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhinya untuk mengarahkan tindakan penanggulangan yang efektif dan efisien.

- (2) Surveilans TB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan dengan berbasis indikator dan berbasis kejadian.
- (3) Surveilans TB berbasis indikator sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditujukan untuk memperoleh gambaran yang akan digunakan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian program Penanggulangan TB.
- (4) Surveilans TB berbasis kejadian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditujukan untuk meningkatkan kewaspadaan dini dan tindakan respon terhadap terjadinya peningkatan TB resistan obat.

#### Pasal 12

- (1) Dalam penyelenggaraan Surveilans TB dilakukan pengumpulan data secara aktif dan pasif baik secara manual maupun elektronik.
- (2) Pengumpulan data secara aktif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pengumpulan data yang diperoleh langsung dari masyarakat atau sumber data lainnya.
- (3) Pengumpulan data secara pasif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pengumpulan data yang diperoleh dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

#### Paragraf 3

#### Pengendalian Faktor Risiko

#### Pasal 13

- (1) Pengendalian faktor risiko dilakukan melalui:
  - a. peningkatan derajat kesehatan perseorangan;
  - b. intervensi perubahan perilaku masyarakat;
  - c. peningkatan kualitas rumah tinggal pasien, perumahan, dan permukiman; dan
  - d. pencegahan dan pengendalian infeksi TB di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan ruang publik.
- (2) Pengendalian faktor risiko melibatkan seluruh sektor dan Pemangku Kepentingan terkait.

Paragraf 4  
Penemuan dan Pengobatan

Pasal 14

- (1) Penemuan dan pengobatan dilakukan melalui :
  - a. optimalisasi upaya penemuan kasus TB secara pasif intensif berbasis Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan secara aktif berbasis institusi dan komunitas;
  - b. pengobatan sesuai dengan standar dengan konsep pengobatan yang berpihak pada pasien; dan
  - c. penyediaan sarana diagnostik yang sensitif dan spesifik untuk penyakit TB oleh Pemerintah Daerah yang dapat diakses oleh seluruh masyarakat.
- (2) Penemuan kasus TB secara pasif intensif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilakukan melalui pemeriksaan pasien dengan gejala TB yang datang ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan terintegrasi dengan pelayanan kesehatan lainnya.
- (3) Penemuan kasus TB secara aktif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilakukan melalui :
  - a. pelacakan dan pemeriksaan kasus kontak oleh tenaga kesehatan dan kader kesehatan;
  - b. skrining secara massal terutama pada kelompok rentan dan kelompok berisiko; dan
  - c. skrining pada kondisi situasi khusus.
- (4) Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menemukan pasien TB wajib melaporkan kepada dinas kesehatan.
- (5) Pembayaran klaim jaminan kesehatan untuk pasien/kasus TB di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut hanya diberikan apabila sudah mendapatkan nomor register pelaporan dari dinas kesehatan.
- (6) Pengobatan sesuai dengan standar dengan konsep pengobatan yang berpihak pada pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b wajib dilaksanakan oleh setiap orang yang dinyatakan menderita TB.
- (7) Pengobatan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dengan menggunakan obat yang disediakan oleh Pemerintah Daerah.

- (8) Dalam menjalani pengobatan sebagaimana dimaksud pada ayat (7), pasien TB mendapatkan:
- a. pendampingan dari keluarga, komunitas, dan tenaga kesehatan;
  - b. dukungan psikologis, sosial, dan ekonomi yang diberikan oleh Pemerintah Daerah, dan nonpemerintah untuk memastikan keberlangsungan pengobatan sampai selesai; dan
  - c. perlindungan terhadap stigma dan diskriminasi terkait dengan penyakitnya.

#### Pasal 15

Dalam rangka memastikan keberhasilan pengobatan pasien TB dilakukan:

- a. optimalisasi upaya penanganan kasus TB sesuai standar untuk meningkatkan kualitas pelayanan;
- b. upaya penyediaan layanan TB yang ramah dan berpihak pada kebutuhan pasien;
- c. sistem pelacakan aktif untuk pasien TB yang mangkir dan berhenti berobat sebelum waktunya;
- d. peningkatan jejaring pelacakan dengan melibatkan kader kesehatan dan tokoh masyarakat; dan
- e. pelaporan hasil pengobatan kasus TB oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan menggunakan format atau sistem yang standar.

#### Paragraf 5

#### Pemberian Kekebalan

#### Pasal 16

Pemberian kekebalan dilakukan melalui imunisasi yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Paragraf 6

#### Pemberian Obat Pencegahan

#### Pasal 17

- (1) Pemberian obat pencegahan ditujukan kepada kontak dengan pasien TB, orang dengan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)/*Acquired Immuno Deficiency Sndrome* (AIDS) yang terbukti tidak menderita TB, dan orang yang mengalami penurunan fungsi sistem imun.

- (2) Pemerintah Daerah harus memastikan pemberian obat pencegahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang dilaksanakan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan sesuai standar.
- (3) Obat pencegahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menggunakan obat yang disediakan oleh Pemerintah Daerah.

#### Bagian Keempat

### Peningkatan Penelitian, Pengembangan, dan Inovasi di Bidang Penanggulangan dan Eliminasi Tuberkulosis

#### Pasal 18

- (1) Peningkatan penelitian, pengembangan, dan inovasi di bidang Penanggulangan dan Eliminasi TB dilakukan melalui:
  - a. advokasi untuk pelaksanaan penelitian dan pengembangan di bidang Penanggulangan dan Eliminasi TB; dan
  - b. fasilitasi penelitian dan pengembangan untuk mendukung Penanggulangan dan Eliminasi TB.
- (2) Penelitian, pengembangan, dan inovasi yang mendukung Penanggulangan dan Eliminasi TB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
  - a. penelitian, pengembangan, dan inovasi terkait alat diagnostik, obat, dan vaksin yang berkontribusi pada percepatan Eliminasi TB;
  - b. penelitian, pengembangan, dan inovasi terkait pemberian layanan dan upaya Penanggulangan TB yang lebih efektif dan tepat guna; dan
  - c. penelitian, pengembangan, dan inovasi terkait upaya perubahan perilaku masyarakat yang dapat mendukung Eliminasi TB.

#### Bagian Kelima

### Peningkatan Peran Serta Komunitas, Pemangku Kepentingan, dan Multisektor Lainnya dalam Penanggulangan dan Eliminasi Tuberkulosis

## Pasal 19

- (1) Peningkatan peran serta komunitas, Pemangku Kepentingan, dan multisektor lainnya dalam Penanggulangan dan Eliminasi TB dilakukan melalui:
  - a. pembentukan wadah kemitraan; dan
  - b. mendorong keterlibatan dalam Penanggulangan TB mulai dari perencanaan, pendanaan, dan pelaksanaan, serta pemantauan dan evaluasi dalam rangka peningkatan sumber daya yang dibutuhkan.
- (2) Peningkatan peran serta komunitas, Pemangku Kepentingan, dan multisektor lainnya dalam Penanggulangan TB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan berkoordinasi dengan Pemerintah Kota

### Bagian Keenam

#### Penguatan Manajemen Program Tuberkulosis

##### Paragraf 1

##### Umum

## Pasal 20

Penguatan manajemen program dilakukan melalui:

- (1) penguatan fungsi perencanaan dan pemantauan program;
- (2) penguatan kapasitas sumber daya manusia dalam pengelolaan program Penanggulangan TB;
- (3) penguatan sistem pendanaan TB;
- (4) penguatan sistem manajemen pengelolaan obat TB; dan
- (5) peningkatan motivasi dukungan Penanggulangan TB.

##### Paragraf 2

#### Penguatan Fungsi Perencanaan dan Pemantauan Program

## Pasal 21

Penguatan fungsi perencanaan dan pemantauan program tuberkulosis dilakukan melalui:

- a. penyusunan analisis kebutuhan dan rencana pemenuhan ketenagaan terkait upaya percepatan Penanggulangan TB secara berkala;
- b. perencanaan, pemantauan, dan analisis ketersediaan logistik TB di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah Kota, dan swasta; dan

- c. penyusunan laporan tahunan kemajuan Penanggulangan TB setelah mendapatkan tanggapan dari Pemangku Kepentingan dan multisektor.

### Paragraf 3

#### Penguatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Dalam Pengelolaan Program Penanggulangan Tuberkulosis

##### Pasal 22

Penguatan kapasitas sumber daya manusia dalam pengelolaan program Penanggulangan TB dilakukan melalui:

- a. penyediaan tenaga terlatih dalam pengelolaan program Penanggulangan TB dan penyediaan tenaga kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
- b. pemetaan tenaga kesehatan secara rutin;
- c. perencanaan dan penganggaran kegiatan pelatihan bagi tenaga dalam pengelolaan program Penanggulangan TB dan tenaga kesehatan di kelurahan; dan
- d. memastikan materi mengenai TB terintegrasi dalam semua kurikulum pendidikan tenaga kesehatan.

### Paragraf 4

#### Penguatan Sistem Pendanaan Tuberkulosis

##### Pasal 23

- (1) Penguatan sistem pendanaan TB dilakukan melalui :
  - a. pendanaan pelayanan kesehatan masyarakat terkait obat anti TB, sistem transportasi spesimen, dan reagen alat diagnostik dianggarkan melalui program nasional; dan
  - b. pendanaan pelayanan kesehatan perseorangan pasien TB dibebankan kepada pendanaan jaminan kesehatan.
- (2) Pendanaan pelayanan kesehatan perseorangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b meliputi semua pendanaan untuk pelayanan kesehatan yang diberikan berdasarkan indikasi medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### Paragraf 5

#### Penguatan Sistem Manajemen Pengelolaan Obat Tuberkulosis

##### Pasal 24

Penguatan sistem manajemen pengelolaan dilakukan melalui :

- a. penyediaan seluruh kebutuhan obat TB yang diperlukan dalam mencapai target Eliminasi TB, termasuk obat untuk terapi pencegahan TB;
- b. penjaminan mutu obat untuk pengobatan TB;
- c. mendorong produksi obat TB di dalam negeri yang bermutu dan terjangkau; dan
- d. menyederhanakan tata aturan pengadaan obat dan sarana diagnostik TB yang belum dapat diproduksi di dalam negeri sesuai asas efisiensi anggaran.

#### Paragraf 6

#### Peningkatan Motivasi Dukungan Penanggulangan Tuberkulosis

#### Pasal 25

Peningkatan motivasi dukungan Penanggulangan TB dilakukan melalui pemberian penghargaan kepada:

- a. Pemerintah Daerah dengan kinerja terbaik dalam Penanggulangan TB;
- b. Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan kader kesehatan yang berkontribusi besar terhadap Penanggulangan TB di wilayahnya; dan
- c. lembaga pemerintah, swasta maupun perseorangan yang berkontribusi besar dalam pencapaian target Penanggulangan TB.

#### Bab VI

#### Tanggung Jawab Pemerintah Daerah

#### Pasal 26

- (1) Dalam pelaksanaan Penanggulangan TB, Pemerintah Daerah bertanggung jawab:
  - a. mencantumkan indikator TB dalam rencana pembangunan jangka menengah daerah dan rencana strategis Pemerintah Daerah sebagai salah satu prioritas kesehatan di daerah;
  - b. mengoordinasikan keseluruhan pelaksanaan kegiatan Penanggulangan TB di wilayahnya;
  - c. menyediakan pendanaan kegiatan Penanggulangan TB dari beberapa sumber;

- d. menyediakan dan meningkatkan sumber daya manusia untuk mencapai target standar pelayanan minimal terkait Penanggulangan TB;
  - e. melakukan penemuan kasus TB secara aktif dan cepat dengan melibatkan masyarakat;
  - f. memastikan semua orang yang terdiagnosis TB tercatat dan dilaporkan dalam sistem informasi TB;
  - g. memberikan pengobatan pencegahan TB kepada populasi rentan;
  - h. melakukan mitigasi dampak psikososial dan ekonomi yang dihadapi pasien TB dan keluarganya; dan
  - i. menyusun dan menetapkan kebijakan dari Walikota untuk mendorong pasien TB menjalankan pengobatan sampai selesai.
- (2) Mitigasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf h dilaksanakan dengan cara:
- a. memberikan jaminan kesehatan dan perlindungan sosial;
  - b. menghilangkan diskriminasi dalam memberikan layanan dan dalam kehidupan masyarakat;
  - c. menyelenggarakan program pemberdayaan untuk meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga;
  - d. menjamin hak pasien dan penyintas TBC untuk mendapat pekerjaan yang layak; dan
  - e. mengikutsertakan pasien dan penyintas TBC resisten obat dalam upaya Penanggulangan TBC sebagai sarana untuk pemberdayaan ekonomi dan sosial.

## Bab VII

### Koordinasi Percepatan Penanggulangan Tuberkulosis

#### Pasal 27

- (1) Dalam rangka koordinasi percepatan Penanggulangan TB, dibentuk tim percepatan Penanggulangan TBC.
- (2) Tim percepatan Penanggulangan TBC sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki tugas mengoordinasikan, mensinergikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan percepatan Eliminasi TB secara efektif, menyeluruh, dan terintegrasi.

- (3) Tim percepatan Penanggulangan TB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas Pengarah dan Pelaksana.

Pasal 28

- (1) Pengarah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 ayat (3) memiliki tugas:
- a. memberikan arahan terkait dengan kebijakan percepatan Penanggulangan TB;
  - b. memberikan pertimbangan, saran, dan rekomendasi penyelesaian kendala dan hambatan dalam percepatan Penanggulangan TB; dan
  - c. melaporkan pelaksanaan percepatan Penanggulangan TB kepada Walikota 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun dan/atau sewaktu-waktu apabila diperlukan.
- (2) Pelaksana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 ayat (3) memiliki tugas:
- a. menyusun rencana kerja tahunan untuk mencapai target Eliminasi TB;
  - b. menyediakan dan mengoptimalkan sumber daya dalam rangka percepatan Penanggulangan TB;
  - c. mengoordinasikan dan mengendalikan pelaksanaan percepatan Penanggulangan TB;
  - d. melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan percepatan Penanggulangan TB; dan
  - e. melaporkan pelaksanaan percepatan Penanggulangan TB kepada Pengarah 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun dan/atau sewaktu-waktu apabila diperlukan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Pelaksana dibantu oleh sekretariat yang secara fungsional dilakukan oleh salah satu unit kerja Dinas Kesehatan yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 29

- (1) Pemerintah Kota membentuk tim percepatan Penanggulangan TB di tingkat Kecamatan dan Kelurahan.
- (2) Tim percepatan Penanggulangan TB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki tugas mengoordinasikan, mensinergikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan

percepatan Eliminasi TB secara efektif, menyeluruh, dan terintegrasi dengan melibatkan lintas sektor di daerah.

- (3) Tim percepatan Penanggulangan TB di tingkat kota ditetapkan oleh Walikota.

## Bab VIII

### Peran Serta Masyarakat

#### Pasal 30

- (1) Masyarakat berperan serta dalam Penanggulangan TB berdasarkan prinsip kemitraan.
- (2) Peran serta masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa :
  - a. menyelenggarakan kegiatan Penanggulangan TB untuk mendukung upaya yang dilakukan Pemerintah Daerah, khususnya yang bersifat promotif, preventif, dan rehabilitatif;
  - b. menyediakan dukungan untuk pasien TB yang bersifat komplementer;
  - c. mencegah terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap kasus TB di masyarakat;
  - d. memberikan masukan dalam penyusunan kebijakan terkait dengan Penanggulangan TB; dan
  - e. membantu melaksanakan mitigasi bersama Pemerintah Daerah terhadap dampak psikososial dan ekonomi yang dihadapi pasien TB resisten obat dan keluarga.

## Bab IX

### Pemantauan, Evaluasi, dan Pelaporan

#### Pasal 31

- (1) Dalam pelaksanaan strategi Penanggulangan dan Eliminasi TB dilakukan:
  - a. pemantauan;
  - b. evaluasi; dan
  - c. pelaporan
- (2) Pemantauan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilakukan untuk memastikan berjalannya kegiatan percepatan Penanggulangan dan Eliminasi TBC.

- (3) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dilakukan untuk memastikan tercapainya target percepatan Penanggulangan dan Eliminasi TBC.
- (4) Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dilakukan untuk mengetahui perkembangan pelaksanaan kegiatan percepatan Penanggulangan dan Eliminasi TBC.

#### Pasal 32

- (1) Walikota/pimpinan lembaga terkait melakukan pemantauan dan evaluasi serta menyusun laporan pelaksanaan kegiatan percepatan Penanggulangan dan Eliminasi TB.
- (2) wali kota melakukan pemantauan dan evaluasi serta menyusun laporan pelaksanaan kegiatan percepatan Penanggulangan dan Eliminasi TB.
- (3) Penyampaian laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan 1 (satu) kali dalam 6 (enam) bulan atau sewaktu-waktu apabila diperlukan.
- (4) Hasil evaluasi Penanggulangan TB di tingkat daerah dilaporkan oleh masing-masing lembaga terkait kepada Walikota.

#### Bab X

##### Pendanaan

#### Pasal 33

- (1) Pelaksanaan upaya Penanggulangan TBC dibebankan pada anggaran pendapatan dan belanja negara, anggaran pendapatan dan belanja daerah, serta sumber lain yang sah dan tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pendanaan upaya Penanggulangan TBC dipenuhi melalui komitmen pendanaan Pemerintah Daerah, dan pengelolaan pendanaan melalui mekanisme program jaminan kesehatan yang tepat sasaran, serta mobilisasi pendanaan dari sumber lain yang sah.

#### Bab XI

##### Ketentuan Penutup

#### Pasal 34

Peraturan Daerah ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Daerah ini dengan penempatannya dalam Lembaran Daerah Kota Tegal.

Ditetapkan di Tegal  
pada tanggal  
WALIKOTA TEGAL

.....

Diundangkan di Tegal  
pada tanggal .....

SEKRETARIS DAERAH KOTA TEGAL

.....

LEMBARAN DAERAH KOTA TEGAL TAHUN 2021 NOMOR ....

PENJELASAN  
ATAS  
PERATURAN DAERAH KOTA TEGAL  
NOMOR TAHUN 2021  
TENTANG  
PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS

I. UMUM

Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis*, penyakit tuberkulosis sampai saat ini masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Kota Tegal. Berdasarkan berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Tegal pada tahun 2016 jumlah kasus TB adalah 313 kasus dan tahun 2020 jumlah kasus TB adalah 663 kasus.

Penanggulangan tuberkulosis merupakan bagian dari pelaksanaan pembangunan kesehatan. Dalam upaya penanggulangan tuberkulosis, harus dilaksanakan secara terpadu, komprehensif dan berkesinambungan, hal tersebut guna melindungi masyarakat dari penularan tuberkulosis serta mengurangi dampak sosial, budaya dan ekonomi akibat penyakit tuberkulosis.

Dalam usaha untuk mengurangi kasus memerlukan percepatan eliminasi TBC yaitu pengurangan terhadap TBC secara berkesinambungan guna menekan angka penyakit serendah mungkin agar tidak menjadi masalah kesehatan.

Sesuai dengan kewenangan Pemerintah Daerah yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, Pasal 12 menyebutkan Kesehatan merupakan Pelayanan dasar dalam Urusan Pemerintahan Wajib yang harus diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah, selain itu berdasarkan Pasal 54 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan secara bertanggungjawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif, mendasarkan pada kewenangan tersebut Pemerintah Kota Tegal perlu menetapkan strategi dan kebijakan yang tepat dalam penanggulangan tuberkulosis dalam suatu kebijakan daerah berupa Peraturan Daerah.

Dalam Peraturan Daerah ini selain mengatur hal-hal tersebut diatas juga mengatur tentang strategi upaya penanggulangan dan eliminasi tuberkulosis melalui penguatan komitmen dan kepemimpinan dalam program tuberkulosis, peningkatan akses layanan tuberkulosis yang bermutu dan berpihak pada pasien, intensifikasi upaya kesehatan dalam rangka Penanggulangan tuberkulosis, peningkatan penelitian, pengembangan, dan inovasi di bidang Penanggulangan tuberkulosis, peningkatan peran serta komunitas, Pemangku Kepentingan, dan multisektor lainnya dalam Penanggulangan tuberkulosis, dan penguatan manajemen program tuberkulosis.

## II. PASAL DEMI PASAL

Pasal 1

Cukup Jelas

Pasal 2

Cukup Jelas

Pasal 3

Cukup Jelas

Pasal 4

Cukup Jelas

Pasal 5

Cukup Jelas

Pasal 6

Cukup Jelas

Pasal 7

Cukup Jelas

Pasal 8

Cukup Jelas

Pasal 9

Cukup Jelas

Pasal 10

Cukup Jelas

Pasal 11

Cukup Jelas

Pasal 12

Cukup Jelas

Pasal 13  
Cukup Jelas

Pasal 14  
Cukup Jelas

Pasal 15  
Cukup Jelas

Pasal 16  
Cukup Jelas

Pasal 17  
Cukup Jelas

Pasal 18  
Cukup Jelas

Pasal 19  
Cukup Jelas

Pasal 20  
Cukup Jelas

Pasal 21  
Cukup Jelas

Pasal 22  
Cukup Jelas

Pasal 23  
Cukup Jelas

Pasal 24  
Cukup Jelas

Pasal 25  
Cukup Jelas

Pasal 26  
Cukup Jelas

Pasal 27  
Cukup Jelas

Pasal 28  
Cukup Jelas

Pasal 29  
Cukup Jelas

Pasal 30  
Cukup Jelas

Pasal 31

Cukup Jelas

Pasal 32

Cukup Jelas

Pasal 33

Cukup Jelas

Pasal 34

Cukup Jelas