

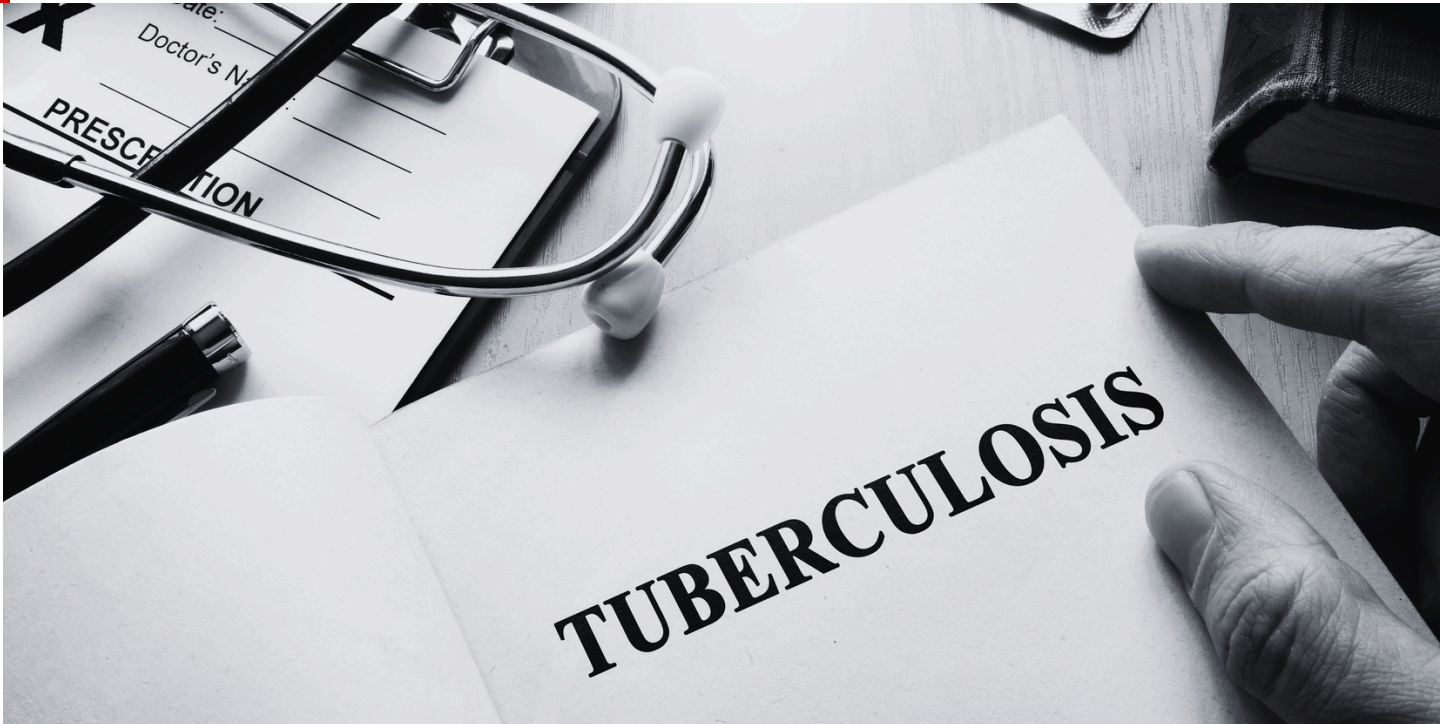
Sinergi & Akselerasi Komunitas dan Pemerintah 2024 - 2029 dalam Periode Akhir Eliminasi TBC 2030

Memo Kebijakan ini disusun oleh STPI bersama mitra penanggulangan TBC untuk mengidentifikasi tantangan kritis serta peluang strategis dalam mempercepat eliminasi TBC di Indonesia, berdasarkan potret situasi hingga pertengahan tahun 2024. Memo ini merekomendasikan strategi dan kebijakan berbasis bukti untuk memperkuat upaya eliminasi TBC, menurunkan beban kesakitan, serta mengurangi angka kematian akibat TBC yang dapat diterapkan pada awal periode pemerintahan 2024-2029. Rekomendasi dalam memo kebijakan ini merupakan hasil analisis situasi serta masukan dari pemangku kepentingan terkait TBC (Lampiran 1: Daftar Peserta Diskusi Publik). Penyusunan memo ini mengikuti kerangka Strategi Nasional (Stranas) Penanggulangan TBC di Indonesia 2020-2024 dan rencana interim 2025-2026.

Strategi Nasional Penanggulangan TBC

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





Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia, dengan beban kasus tertinggi kedua di dunia, di mana diperkirakan insiden kasus TBC mencapai 1.090.000 kasus pada tahun 2023. Pemerintah Indonesia telah menunjukkan komitmen melalui kebijakan seperti Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 dan penetapan TBC sebagai program prioritas untuk menurunkan kasus sebesar 50% pada tahun 2029.

Meskipun notifikasi kasus telah meningkat pada tahun 2023 dan 2024, berbagai tantangan masih menghambat upaya eliminasi TBC. Tantangan dalam upaya eliminasi TBC meliputi akses layanan diagnostik TBC di fasilitas kesehatan primer yang masih terbatas, kapasitas tenaga kesehatan yang belum optimal, serta kurangnya integrasi sistem informasi. Di sektor swasta dan layanan primer, tata laksana TBC di beberapa fasilitas kesehatan juga masih belum sesuai dengan standar.

Selain itu, pendanaan domestik yang mendukung kegiatan untuk memperkuat upaya eliminasi TBC berbasis komunitas, termasuk untuk kegiatan investigasi kontak, penyuluhan, pendampingan pengobatan, pencarian dan pencegahan gagal pengobatan yang saat ini masih terbatas dan sangat bergantung pada hibah internasional. Tantangan yang dihadapi termasuk terbatasnya pelatihan dan sistem insentif bagi kader atau tenaga kesehatan komunitas yang berkelanjutan.

Hal lain yang menjadi hambatan bagi pasien mendapatkan pengobatan sampai selesai adalah keterbatasan perlindungan sosial bagi orang yang terdampak TBC, serta upaya promotif dan pencegahan terhadap stigma serta diskriminasi yang berdampak negatif pada penemuan kasus dan keberhasilan pengobatan (lampiran 2). **Tantangan-tantangan tersebut menunjukkan perlunya langkah yang lebih terintegrasi dan berkelanjutan untuk mencapai eliminasi TBC pada tahun 2030.**

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

Peninjauan kembali target dan mandat Peraturan Presiden No. 67 tahun 2021 untuk dapat menyesuaikan upaya pencapaian eliminasi TBC sebagai Quick Wins Pemerintah di periode 2025-2029

Dikeluarkannya Peraturan Presiden No. 67 Tahun 2021 memberikan arahan yang lebih kuat kepada berbagai pihak untuk berkontribusi dalam upaya penanggulangan TBC serta menunjukkan komitmen prioritas pemerintah terhadap masalah TBC di Indonesia. Namun, **target akhir yang tercantum dalam lampiran peraturan tersebut adalah tahun 2024, sehingga diperlukan peninjauan kembali serta penyusunan target dan mandat baru agar Peraturan Presiden ini dapat menjadi pedoman teknis lintas sektor dalam pencapaian Quick Wins TBC.**

Sejak peraturan ini disahkan pada tahun 2021, Pemerintah Indonesia telah melakukan upaya pemantauan dan evaluasi terhadap kemajuan yang dicapai sesuai dengan mandat yang tertulis. Namun, pemantauan dan evaluasi ini dilakukan terbatas

dengan memetakan kegiatan terkait penanggulangan TBC, yang dilakukan lintas kementerian/lembaga, dan belum menjadi bahan untuk koordinasi strategis. Ke depannya, diperlukan struktur koordinasi yang memiliki wewenang dan kapasitas lebih besar untuk menjalankan fungsi pemantauan dan melakukan orkestrasi kegiatan lintas kementerian. Fungsi pemantauan ini dapat dijalankan oleh kementerian/lembaga yang memiliki kemampuan untuk mengkoordinasikan seluruh kementerian atau secara spesifik dilakukan oleh Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Republik Indonesia (BAPPENAS). BAPPENAS dapat menjalankan peran ini dengan melacak alokasi anggaran sesuai dengan tagging anggaran masing-masing kementerian/lembaga.

Penguatan komitmen pemerintah daerah dibawah koordinasi Kementerian Dalam Negeri sebagai struktur pemerintahan yang terdekat dengan masyarakat.

Peraturan Presiden No. 67 Tahun 2021 memberikan mandat kepada pemerintah daerah untuk berkontribusi dalam upaya penanggulangan TBC. Pertemuan bulanan yang diinisiasi oleh Kementerian Dalam Negeri (Kemendagri) telah terlaksana setiap bulan sejak tahun 2024. Sebagaimana disampaikan oleh Tim Kerja TBC dalam rapat koordinasi bulanan, kontribusi pemerintah daerah untuk mempercepat pencapaian indikator-indikator penanggulangan TBC semakin membaik pasca dilaksanakannya pertemuan koordinasi bulanan.



Pemantauan rutin yang dilakukan Kemendagri perlu dikuatkan untuk memastikan TBC menjadi prioritas pemerintah daerah yang dapat ditunjukkan melalui komitmen perencanaan dan anggaran (RPJMD, RAPBD), serta berbagai kebijakan penanggulangan TBC. Selain itu, upaya pemantauan perlu diperkuat untuk memastikan anggaran dan kebijakan yang dialokasikan oleh daerah sesuai dengan kebutuhan masing-masing daerah. Mekanisme insentif bagi para kepala daerah yang dapat melakukan upaya penanggulangan TBC dengan baik juga diperlukan untuk memperkuat implementasi di daerah secara nasional.



Pemerintah memberikan dana insentif fiskal untuk daerah yang sukses melakukan percepatan penurunan stunting di tahun berjalan 2024. Dana tersebut diberikan oleh Wakil Presiden (Wapres) Ma'ruf Amin kepada 20 penerima yang mewakili 130 pemerintah daerah yang terdiri atas sembilan provinsi, 99 kabupaten, dan 22 kota pada Rapat Koordinasi Nasional (Rakornas) Percepatan Penurunan Stunting di Jakarta, Rabu. (Antara News, September 2024)

Strategi 2 : Peningkatan akses terhadap layanan TBC bermutu dan berpihak pada pasien.

Integrasi dan penguatan jejaring pelayanan TBC di Fasilitas Kesehatan swasta dengan publik, khususnya di tingkat primer.

Integrasi melalui pendekatan *Public Private Mix* (PPM) telah diimplementasi oleh pemerintah Indonesia untuk meningkatkan akses terhadap layanan TBC. Namun, pengintegrasian ini masih dapat diperkuat dengan memastikan kesiapan fasilitas kesehatan swasta terutama di tingkat primer (FKTP), dalam hal ini klinik dan Dokter Praktek Mandiri (DPM), untuk menyediakan layanan TBC sesuai standar lebih dini. **Dibutuhkan peningkatan kesiapan FKTP swasta untuk dapat berkontribusi dalam penanggulangan TBC oleh pemerintah, seperti:**

1. Memastikan ketersediaan dan akses terhadap pemeriksaan diagnostik, mekanisme pengiriman sputum, pengobatan, pencatatan dan pelaporan, serta dukungan untuk memantau pengobatan hingga selesai.
2. Melakukan upaya interoperabilitas sistem informasi juga penting dilakukan untuk mengurangi beban administrasi pada fasilitas kesehatan dalam pencatatan dan pelaporan.
3. Melakukan penyederhanaan mekanisme kerja sama dan persyaratan bagi FKTP swasta untuk bergabung dalam jejaring District Public Private Mix (DPPM) guna meningkatkan kolaborasi dan efektivitas penanganan TBC di sektor layanan kesehatan swasta.
4. Memperkuat asistensi teknis bagi petugas lapangan PPM sangat penting untuk memastikan fasilitas kesehatan swasta, khususnya Klinik dan Dokter Praktek Mandiri (DPM) agar memiliki kapasitas dalam menyediakan layanan TBC secara komprehensif, mulai dari skrining, notifikasi, pengobatan hingga selesai, serta pencegahan. Sebelumnya, pendekatan melalui Technical Officer, Field Officer, atau Field Executive PPM yang didanai oleh donor telah dilakukan untuk memberikan asistensi teknis kepada fasilitas layanan kesehatan sekaligus meningkatkan kapasitas teknis dalam penanganan TBC di Klinik Swasta dan DPM. Pendekatan ini dapat diadopsi dan diperkuat dengan kolaborasi pendanaan pemerintah dan donor guna memastikan kesinambungan asistensi teknis berjalan secara efektif.

PUBLIC PRIVATE MIX

DALAM DRAMA MUSICAL & FILM DOKUMENTER



Penguatan mekanisme rujukan balik dari Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) ke FKTP dengan mempertimbangkan mekanisme pembiayaan, manajemen kasus, pelibatan komunitas, dan multisektor.

Penguatan mekanisme rujukan balik dari FKRTL dan FKTP perlu dilakukan dengan mempertimbangkan aspek pembiayaan, pelibatan komunitas, dan multisektor. Saat ini, notifikasi dan pengobatan kasus TBC cukup banyak dilaporkan oleh FKRTL, yaitu sebesar 58% dari total notifikasi kasus TBC pada April 2024. Idealnya, kasus-kasus tersebut dapat dirujuk kembali ke FKTP untuk mengurangi beban biaya pengobatan TBC. Namun, **sistem pembayaran berbasis kapitasi di FKTP dan berbasis kasus dengan sistem Indonesia Case Based Groups (INACBGs) di FKRTL dikhawatirkan memberikan insentif terbalik yang meningkatkan rujukan ke FKRTL dan menurunkan rujukan balik ke FKTP.** Di sisi lain, FKTP sering kali tidak menindaklanjuti kasus yang telah dirujuk balik, sehingga proses rujukan tidak berjalan optimal. Mekanisme penguatan rujukan balik dapat dilakukan dengan memberikan aturan pembiayaan

yang memotivasi FKTP untuk menyediakan layanan TBC sesuai kompetensi, dan mendorong rujukan balik dari FKRTL ke FKTP. Selain itu, dari sisi pasien, beberapa di antaranya tidak menyelesaikan pengobatan atau kembali ke FKTP setelah dirujuk oleh FKRTL. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor, seperti jarak, keramahan layanan, dan tingkat kepercayaan terhadap FKTP (Wawancara langsung STPI, 2024). Oleh karena itu, diperlukan mekanisme manajemen kasus, untuk memastikan pasien yang dirujuk kembali ke layanan kesehatan primer sesuai kebutuhan dan preferensi pasien, serta mendapatkan upaya pemantauan dan pendampingan pengobatan sampai selesai. Hal ini dapat dilakukan dengan melibatkan kolaborasi antara Dinas Kesehatan, Fasilitas Kesehatan, Puskesmas, kader komunitas, termasuk aparat kecamatan dan desa untuk memastikan pasien menyelesaikan pengobatan.

Pengembangan mekanisme perlindungan sosial untuk orang terdampak TBC melalui berbagai pendekatan, baik melalui mekanisme yang telah ada saat ini, maupun perumusan mekanisme baru.

Meskipun bukti telah secara konsisten menunjukkan TBC sebagai penyakit katastrofik (80,7% untuk TBC resisten obat; 37,5% untuk TBC sensitif obat) (Andono et al., 2021), keterbatasan ruang fiskal menjadi salah satu hambatan bagi pemerintah dalam pengembangan perlindungan sosial bagi orang terdampak TBC. Mendesain program yang efisien dan efektif, dengan memilih komponen tertentu, durasi pemberian manfaat, serta penyesuaian

penerima manfaat dengan tetap mengedepankan asas keadilan. Sebagai contoh, pemerintah dapat membuat prioritas penerima manfaat dengan mempertimbangkan kondisi sosial ekonomi dan keparahan yang dialami oleh pasien.

Selain itu, perluasan manfaat pada program perlindungan sosial yang tengah berjalan juga dapat menjadi opsi, seperti Program Keluarga Harapan

(PKH), Program Asistensi Rehabilitasi Sosial (ATENSI), Program Sembako atau Bantuan Pangan non Tunai (BPNT), dan program lainnya. Opsi ini untuk menginklusi pasien TBC dengan memanfaatkan program yang sudah berjalan sehingga dapat mengefisienkan waktu dan sumber daya, karena tidak perlu mengembangkan sistem atau institusi yang baru.

Pemerintah Pusat dan Daerah dapat berbagi peran dalam menyediakan perlindungan sosial untuk orang terdampak TBC. Peran Pemerintah Pusat dapat difokuskan pada pemberian perlindungan sosial

untuk tunjangan transportasi dan suplemen/nutrisi, disebabkan anggaran yang dibutuhkan sangat besar. Sementara, peran Pemerintah Daerah dapat difokuskan pada pemberian makanan sehari-hari dan hal terkait ketenagakerjaan. Hal tersebut karena pemerintah daerah memiliki pemahaman yang lebih baik terkait kondisi dan preferensi komunitas setempat, yang memungkinkan pengelolaan yang lebih tepat sasaran. Misalnya, jenis makanan tambahan dapat disesuaikan dengan bahan lokal yang lebih terjangkau dan mudah diakses.

Strategi 3: Optimalisasi Upaya Promosi dan Pencegahan, Pemberian Pengobatan Pencegahan Tuberkulosis, serta Pengendalian Infeksi

Penguatan upaya pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) dengan pengintegrasian pada upaya investigasi kontak dan Active Case Findings (ACF) serta penguatan komunikasi mengenai TPT.



Saat ini, upaya masif untuk peningkatan capaian TPT perlu dilakukan, salah satunya melalui integrasi pemberian TPT dan investigasi kontak. Pengintegrasian ini dapat dilakukan pada akhir fase investigasi kontak, di mana mereka yang memenuhi syarat untuk TPT secara langsung mendapatkan rekomendasi dan tindak lanjut untuk TPT. Sama halnya dengan ACF, skrining yang dilakukan dalam ACF dapat memberikan ruang untuk pemberian TPT bagi mereka yang memenuhi syarat. **Penguatan strategi komunikasi yang digunakan juga sebaiknya menjadi perhatian agar TPT dapat diterima dengan mudah oleh masyarakat.**

Pengurangan stigma dan diskriminasi TBC melalui penguatan sistem pelibatan masyarakat, promosi dan perlindungan hak orang terdampak TBC, kesetaraan gender, serta inklusi pada kelompok rentan dan populasi kunci.

Pemerintah Indonesia perlu berinvestasi untuk mengatasi stigma, diskriminasi, dan pelanggaran hak asasi manusia yang dihadapi oleh orang-orang yang terdampak TBC sebagai aspek penting untuk memastikan keberhasilan upaya pencegahan dan pengobatan sampai selesai. Pemerintah perlu memastikan ketersediaan sumber daya dan pembiayaan untuk mengimplementasikan Rencana Aksi TBC Nasional terkait Community Right and Gender (CRG) yang terintegrasi ke dalam Strategis Nasional Penanggulangan TBC (Stranas TBC). Kementerian kesehatan juga perlu memiliki focal point untuk memastikan implementasi dan pemantauan untuk menanggulangi dan mencegah isu stigma dan diskriminasi.

Diperlukan strategi komunikasi risiko dan perilaku, pendidikan dan konseling, yang diperkuat oleh kampanye literasi luas tentang pengobatan TB dan hak asasi manusia untuk publik dan tenaga kesehatan. Pengurangan stigma TBC di tempat kerja dapat berkontribusi pada stabilitas sosial-ekonomi bagi orang yang terdampak TBC, serta melindungi tenaga kesehatan dan orang dengan TBC dari pelanggaran hak asasi manusia di tempat kerja. Hal ini memerlukan penguatan kerangka hukum dan kebijakan, mekanisme pengaduan serta umpan balik, serta kemitraan untuk peningkatan pemahaman di berbagai sektor termasuk sektor tenaga kerja dan pendidikan. Penguatan implementasi dari Peraturan Menteri Ketenagakerjaan No 13 Tahun 2022 tentang Penanggulangan TBC di tempat kerja dengan kolaborasi implementasi bersama Kementerian Perindustrian dan Kementerian Kesehatan menjadi upaya krusial.

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

Penguatan peran serta pemerintah Indonesia dalam melakukan advokasi dan diplomasi global untuk memastikan inovasi, suplai global, dan harga yang terjangkau untuk obat, diagnostik, dan vaksin untuk TBC.

Pemerintah Indonesia untuk terus berupaya mendorong keadilan akses dan keterjangkauan inovasi dengan menyeimbangkan kerja sama dan memperkuat tata kelola kesehatan global. **Kehadiran Indonesia dalam advokasi dan diplomasi global diharapkan mampu membuat Indonesia menjadi negara prioritas dalam melakukan kerjasama untuk penelitian dan produksi dalam negara, disamping sebagai penerima rantai pasok global.**

Penguatan adopsi inovasi teknologi berdasarkan hasil penelitian yang diterjemahkan menjadi kebijakan nasional.

Pemerintah Indonesia telah menunjukkan kesigapan dalam adopsi inovasi global menjadi implementasi nasional. Hal ini ditunjukkan dengan Indonesia menjadi salah satu negara pertama yang mengadopsi paduan pengobatan yang lebih singkat untuk pasien TBC RO. Kedepannya, **Pemerintah Indonesia perlu untuk secara lebih sigap dan tanggap untuk mengadopsi rekomendasi global yang didukung oleh kebijakan nasional dan memastikan mekanisme implementasi yang dapat memastikan akses dan keterjangkauan inovasi tersebut pada populasi yang membutuhkan.**



Penguatan produksi dalam negeri dan translasi penelitian dalam negeri menjadi kebijakan.

Sebagian besar logistik TBC masih bergantung pada rantai pasok global. Penguatan penelitian dalam negeri akan memperkuat produksi logistik dalam negeri, sehingga sebaiknya Indonesia mulai bertransisi menuju penguatan logistik nasional dengan terlebih dahulu mendukung penguatan penelitian dalam negeri. Terdapat banyak peneliti Indonesia yang berfokus pada penanggulangan TBC, namun hanya sebagian kecil dari penelitian mereka yang kemudian diadopsi atau diterjemahkan oleh Indonesia menjadi dasar kebijakan. **Penguatan infrastruktur, kapasitas sumber daya manusia, mekanisme insentif, pendanaan, dan mekanisme penerjemahan hasil penelitian menjadi kebijakan adalah hal-hal yang dapat menjadi fokus Pemerintah Indonesia.**



Pelaksanaan penelitian untuk memperkuat intervensi berbasis data, termasuk TB Prevalence Survey, dengan pembiayaan domestik.

Saat ini, Indonesia menggunakan pemodelan global dalam penentuan estimasi beban TBC. Survei prevalensi TBC pernah dilakukan pada tahun 2013-2014, dan datanya yang didapatkan dari survei ini dapat secara pasti mengukur beban TBC di Indonesia, termasuk kasus yang terdiagnosis dan tidak terdiagnosis, serta mengidentifikasi kesenjangan dalam deteksi kasus. Survei ini menyediakan data berbasis populasi yang lebih akurat dibandingkan estimasi model, membantu memvalidasi data dari sistem surveilans, dan mendukung perencanaan program penanggulangan TBC yang lebih efektif. Selain itu, survei prevalensi memberikan pemahaman tentang distribusi TBC di populasi, memandu intervensi yang lebih terarah, dan mengungkap karakteristik demografis kasus TBC untuk memperkuat upaya deteksi dini dan pengobatan. Hasil survei juga digunakan untuk pemantauan dan evaluasi program, advokasi kebijakan, meningkatkan kesadaran publik, serta memperbaiki estimasi model epidemiologi, sehingga menjadi alat penting untuk mendukung eliminasi TBC. **Pelaksanaan survei prevalensi TBC ini dapat dilakukan kembali oleh Indonesia untuk memperkuat perencanaan dan implementasi program TBC di Indonesia.**

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

Penguatan manajemen dan peran komunitas TBC melalui pelatihan berkelanjutan serta kepastian sistem pembiayaan.

Sebagai bagian dari transformasi kesehatan, pemerintah Indonesia akan semakin memperkuat peran dan fungsi kader dalam program integrasi layanan primer (ILP). Namun, **pemerintah Indonesia perlu memperhatikan kesiapan dan kapasitas untuk melakukan upaya manajemen kasus TBC, mulai dari pencarian kasus, pendampingan pengobatan hingga penyelesaian, serta pencegahan.**

Saat ini, terdapat 4.000 kader aktif yang bekerja dengan pembiayaan dari Global Fund (GF), serta praktik baik pelibatan kader desa, kecamatan, dan organisasi masyarakat sipil (OMS) lainnya yang telah mendukung upaya penanggulangan TBC. Ke depannya, diperlukan mekanisme kerja untuk mengintegrasikan kader komunitas tersebut agar dapat bekerja sama dengan kader ILP dalam melakukan manajemen kasus TBC.



Upaya lain yang perlu menjadi prioritas pemerintah adalah pendanaan untuk upaya-upaya komunitas, seperti penemuan kasus, investigasi kontak, pendampingan pasien, dan upaya lainnya, agar menjadi bagian dari pendanaan yang diberikan oleh pemerintah. Ini merupakan langkah menuju kemandirian nasional dalam proses phasing out GF di Indonesia dan menjaga keberlanjutan upaya komunitas.

Pengembangan mekanisme kerja yang akuntabel untuk meminimalisir penyalahgunaan ataupun inefisiensi penggunaan dana

Indonesia telah memiliki mekanisme swakelola tipe 3 yang berpotensi menciptakan kolaborasi berkelanjutan antara pemerintah dan organisasi masyarakat dalam pengadaan barang dan jasa. Namun, saat ini masih ada sejumlah tantangan dalam penggunaan Swakelola Tipe 3, dimana masih diperlukan penguatan proses akuntabilitas untuk meningkatkan kepercayaan masing-masing pihak. Penguatan akuntabilitas

ini dapat dilakukan melalui penyusunan mekanisme kerja, sebagaimana yang dilakukan dalam implementasi upaya komunitas bersama GF, di mana OMS mendapatkan pendanaan langsung dari GF. Mekanisme pelaporan dan pemantauan yang diterapkan saat ini oleh GF dapat menjadi contoh bagi pemerintah untuk meningkatkan akuntabilitas OMS dalam pengelolaan dana yang diberikan.

Peningkatan Peran Organisasi Masyarakat Sipil (OMS) dalam upaya percepatan eliminasi TBC, melalui penguatan mekanisme kerja yang akuntabel dan penguatan kapasitas.

Saat ini, OMS tidak hanya menjadi pengelola kegiatan-kegiatan komunitas, tetapi juga mitra strategis dalam membangun kapasitas tenaga kesehatan komunitas, mengedukasi dan memberdayakan masyarakat untuk mendukung penanggulangan TBC, memfasilitasi akses layanan kesehatan yang lebih baik, serta mengadvokasi kondisi ideal dan kebijakan yang mendukung upaya eliminasi TBC. Penguatan OMS dapat dilakukan melalui implementasi mekanisme Swakelola Tipe 3

yang diberikan kepada OMS lokal atau melalui mekanisme pendanaan lainnya. Selain itu, pelibatan OMS TBC secara bermakna dan formal di level nasional maupun subnasional penting untuk menghimpun umpan balik dari komunitas, serta memastikan implementasi dan akses layanan yang berkualitas. **Untuk meningkatkan kepercayaan seluruh pihak, perlu dilakukan peningkatan kapasitas dari OMS untuk dapat melakukan pengelolaan dana yang akuntabel dan berdampak.**

Implementasi penanggulangan TBC di satuan pendidikan dan tempat kerja perlu ditingkatkan.

Pemerintah telah mengeluarkan Peraturan Menteri Ketenagakerjaan (Permenaker) Nomor 13 tahun 2022 tentang Penanggulangan Tuberkulosis di Tempat Kerja. Namun, **kebijakan tersebut juga belum disosialisasikan secara masif, dan tidak ada dukungan insentif untuk mendorong implementasi kebijakan tersebut.** Sementara itu di satuan pendidikan yang berisiko menjadi tempat transmisi,

belum ada kebijakan yang menguatkan penanggulangan TBC di sana. Untuk itu, dibutuhkan dukungan kebijakan untuk memastikan implementasinya dalam hal penemuan kasus, dan upaya pencegahan dan pengobatan yang tepat di tempat kerja dan satuan pendidikan. **Memastikan TBC masuk ke dalam kurikulum pendidikan juga perlu dilakukan sebagai bentuk peningkatan kesadaran dan penurunan stigma.**



Strategi 6 : Penguatan manajemen program melalui penguatan sistem kesehatan.

Pemerintah perlu memastikan ketahanan logistik dalam hal ketersediaan obat TBC, kesinambungan stok, serta distribusi logistik di tingkat fasilitas kesehatan.

Kekosongan obat atau stock out obat TBC di Indonesia masih menjadi permasalahan serius yang mengancam kelangsungan program penanggulangan TBC (TB JEMM Indonesia Report, 2022). Untuk mengatasi hal ini, **pemerintah dapat melakukan beberapa langkah strategis, termasuk meningkatkan pemantauan dan pengelolaan persediaan obat di semua tingkatan, memperkuat**

advokasi dan kolaborasi dengan produsen obat lokal dan global untuk memastikan pasokan yang konsisten, diversifikasi sumber pasokan, peningkatan koordinasi antar instansi terkait alokasi anggaran, implementasi sistem peringatan dini, dan meningkatkan edukasi serta pelatihan untuk petugas kesehatan dalam manajemen stok obat TBC.

Meningkatkan kecukupan pembiayaan untuk penanggulangan TBC dan efisiensi penggunaan anggaran.

Sebagaimana yang disebutkan dalam pemberitaan medi, bahwa TBC masuk menjadi salah satu Quick Wins pemerintahan 2024-2029 dan mendapatkan prioritas pendanaan yang meningkat cukup signifikan. Dalam artikel yang dituliskan Kompas pada tanggal 26 September 2024, dikutip bahwa terdapat pendanaan 8 Triliun rupiah untuk penanggulangan TBC. Tentunya pendanaan ini memberikan peluang untuk inovasi percepatan penanggulangan TBC. Pemerintah perlu memastikan mekanisme pendanaan yang transparan, inklusif, dan akuntabel.

Selain itu, alokasi anggaran juga diharapkan menjunjung tinggi aspek tepat guna dan tepat sasaran. Penguatan sistem pembiayaan untuk TBC penting dalam memastikan tersedianya dana yang memadai untuk pencegahan, pengobatan, dan pengendalian di semua tingkatan sesuai dengan prioritas penguatan strategi penanggulangan TBC. Mobilisasi sumber daya domestik lainnya perlu dilakukan untuk memastikan ketersediaan anggaran terlebih untuk mendukung kegiatan-kegiatan yang diimplementasikan oleh komunitas.

Melakukan integrasi sistem informasi untuk meningkatkan interoperabilitas data.

Indonesia telah melakukan pengembangan signifikan dalam sistem informasi untuk mendukung penanggulangan TBC, seperti melalui aplikasi Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB) dan Sistem Informasi Tuberkulosis Komunitas (SITK), yang berfungsi sebagai wadah pengelolaan data terkait kasus TBC. Meskipun demikian, terdapat beberapa celah yang perlu diatasi, terutama dalam hal interoperabilitas antar sistem informasi. Sebagai contoh, SITB dan SITK perlu terintegrasi dengan sistem informasi lainnya, seperti yang dimiliki oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, layanan HIV, dan Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS), yang juga berperan penting dalam pengambilan keputusan.

Tantangan utama yang dihadapi adalah mekanisme pertukaran data yang efektif antar sistem yang berbeda, agar dapat mengurangi duplikasi data dan memastikan pemahaman yang konsisten di antara pemangku kepentingan. Oleh karena itu, integrasi dan interoperabilitas antar sistem informasi menjadi fokus penting yang harus diperhatikan dalam strategi transformasi digital ke depan. Rencana transformasi digital Indonesia harus memastikan bahwa sistem informasi yang ada dapat saling terhubung, mendukung pertukaran data yang berkelanjutan, serta meningkatkan efektivitas program penanggulangan TBC dan pelayanan kesehatan lainnya.



References

- Andono, R.A., Probandari, A.N., Dewi, C., Shidieq, F.H., Satriani, A., Kuntarto, A, Widjanarko, B., Umbul, C.W., Puspita, R.F. (2022). TB Patient Cost Survey. Center for tropical medicine. <https://centertropmed-ugm.org/project/good-clinical-practice-2/>
- Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI). (2023). Policy Brief Perlukah Pengakuan Peran Kader Kesehatan dalam Transformasi Layanan Kesehatan Primer? Pembelajaran dari Survei Nasional Puskesmas selama Pandemi COVID-19. <https://cisdi.org/riset-dan-publikasi/publikasi/dokumen/policy-brief-perlukah-pengakuan-peran-kader-kesehatan-dalam-transformasi-layanan-kesehatan-primer>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Strategi nasional penanggulangan tuberkulosis di Indonesia. https://tbindonesia.or.id/wp-content/uploads/2021/06/NSP-TB-2020-2024-Ind_Final_-BAHASA.pdf
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Laporan program penanggulangan tuberkulosis tahun 2022. <https://www.tbindonesia.or.id/wp-content/uploads/2023/09/Laporan-Tahunan-Program-TBC-2022.pdf>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Inovasi Pendanaan untuk Tuntaskan Penanganan TBC. <https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/inovasi-pendanaan-untuk-tuntaskan-penanganan-tbc/>
- Lestari, B. W., Nijman, G., Larasmanah, A., Soeroto, A. Y., Santoso, P., Alisjahbana, B., Chaidir, L., Andriyoko, B., van Crevel, R., & Hill, P. C. (2024). Management of drug-resistant tuberculosis in Indonesia: a four-year cascade of care analysis. *The Lancet Regional Health. Southeast Asia*, 22, 100294–100294. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2023.100294>
- Mahendradhata, Y., Syahrizal, B. M., & Utarini, A. (2008). Delayed treatment of tuberculosis patients in rural areas of Yogyakarta province, Indonesia. *BMC public health*, 8, 393. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-393>
- Nida, S., Tyas, A. S. A., Putri, N. E., Larasanti, A., Widoyopi, A. A., Sumayyah, R., Listiana, S., & Espressivo, A. (2024). A systematic review of the types, workload, and supervision mechanism of community health workers: lessons learned for Indonesia. *BMC primary care*, 25(1), 82. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02319-2>
- World Health Organization. (2024). Tuberculosis data; Country, regional and global profiles. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>

Acknowledgement

Dengan penuh rasa hormat dan apresiasi, kami, Stop TB Partnership Indonesia (STPI), menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah mendukung penyusunan memo kebijakan ini. Kami mengucapkan terima kasih khusus kepada Medco Foundation atas dukungan yang luar biasa dalam proses ini. Peran aktif **Medco Foundation dan Stop TB Partnership** dalam mendukung kegiatan konsultasi publik, serta komitmennya terhadap eliminasi Tuberkulosis di Indonesia, telah menjadi sumber inspirasi dan energi bagi kami.

Kami juga mengapresiasi dukungan dari para pemangku kepentingan—termasuk pemerintah pusat dan daerah, organisasi masyarakat sipil, komunitas, sektor swasta, akademisi, tenaga kesehatan, dan mitra pembangunan—yang telah memberikan masukan berharga selama proses konsultasi publik. Perspektif yang beragam dari berbagai pihak telah memperkaya dokumen ini, menjadikannya lebih komprehensif dan relevan untuk menjawab tantangan Tuberkulosis di Indonesia.

Memo kebijakan ini adalah hasil dari sinergi dan kolaborasi lintas sektor, yang berlandaskan pada semangat bersama untuk mencapai Indonesia bebas Tuberkulosis. Kami berharap dokumen ini dapat menjadi panduan strategis bagi pengambil kebijakan dalam mempercepat langkah menuju eliminasi Tuberkulosis pada tahun 2030.

Kami juga berterima kasih kepada tim dari Stop TB Partnership Indonesia (STPI) yang telah menunjukkan dedikasi tinggi dalam memastikan tersusunnya memo kebijakan ini dengan baik. Semoga upaya ini menjadi langkah nyata dalam mewujudkan visi bersama kita: Indonesia yang sehat dan bebas dari Tuberkulosis.

Tim Penulis:

1. Nurliyanti - STPI
2. Khanza Nur Padma Arriya - STPI
3. Nurul N. Luntungan - STPI
4. Olivia Herlinda - STPI
5. Muhammad Hanif - STPI
6. Henry Diatmo - STPI

Lampiran 1

1. Nancy Dian Anggraeni - Bidang Koordinasi Peningkatan Kualitas Kesehatan, Kemenko Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan
 2. Adam Udi Velianto - Direktorat Sinkronisasi Urusan Pemerintahan Daerah III, Kementerian Dalam Negeri
 3. Nurul Badriyah - Tim Kerja TBC, Kementerian Kesehatan RI
 4. Kristina Tobing - Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN) RI
 5. Yulius Sumarli - Perhimpunan Klinik & Fasilitas Pelayanan Kesehatan Indonesia (PKFI)
 6. Irma Prasetyowati - Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI)
 7. Julia Indriaty - Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI) PUSAT
 8. Fathiyah Isbaniah - Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI)
 9. Ni Luh Putu Eka Arisanti - Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI)
 10. Andi Amalya Arismaya - Yayasan Kareba Baji Makassar
 11. Listi - PESAT Sumatera Utara
 12. Taufik Hidayat - YMMA Deli Serdang Sumatera Utara
 13. Diky Kurniawan Leonardo - Semar Jawa Tengah
 14. Heri Santosa - Yayasan EPIK
 15. Wahyu Hidayat - Panter TB RO
 16. Paran Sarimita W - Peta Jakarta
 17. Amry Azhari A - Daeng TB Gowa
 18. Dini Andria - USAID BEBAS-TB
 19. Thea Yantra Hutnamon - USAID BEBAS-TB
 20. Prima Setiawan - USAID BEBAS TB
 1. Trishanty Rondonuwu - USAID PREVENT TB
 2. Venus - Project Hope Indonesia
 3. Ferdiana Yunita - USAID TB LEAP
 4. Aditya Wicaksono - USAID TB LEAP
 5. Khaula Karima - Sekretariat CCM GF
 6. Alva Juan - Yayasan KNCV Indonesia (YKI)
 7. Rizky Bagas Pratama - PR Konsorsium Komunitas Penabulu STPI
 8. Sari Dewi Aznur - Jaringan Indonesia Positif (JIP)
 9. Roylolo Nababan - Jaringan Indonesia Positif (JIP)
 10. Dyah Erti Mustikawati - Perkumpulan Pemberantas Tuberkulosis Indonesia (PPTI)
 11. Ika herniyanti - Perkumpulan Pemberantas Tuberkulosis Indonesia (PPTI)
 12. Rianingsih - PENABULU Foundation
 13. Priyangga Dyatmika - Medco Foundation
 14. Aris - Medco Foundation
 15. Tiffany N
 16. Siti
 17. Sanusii
- Stop TB Partnership Indonesia (STPI)
1. Nurul Nadia H.W Luntungan - Ketua Yayasan STPI
 2. Nurliyanti – Manajer Program
 3. Iman M Zein – Manajer Komunikasi
 4. Nuriyani - Senior Program Officer
 5. Khanza Nur Padma Arriya – TO Advokasi
 6. Nabila Meidina - Digital Communication Officer
 7. Najibah Zulfa - TO Program
 8. Eka Saptiningrum - TO STOP Project

Lampiran 2

GAMBARAN MASALAH SAAT INI

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi beban kesehatan yang signifikan, terutama di Indonesia, yang memiliki beban TBC tertinggi kedua di dunia. Diperkirakan terdapat 1.090.000 kasus TBC baru di Indonesia (WHO, 2024). Menyadari tingginya beban tersebut, Pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai upaya, termasuk dimasukkannya TBC sebagai salah satu indikator dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2020-2024, diikuti dengan adanya dokumen Strategi Nasional Penanggulangan TBC tahun 2020-2024, dan juga dikeluarkannya Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan TBC. Memasuki pemerintahan baru, TBC telah menjadi salah satu dalam 8 Program Hasil Terbaik Cepat (PHTC) atau Quick Win, yaitu penurunan kasus TBC sebanyak 50% dalam 5 tahun kedepan. Komitmen Indonesia dalam mengatasi TBC juga terbukti melalui sistem deteksi dan pelaporan kasus TBC yang telah berhasil mencapai notifikasi kasus tertinggi sepanjang sejarah pada tahun 2022 dan 2023.

Namun, berbagai tantangan struktural masih dihadapi untuk akselerasi pencapaian target eliminasi TBC di Indonesia, dari yang saat ini 387 per 100.000 penduduk (WHO, 2024) menjadi 65 per 100.000 penduduk di tahun 2030 (Perpres 67/2021), di antaranya adalah:

1. Akses terhadap layanan kesehatan untuk pencegahan dan pengobatan TBC sesuai standar menjadi masalah. Proses rujukan yang rumit antar fasilitas kesehatan untuk mengakses pemeriksaan penunjang dan pengobatan program TBC, sistem informasi yang belum terintegrasi untuk melakukan pencatatan dan pelaporan, juga keterbatasan tenaga medis terlatih menambah kendala dalam penyediaan layanan TBC yang terstandar, menyebabkan biaya tambahan yang harus dikeluarkan oleh pasien TBC dan waktu lebih lama yang dibutuhkan untuk sampai di layanan kesehatan.
- Tata laksana TBC terutama di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) swasta belum menerapkan layanan tuberkulosis sesuai dengan standar pedoman nasional, seperti penemuan kasus/diagnosis, paduan obat pemantauan pengobatan, serta pencatatan dan pelaporan. 76% orang dengan TBC pertama kali mengunjungi klinik swasta saat mulai merasakan gejala (Lestari et.al, 2020). Namun, hanya 8% kontribusi klinik swasta/TPMD dalam menemukan atau menotifikasi orang dengan TBC (Kemenkes, 2023). Hal ini terlihat dalam capaian notifikasi kasus TBC di bulan Agustus 2024 sebanyak 54%, padahal targetnya pada bulan Desember 2024 adalah 90%. Sebagian besar orang dengan TBC yang ditemukan sebagian besar dirujuk ke rumah sakit, yang disebabkan oleh keterbatasan akses pada pemeriksaan penunjang (tes dahak, ronsen, dan lainnya) dan pengobatan TBC terutama untuk FKTP swasta, serta proses administrasi yang rumit dan sistem informasi yang belum terintegrasi.
- Belum semua fasilitas pelayanan kesehatan telah menyediakan layanan Directly Observed Treatment Shortcourse (DOTS). Hanya 57% rumah sakit, 25% Lembaga Pemasarakatan dan Rumah Tahanan, 6% klinik dan 3% dokter praktik mandiri yang telah menjadi layanan DOTS (NSP 2020-2024). Kajian Epidemiologi Tuberkulosis di Indonesia tahun 2019 juga menemukan bahwa sebanyak tujuh kabupaten tidak melaporkan notifikasi pada 2018 yakni Kabupaten Deiyai, Landak, Maybrat, Nduga, Pegunungan Arfak, Puncak, Tambrau. Hal tersebut terjadi karena tidak ada fasilitas DOTS di wilayah tersebut (WHO, 2019b).

- Observasi JEMM 2020 (WHO, 2020) menunjukkan bahwa di beberapa fasilitas pelayanan kesehatan SITB tidak digunakan sebagai pelaporan waktu nyata pada sebagian puskesmas meskipun tersedia komputer. Di puskesmas, SITB hanya merupakan salah satu dari kurang lebih tujuh sistem data online dari berbagai program, ditambah dengan beban kerja staf yang cukup tinggi. Staf program TBC biasanya merangkap tugas dengan program atau tugas yang lain. Selain itu, masalah kecepatan internet dan jumlah pengguna yang mengakses merupakan tantangan di beberapa daerah (NSP 2025-2026). Data alamat dan kontak dalam rumah merupakan contoh informasi yang seringkali tidak lengkap. Hasil akhir pengobatan bagi pasien yang dirujuk ke fasilitas kesehatan lain juga sulit didapatkan informasinya (WHO, 2020).

1. **Ketersediaan pembiayaan upaya penanggulangan TBC** masih belum mencukupi kebutuhan yang ada. Indonesia masih menerima hibah dan bantuan luar negeri dalam skala yang signifikan termasuk untuk pemeriksaan diagnostik, peningkatan kapasitas sumber daya manusia, pencarian kasus dan pendampingan yang dilakukan kader, upaya promotif preventif dan proteksi sosial. Hal ini menimbulkan kekhawatiran terkait ketersediaan dan peningkatan pendanaan lokal dalam jangka panjang.

- Pendanaan lokal yang berasal dari APBN, APBD, dan skema JKN menunjukkan peningkatan di setiap tahunnya. Pada tahun 2024, pendanaan lokal sebanyak Rp2.5 Triliun (74%), pendanaan swasta Rp14 Miliar (3%), dan hibah Rp814 Miliar (23%) (Revisi Stranas TBC 2025-2026). Namun, pendanaan lokal umumnya dipakai untuk keperluan diagnostik dan pengobatan, menyisakan kesenjangan yang besar dalam kegiatan promotif-preventif dan penguatan pelayanan yang sebagian besar masih ditutupi oleh hibah internasional. Meskipun begitu, diketahui kesenjangan pendanaan masih relatif tinggi walaupun penanggulangan TBC di Indonesia menjadi fokus prioritas utama pembangunan Indonesia yang telah dinyatakan oleh pemerintah dalam RPJMN (NSP 2025-2026). Dari ketersediaan pendanaan pada tahun 2024, kesenjangannya adalah Rp 7.7 Triliun. Diperkirakan kebutuhan pendanaan akan meningkat secara signifikan, yang seterusnya mempengaruhi peningkatan kesenjangan, sementara ketersediaan dana domestik meningkat namun tidak signifikan.

2. **Keterbatasan sumber daya manusia kesehatan** yang terlatih untuk memberikan layanan TBC sesuai standar. Kurangnya tenaga medis terlatih serta insentif yang tidak memadai bagi kader kesehatan di masyarakat menjadi hambatan dalam memberikan pelayanan yang berkualitas dan efektif.

- Hanya 39% tenaga kesehatan di Indonesia yang terlatih untuk tata laksana program TBC (Laporan Program TBC, 2022). *Turn over* ataupun mutasi tenaga kesehatan menjadi salah satu alasan yang menyebabkan tenaga kesehatan yang sudah terlatih dipindahtugaskan sehingga kebutuhan pelatihan tenaga kesehatan meningkat (Laporan Program TBC, 2022). Angka ini masih sangat jauh untuk memastikan seluruh tenaga kesehatan memahami dan memberikan layanan TBC sesuai standar.
- Hal serupa juga terjadi bagi tenaga kesehatan komunitas dalam penanggulangan TBC seperti kader, patient supporter (PS), dan manajer kasus (MK). Insentif dan pelatihan kepada mereka masih mengandalkan hibah luar negeri dari Global Fund yang dikelola oleh PR Komunitas STPI-Penabulu. Hal ini menjadi tantangan

dalam keberlanjutan dan dukungan penanggulangan TBC. Padahal, tenaga kesehatan komunitas sangat berkontribusi dalam angka penemuan kasus, investigasi kontak, pendampingan proses pengobatan, penemuan kasus mangkir pengobatan, dukungan psikososial bagi pasien TBC, dan banyak lainnya. Saat ini, capaian angka Investigasi Kontak (IK) masih jauh dari target, dimana kebanyakan daerah capaiannya di bawah 50% (Kemenkes, 2024).

- Kebanyakan kader merasa terbebani dengan beban kerja tidak proporsional dengan jumlah populasi di wilayah kerjanya, ditambah dengan insentif tidak tepat yang diberikan kepada mereka. Walaupun sudah tersedia e-learning untuk petugas kesehatan dan kader kesehatan yang menyebutkan materi TBC dasar, namun masih ada kendala terkait penggunaan dan ketersediaan gadget, keterbatasan materi untuk kader yang mendampingi pasien TBC RO, serta belum menyoroti tenaga komunitas lainnya yaitu MK dan PS. Pemberian pelatihan hanya dilakukan oleh 57,45% puskesmas, sedangkan sisanya tidak memberikan pelatihan pada kader yang bertugas di wilayah kerja mereka (CISDI). Padahal, pelatihan merupakan komponen penting untuk membekali kader dalam melaksanakan layanan kesehatan berbasis masyarakat.

1. Perlindungan sosial bagi para terdampak TBC masih minim, termasuk dukungan nutrisi, biaya penunjang hidup selama pengobatan dan perlindungan di lingkungan kerja tanpa stigma dan diskriminasi. Hal ini menghambat pasien TBC dalam mengakses layanan yang mereka butuhkan sampai sembuh tanpa harus jatuh miskin.

- Orang dengan TBC dan keluarganya menghadapi berbagai beban multidimensi selama pengobatan, yang meliputi beban fisik, psikososial, dan finansial. Ditemukan bahwa 81% orang dengan TBC RO mengalami pengeluaran katastrofik (biaya pengeluaran akibat penyakit TBC RO lebih besar dari 20% dibandingkan pengeluaran tahunan rumah tangga) (STPI, 2021). Beban finansial ini tidak hanya dialami oleh masyarakat miskin, namun juga oleh kelompok berpenghasilan menengah.
- Orang terdampak TBC pernah menjadi salah satu komponen penerima Program Keluarga Harapan (PKH) selama hanya 3 bulan pada tahun 2020. Sayangnya, inklusi pasien TBC dalam PKH dihentikan pada tahun 2021 dikarenakan alasan regulasi dan implementasi. Padahal, program perlindungan sosial pemerintah berpotensi mendukung kebutuhan dan keberhasilan pengobatan pasien TBC RO.

2. Stigma dan diskriminasi yang masih sering dialami oleh para pasien TBC, baik dari masyarakat maupun tenaga kesehatan, serta di lingkungan kerja dan pendidikan, berkontribusi pada rendahnya penemuan kasus dan keberhasilan pengobatan.

- Hambatan stigma dan diskriminasi dalam penanggulangan TBC termuat dalam penilaian stigma pada tahun 2022 (PR Konsorsium Penabulu-STPI). Walaupun berada pada setiap
- fase perjalanan penanggulangan TBC, stigma paling berat dialami pada tahap jalannya pengobatan TBC (25%) dan diikuti pada saat awal terkena gejala TBC (17%). Hal ini menjadi hambatan besar dalam perilaku mencari pengobatan dan menjaga kepatuhan pengobatan pasien. Stigma juga berasal dari siapa saja, dengan stigma terbanyak ditemui di komunitas/dari tetangga (84%), bahkan masih terjadi di lingkungan layanan kesehatan seperti Puskesmas/rumah sakit/klinik (59%), serta dari tenaga kesehatan (35%).
- Setiap orang memiliki pandangan dan kekhawatiran yang berbeda terhadap pasien TBC. Anggapan yang banyak muncul dari keluarga ODTBC adalah khawatir tertular (31%), dari tenaga kesehatan adalah menganggap ODTBC berbahaya (34%), dari tetangga ODTBC adalah tidak mau makan atau minum bersama dengan ODTBC (48%), serta stigma dari ODTBC sendiri yang menjaga jaraknya dari orang lain agar tidak menularkan TBC (54%).