



LAPORAN ANTARA

NASKAH AKADEMIK

**RANCANGAN PERATURAN DAERAH KABUPATEN BATANG
TENTANG PENANGANAN TUBERKULOSIS**

KERJASAMA:

**LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
UNIVERSITAS JENDERAL SOEDIRMAN PURWOKERTO**

DENGAN

**DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH (DPRD)
KABUPATEN BATANG**

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JENDERAL SOEDIRMAN
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
PURWOKERTO**

2018



LAPORAN ANTARA

NASKAH AKADEMIK

**RANCANGAN PERATURAN DAERAH KABUPATEN BATANG
TENTANG PENANGANAN TUBERKULOSIS**

KERJASAMA:

**LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
UNIVERSITAS JENDERAL SOEDIRMAN PURWOKERTO**

DENGAN

**DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH (DPRD)
KABUPATEN BATANG**

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JENDERAL SOEDIRMAN
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
PURWOKERTO**

2018

KATA PENGANTAR

Mengingat potensi penyebaran Tuberkulosis sedemikian besar, maka dibutuhkan upaya untuk membangun koordinasi, mekanisme kerja dan sistem penanggulangan Tuberkulosis antara Pemerintah Daerah dan semua pemangku kepentingan.

Penanganan Tuberkulosis adalah rangkaian kegiatan yang meliputi manajemen, pengamatan, pengidentifikasian, pencegahan, tatalaksana kasus dan pembatasan penularan serta rehabilitasi penderita. Perkembangan penyakit tidak mengenal batas wilayah, usia, status sosial, dan jenis kelamin. Perubahan pola penyakit dimaksud, dapat dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, mobilitas penduduk dan perubahan gaya hidup serta perubahan lingkungan sehingga perlu dilakukan upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif untuk penanggulangan penyakit, dengan mempertimbangkan kespesifikan/kearifan lokal dan potensi sumber daya Kabupaten Batang, mengingat hal tersebut tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan saja, melainkan melibatkan semua sektor terkait.

Kebijakan penanganan Tuberkulosis perlu dilakukan secara terpadu melalui upaya peningkatan perilaku hidup sehat yang dapat mencegah penularan, memberikan pengobatan, perawatan dan dukungan dapat meminimalisir penyakit Tuberkulosis.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, dalam rangka memberikan kepastian hukum dan perlindungan hukum terhadap penanganan Tuberkulosis di Kabupaten Batang, Pemerintah Daerah perlu membentuk Peraturan Daerah tentang Penanganan Tuberkulosis yang merupakan dasar hukum bagi semua pihak yang terlibat dalam pencegahan dan pengendalian Tuberkulosis.

Purwokerto, Agustus 2018

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Identifikasi Masalah	11
C. Tujuan dan Kegunaan Naskah Akademik	11
D. Metode	12
BAB II. KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS	14
A. Kajian Teoretis	14
1. Tuberkulosis	14
2. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian suspek TB paru	20
3. Teori Segitiga Epidemiologi	25
4. Target, Strategi dan Kebijakan	27
5. Surveilans dan Sistem Informasi TB	30
6. Pengendalian Faktor Risiko	41
7. Perencanaan dan Penganggaran Program	45
8. Peran Serta Masyarakat	50
B. Kajian Terhadap Asas-asas/Prinsip-prinsip Terkait	51
1. Hierarki Norma/Peraturan Perundang-undangan	51
2. Asas-asas Penyusunan Peraturan Daerah	56
C. Praktik Empiris	61
1. Tuberkulosis (TB) di Indonesia	61
2. Prevalensi Tuberculosis di Kabupaten Batang	63
3. Angka Penemuan dan Kesembuhan Penderita TB Paru BTA (+) di Kabupaten Batang	63

BAB III. EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT	65
A. Keterkaitan Peraturan Perundang-Undangan dan Peraturan Daerah	65
1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis	65
2. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 11 Tahun 2013 tentang Pencegahan Dan Penanggulangan Penyakit Di Provinsi Jawa Tengah	67
B. Harmonisasi Secara Vertikal dan Horizontal	69
1. Harmonisasi Vertikal	70
2. Harmonisasi Horizontal	72
BAB IV. LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS	75
A. Landasan Filosofis	75
B. Landasan Sosiologis	77
C. Landasan Yuridis	78
BAB V. JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN PERATURAN DAERAH	82
A. Jangkauan Pengaturan	82
B. Arah Pengaturan	82
C. Ruang Lingkup Materi Muatan	83
BAB VI. PENUTUP	85
A. Kesimpulan	85
B. Saran	85
DAFTAR PUSTAKA	87

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat (2015-2025) adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat diantaranya tingkat ekonomi, pendidikan, keadaan lingkungan, kesehatan dan budaya sosial. Menurut Hendrik L. Blum derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor yaitu, Lingkungan, Perilaku, Pelayanan Kesehatan dan Keturunan. Dari keempat faktor tersebut menurut Blum faktor lingkungan dan perilaku adalah faktor yang paling besar mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat.¹

Program Indonesia Sehat dilaksanakan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Pelaksanaan Program Indonesia Sehat diselenggarakan melalui pendekatan keluarga, yang mengintegrasikan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga, berdasarkan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga.

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan pendekatan keluarga dalam upaya menyelesaikan permasalahan kesehatan di wilayah kerjanya.²

¹ Notoadmojo S. 2002. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta. Jakarta.

² Kemenkes. 2017. *Kebijakan Program Penanggulangan Tuberkulosis*. Kementerian Kesehatan Direktorat Jenderal Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit. Jakarta. hlm. 4

Penyakit *Tuberculosis* atau yang sering disebut TB Paru adalah infeksi menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. *Tuberculosis* merupakan masalah kesehatan, baik dari sisi angka kematian (mortalitas), angka kejadian penyakit (morbiditas), maupun diagnosis dan terapinya. Bersama dengan HIV/AIDS, Malaria dan TB Paru merupakan penyakit yang pengendaliannya menjadi komitmen global dalam program MDGs.

Terdapat beberapa spesies *Mycobacterium*, antara lain: *M.tuberculosis*, *M.africanum*, *M. bovis*, *M. Lepraem*, 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. Secara umum sifat kuman *Mycobacterium tuberculosis* antara lain sebagai berikut:

1. Berbentuk batang dengan panjang 1-10 mikron dan lebar 0,2 - 0,8 mikron.
2. Bersifat tahan asam dalam pewarnaan 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 ultra violet, 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. Kuman dapat bersifat dorman.³

Sumber penularan adalah pasien TB, terutama pasien yang mengandung kuman TB dalam dahaknya. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan

³ *Ibid.* hlm. 9

dahak (*droplet nuclei*/percik renik). Infeksi akan terjadi apabila seseorang menghirup udara yang mengandung percikan dahak yang infeksius. Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak yang mengandung kuman sebanyak 0-3500 *M.tuberculosis*. Sedangkan kalau bersin dapat mengeluarkan sebanyak 4500-1.000.000 *M.tuberculosis*.⁴

Diperkirakan sekitar sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi oleh *Mycobacterium Tuberculosis*. Pada tahun 1995, diperkirakan ada 9 juta pasien TB baru dan 3 juta kematian akibat TB paru di seluruh dunia. Diperkirakan 95% kasus TB dan 98% kematian akibat TB di dunia terjadi pada negara-negara berkembang dan 75% penderita TB adalah kelompok usia produktif (15-50 tahun). Demikian juga, kematian wanita akibat TB lebih banyak daripada kematian karena kehamilan, persalinan dan nifas.⁵

Di kawasan Asia Tenggara, data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa TB membunuh sekitar 2.000 jiwa setiap hari. Dan sekitar 40% dari kasus TB di dunia berada di kawasan Asia Tenggara. Indonesia menempati urutan ketiga di dunia setelah India dan China dalam hal jumlah penderita TB paru, sekitar 583 ribu orang dan diperkirakan sekitar 140 ribu orang meninggal dunia tiap tahun akibat TB Paru.⁶

Jumlah kasus TB di Indonesia menurut Laporan WHO tahun 2015, diperkirakan ada 1 juta kasus TB baru per tahun (399 per 100.000 penduduk) dengan 100.000 kematian per tahun (41 per 100.000 penduduk). Diperkirakan 63.000 kasus TB dengan HIV positif (25 per 100.000 penduduk). Angka Notifikasi Kasus (*Case Notification*

⁴ *Ibid.* hlm. 10

⁵ Departemen Kesehatan. 2002. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Paru*. Cetakan ke 6. Jakarta. hlm. 27

⁶ Departemen Kesehatan. 2007. *Strategi Penanggulangan Tuberkulosis Indonesia 2006-2010*. Jakarta. hlm. 12

Rate/CNR) dari semua kasus, dilaporkan sebanyak 129 per 100.000 penduduk. Jumlah seluruh kasus 324.539 kasus, diantaranya 314.965 adalah kasus baru. Secara nasional perkiraan prevalensi HIV diantara pasien TB diperkirakan sebesar 6,2%. Jumlah kasus TB-RO diperkirakan sebanyak 6700 kasus yang berasal dari 1,9% kasus TBRO dari kasus baru TB dan ada 12% kasus TB-RO dari TB dengan pengobatan ulang.

Sedangkan jumlah kasus TB di Indonesia pada tahun 2017, menurut WHO, diperkirakan ada 1.020.000 kasus TB baru pertahun (399 per 100.000 penduduk) dengan 100.000 kematian pertahun (41 per 100.000 penduduk). Diperkirakan 78.000 kasus TB dengan HIV positif (10 per 100.000 penduduk). Jumlah seluruh kasus 324.539 kasus, diantaranya 314.965 adalah kasus baru. Secara nasional perkiraan prevalensi HIV diantara pasien TB diperkirakan sebesar 6,2%. Jumlah kasus TB-RO diperkirakan sebanyak 10.000 kasus yang berasal dari 1,9% kasus TB-RO dari kasus baru TB dan ada 12% kasus TB-RO dari TB dengan pengobatan ulang.⁷

Fakta menunjukkan bahwa TB masih merupakan masalah utama kesehatan masyarakat Indonesia, antara lain:

1. Indonesia merupakan negara dengan pasien TB terbanyak ke-5 di dunia setelah India, Cina, Afrika Selatan dan Nigeria (WHO, 2009). Diperkirakan jumlah pasien TB di Indonesia sekitar 5,8% dari total jumlah pasien TB di dunia. Diperkirakan, setiap tahun ada 429.730 kasus baru dan kematian 62.246 orang. Insidensi kasus TB BTA positif sekitar 102 per 100.000 penduduk.
2. Pada tahun 2009, prevalensi HIV pada kelompok TB di Indonesia sekitar 2,8% . Kekebalan ganda kuman TB terhadap obat anti TB (*multidrug resistance* = MDR) diantara kasus TB baru sebesar 2%, sementara MDR diantara kasus pengobatan ulang sebesar 20%. (WHO, 2009)
3. Tahun 1995, hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa penyakit TB merupakan penyebab kematian nomor tiga (3) setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit

⁷ Kemenkes. 2017. *Op. Cit.* hlm. 17

- saluran pernafasan pada semua kelompok usia, dan nomor satu (1) dari golongan penyakit infeksi.
4. Hasil Survey Prevalensi TB di Indonesia tahun 2004 menunjukkan bahwa angka prevalensi TB BTA positif secara Nasional 110 per 100.000 penduduk. Secara Regional prevalensi TB BTA positif di Indonesia dikelompokkan dalam 3 wilayah, yaitu: 1) wilayah Sumatera angka prevalensi TB adalah 160 per 100.000 penduduk; 2) wilayah Jawa dan Bali angka prevalensi TB adalah 110 per 100.000 penduduk; 3) wilayah Indonesia Timur angka prevalensi TB adalah 210 per 100.000 penduduk. Khusus untuk propinsi DIY dan Bali angka prevalensi TB adalah 68 per 100.000 penduduk. Mengacu pada hasil survey prevalensi tahun 2004, diperkirakan penurunan insiden TB BTA positif secara Nasional 3-4 % setiap tahunnya.
 5. Sampai tahun 2009, keterlibatan dalam program Pengendalian TB dengan Strategi DOTS meliputi 98% Puskesmas, sementara rumah sakit umum, Balai Kesehatan Paru Masyarakat mencapai sekitar 50%.⁸

Penyebab utama yang mempengaruhi meningkatnya beban TB antara lain:

1. Belum optimalnya pelaksanaan program TB selama ini diakibatkan karena masih kurangnya komitmen pelaksana pelayanan, pengambil kebijakan, dan pendanaan untuk operasional, bahan serta sarana prasarana.
2. Belum memadainya tata laksana TB terutama di fasyankes yang belum menerapkan layanan TB sesuai dengan standar pedoman nasional dan ISTC seperti penemuan kasus/diagnosis yang tidak baku, paduan obat yang tidak baku, tidak dilakukan pemantauan pengobatan, tidak dilakukan pencatatan dan pelaporan yang baku.
3. Masih kurangnya keterlibatan lintas program dan lintas sektor dalam penanggulangan TB baik kegiatan maupun pendanaan.
4. Belum semua masyarakat dapat mengakses layanan TB khususnya di Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK), serta daerah risiko tinggi seperti daerah kumuh di perkotaan, pelabuhan, industri, lokasi permukiman padat seperti pondok pesantren, asrama, barak dan lapas/rutan.

⁸ Tjandra Yoga Aditama, dkk. 2011. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Kementerian Kesehatan, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Jakarta. hlm. 6

5. Belum memadainya tatalaksana TB sesuai dengan standar baik dalam penemuan kasus/diagnosis, paduan obat, pemantauan pengobatan, pencatatan dan pelaporan.
6. Besarnya masalah kesehatan lain yang bisa berpengaruh terhadap risiko terjadinya TB secara signifikan seperti HIV, gizi buruk, diabetes mellitus, merokok, serta keadaan lain yang menyebabkan penurunan daya tahan tubuh.
7. Meningkatnya jumlah kasus TB Resistant Obat (TB-RO) yang akan meningkatkan pembiayaan program TB.
8. Faktor sosial seperti besarnya angka pengangguran, rendahnya tingkat pendidikan dan pendapatan per kapita, kondisi sanitasi, papan, sandang dan pangan yang tidak memadai yang berakibat pada tingginya risiko masyarakat terjangkit TB.

Pengendalian Tuberkulosis (TB) di Indonesia sudah berlangsung sejak zaman penjajahan Belanda namun terbatas pada kelompok tertentu. Setelah perang kemerdekaan, TB ditanggulangi melalui Balai Pengobatan Penyakit Paru Paru (BP4). Sejak tahun 1969 pengendalian dilakukan secara nasional melalui Puskesmas. Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang digunakan adalah paduan standar INH, PAS dan Streptomisin selama satu sampai dua tahun. Asam Para Amino Salisilat (PAS) kemudian diganti dengan Pirazinamid. Sejak 1977 mulai digunakan paduan OAT jangka pendek yang terdiri dari INH, Rifampisin, Pirazinamid dan Ethambutol selama 6 bulan.

Pada tahun 1995, program nasional pengendalian TB mulai menerapkan strategi DOTS dan dilaksanakan di Puskesmas secara bertahap. Sejak tahun 2000 strategi DOTS dilaksanakan secara Nasional terutama Puskesmas yang diintegrasikan dalam pelayanan kesehatan dasar.

Untuk tercapainya target program Penanggulangan TB Nasional, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota harus menetapkan target Penanggulangan TB tingkat daerah berdasarkan target nasional dan memperhatikan Strategi Nasional. Strategi Nasional Penanggulangan TB sebagaimana dimaksud terdiri atas:

1. Penguatan kepemimpinan program TB;
2. Peningkatan akses layanan TB yang bermutu;
3. Pengendalian faktor risiko TB;
4. Peningkatan kemitraan TB;
5. Peningkatan kemandirian masyarakat dalam penanggulangan TB; dan
6. Penguatan manajemen program TB.⁹

Target Program Nasional Penanggulangan TB sesuai dengan target eliminasi global adalah Eliminasi TB pada tahun 2035 dan Indonesia bebas TB tahun 2050. Eliminasi TB adalah tercapainya cakupan kasus TB 1 per 1 juta penduduk. Tahapan pencapaian target dampak:

1. Target dampak pada 2020
 - a. Penurunan angka kesakitan karena TB sebesar 30% dibandingkan angka kesakitan pada tahun 2014; dan
 - b. Penurunan angka kematian karena TB sebesar 40% dibandingkan angka kematian pada tahun 2014.
2. Target dampak pada tahun 2025
 - a. Penurunan angka kesakitan karena TB sebesar 50% dibandingkan angka kesakitan pada tahun 2014; dan
 - b. Penurunan angka kematian karena TB sebesar 70% dibandingkan angka kematian pada tahun 2014
3. Target dampak pada 2030
 - a. Penurunan angka kesakitan karena TB sebesar 80% dibandingkan angka kesakitan pada tahun 2014; dan
 - b. Penurunan angka kematian karena TB sebesar 90% dibandingkan angka kematian pada tahun 2014.
4. Target dampak pada 2035
 - a. Penurunan angka kesakitan karena TB sebesar 90% dibandingkan angka kesakitan pada tahun 2014; dan
 - b. Penurunan angka kematian karena TB sebesar 95% dibandingkan angka kematian pada tahun 2014.¹⁰

Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab menyelenggarakan Penanggulangan TB. Penyelenggaraan Penanggulangan TB dilaksanakan melalui upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan. Penanggulangan TB harus dilakukan secara terintegrasi dengan penanggulangan program kesehatan yang berkaitan.

⁹ Kemenkes, 2017. *Op. Cit.* hlm. 16

¹⁰ *Ibid.* hlm. 18

Program kesehatan yang meliputi program HIV dan AIDS, Diabetes Melitus, serta program kesehatan lain. Penanggulangan TB secara terintegrasi dilakukan melalui kegiatan kolaborasi antara program yang bersangkutan. Penanggulangan TB dilaksanakan sesuai dengan azas desentralisasi dalam kerangka otonomi daerah dengan Kabupaten/kota sebagai titik berat manajemen program, yang meliputi: perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta menjamin ketersediaan sumber daya (dana, tenaga, sarana dan prasarana).

Penanggulangan TB dilaksanakan dengan menggunakan Pedoman Standar Nasional sebagai kerangka dasar dan memperhatikan kebijakan global untuk Penanggulangan TB. 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 (B/BKPM).

Obat Anti Tuberkulosis (OAT) untuk penanggulangan TB disediakan oleh pemerintah dan diberikan secara cuma-cuma sebagai bentuk keberpihakan kepada masyarakat dan pasien TB. Pasien TB tidak dipisahkan dari keluarga, masyarakat dan pekerjaannya. Pasien memiliki hak dan kewajiban sebagaimana individu yang menjadi subyek dalam penanggulangan TB. Penanggulangan TB dilaksanakan melalui penggalangan kerjasama dan kemitraan diantara sektor pemerintah, non pemerintah, swasta dan masyarakat melalui Forum Koordinasi TB.¹¹

¹¹ *Ibid.* hlm. 19-20

Sebagaimana telah dikemukakan di atas, bahwa Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab menyelenggarakan Penanggulangan TB. Penanggulangan TB dilaksanakan sesuai dengan azas desentralisasi dalam kerangka otonomi daerah dengan Kabupaten/kota sebagai titik berat manajemen program. Hal ini sejalan dengan ketentuan Pasal 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis yang merumuskan:

- (1) Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab menyelenggarakan Penanggulangan TB.
- (2) Penyelenggaraan Penanggulangan TB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan.

Target dan strategi program Penanggulangan TB ditegaskan pada Pasal 3 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016:

- (1) Target program Penanggulangan TB nasional yaitu eliminasi pada tahun 2035 dan Indonesia bebas TB tahun 2050.
- (2) Target program Penanggulangan TB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dievaluasi dan dapat diperbarui sesuai dengan perkembangan program Penanggulangan TB.
- (3) Dalam mencapai target program Penanggulangan TB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) disusun strategi nasional setiap 5 (lima) tahun yang ditetapkan oleh Menteri.
- (4) Untuk tercapainya target program Penanggulangan TB nasional, Pemerintah Daerah provinsi dan Pemerintah Daerah kabupaten/kota harus menetapkan target Penanggulangan TB tingkat daerah berdasarkan target nasional dan memperhatikan strategi nasional.
- (5) Strategi nasional Penanggulangan TB sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri atas:
 - a. penguatan kepemimpinan program TB;
 - b. peningkatan akses layanan TB yang bermutu;
 - c. pengendalian faktor risiko TB;
 - d. peningkatan kemitraan TB;
 - e. peningkatan kemandirian masyarakat dalam Penanggulangan TB; dan
 - f. penguatan manajemen program TB.

Penanggulangan TB terintegrasi dengan penanggulangan program kesehatan lainnya, diantaranya adalah HIV/AIDS dan diabetes melitus. Pasal 5 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 dalam hal ini menegaskan:

- (1) Penanggulangan TB harus dilakukan secara terintegrasi dengan penanggulangan program kesehatan yang berkaitan.
- (2) Program kesehatan yang berkaitan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi program HIV dan AIDS, diabetes melitus, serta program kesehatan lain.
- (3) Penanggulangan TB secara terintegrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui kegiatan kolaborasi antara program yang bersangkutan.

Pasal 6 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 lebih lanjut menegaskan bahwa Penanggulangan TB diselenggarakan melalui kegiatan:

- a. promosi kesehatan;
- b. surveilans TB;
- c. pengendalian faktor risiko;
- d. penemuan dan penanganan kasus TB;
- e. pemberian kekebalan; dan
- f. pemberian obat pencegahan.

Sebagaimana halnya dengan Daerah yang lain, maka Pemerintah Kabupaten Batang pun bertanggung jawab menyelenggarakan Penanggulangan TB. Berdasarkan data pada tahun 2012, prevalensi *tuberculosis* di Kabupaten Batang tahun 2012 sebesar 84,32 per 100.000 penduduk, meningkat bila dibandingkan tahun 2011 sebesar 81,64 per 100.000 penduduk. Angka ini masih di atas Jawa Tengah tahun 2011 sebesar 74,52 per 100.000 penduduk.¹² Berdasarkan data kasus TB di Kabupaten Batang tersebut, maka sudah selayaknyalah Pemerintah Kabupaten Batang melakukan penanganan TB secara maksimal sesuai dengan kewenangan dan tanggungjawabnya.

¹² *Profil Kesehatan Kabupaten Batang Tahun 2012*. hlm. 12

B. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka identifikasi masalah dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Perkembangan penyakit Tuberkulosis tidak mengenal batas wilayah, usia, status sosial dan jenis kelamin sehingga perlu dilakukan penanganan agar kesehatan yang merupakan hak asasi manusia terpenuhi. Penanganan Tuberkulosis harus diselenggarakan secara terpadu, komprehensif, dan berkesinambungan serta melibatkan semua pihak yang terkait.
2. Penderita Tuberkulosis di Kabupaten Batang terbilang masih cukup tinggi dan ada kecenderungan mengalami peningkatan tiap tahunnya. Dalam hal ini, Pemerintah Kabupaten Batang bertanggung jawab penuh untuk menyelenggarakan penanganan Tuberkulosis.
3. Dalam rangka mengatasi penyakit Tuberkulosis diperlukan Peraturan Daerah tentang Penanganan Tuberkulosis sebagai payung hukum dalam melakukan penanganan penyakit tersebut.

C. Tujuan dan Kegunaan Naskah Akademik

Sesuai dengan ruang lingkup identifikasi masalah yang dikemukakan di atas, maka tujuan dan kegunaan penyusunan naskah akademik ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Bertujuan untuk memberikan latar belakang, arahan dan dukungan dalam perumusan pengaturan mengenai Penanganan Tuberkulosis terkait dengan strategi dalam menangani, mengatasi dan mengeliminasi Tuberkulosis.
2. Berguna sebagai acuan atau referensi penyusunan dan pembahasan pengaturan mengenai kewenangan Pemerintah Daerah Kabupaten Batang dalam melakukan penanganan Tuberkulosis.

D. Metode

Penyusunan Naskah Akademik ini, menggunakan Metode Penelitian Hukum, baik melalui metode yuridis normatif, maupun melalui metode empiris, dan metode penelitian sosial dengan metode survei, yaitu:

1. Metode yuridis normatif, dilakukan melalui studi pustaka, yang menelaah (terutama) data sekunder yang berupa peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan Penanganan Tuberkulosis. Metode yuridis normatif mencakup 3 (tiga) pendekatan, yaitu:
 - a. Pendekatan dogmatik hukum (yuridis) bertujuan untuk mempelajari dan mengaplikasikan norma hukum berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan dianggap relevan¹³ dengan masalah pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Batang tentang Penanganan Tuberkulosis.
 - b. Pendekatan teori hukum (konseptual),¹⁴ bertujuan untuk mempelajari dan mengaplikasikan teori, konsep, pendapat, ajaran-ajaran hukum, yang terkait dengan pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Batang tentang Penanganan Tuberkulosis.
 - c. Pendekatan filsafat hukum (filosofis),¹⁵ adalah untuk menemukan dan menganalisis asas-asas hukum yang dapat dijadikan acuan dalam pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Batang tentang Penanganan Tuberkulosis.

¹³J.J.Bruggink. 1999. *Refleksi Tentang Hukum*. Alih Bahasa Arief Sidharta. Citra Aditya Bakti. Bandung. hal.169.

¹⁴ Abdulkadir Muhammad. 2004. *Hukum dan Penelitian Hukum*. Citra Aditya Bakti. Bandung. hal. 113.

¹⁵Jhonny Ibrahim. 2005. *Teori dan Penelitian Hukum Normatif*. Bayumedia Publishing. Surabaya. hal. 37.

2. Metode yuridis empiris, atau *sociolegal* adalah penelitian yang diawali penelitian normatif, yang dilanjutkan dengan observasi yang mendalam untuk mendapatkan data non hukum yang terkait.
3. Metode survei, adalah metode penelitian yang digunakan untuk mencari keterangan secara faktual. Dengan metode ini, dapat membahas dan menganalisis suatu permasalahan yang erat hubungannya dengan permasalahan Penanganan Tuberkulosis.

BAB II **KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS**

A. Kajian Teoretis

1. Tuberkulosis

a. Definisi TB

Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang sebagian besar disebabkan kuman *mycobacterium tuberculosis*. Kuman tersebut biasanya masuk ke dalam tubuh manusia melalui udara pernafasan ke dalam tubuh manusia melalui udara pernafasan ke dalam paru, kemudian kuman tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lain melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfa, melalui saluran pernafasan (*bronchus*) atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya.¹⁶

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* dan sebagainya, 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.¹⁷

b. Etiologi TB

Penyebab TB Paru adalah bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* dan *Mycobacterium bovis*. Kuman-kuman tersebut mempunyai ukuran 0,5-4 mikron x 0,3-0,6 mikron dengan

¹⁶ Soekidjo Notoatmodjo. 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu Dan Seni*. Rineka Cipta. Jakarta.

¹⁷ Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis

bentuk batang tipis, lurus, atau agak bengkok, bergranular atau tidak mempunyai selubung, tetapi mempunyai lapisan luar tebal yang terdiri dari lipoid (terutama asam mikolat).

Secara umum sifat kuman *Mycobacterium tuberculosis* antara lain 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 ultra violet, 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.¹⁸

Bakteri ini mempunyai sifat istimewa, yaitu dapat bertahan terhadap pencucian warna dengan asam dan alkohol, sehingga sering disebut basil tahan asam (BTA), serta tahan terhadap zat kimia dan fisik. Kuman tuberkulosis juga tahan dalam keadaan kering dan dingin, bersifat dorman dan aerob.

c. Gejala dan Tanda Tuberkulosis Paru

Seseorang ditetapkan sebagai tersangka penderita tuberkulosis paru apabila ditemukan gejala klinis utama (*cardinal symptom*) pada dirinya. Gejala pertama pada tersangka TB Paru adalah:

- 1) Batuk berdahak lebih dari dua minggu
- 2) Batuk berdarah
- 3) Sesak napas
- 4) Nyeri dada
- 5) Badan lemas

¹⁸ *Ibid*

- 6) Nafsu makan menurun
- 7) Berat badan menurun
- 8) Malaise
- 9) Berkeringat malam tanpa kegiatan fisik
- 10) Demam meriang lebih dari satu bulan

Dengan strategi yang baru (DOTS/ *Directly Observed Treatment Shortcourse*), gejala utamanya adalah batuk berdahak dan/terus-menerus selama 2 minggu atau lebih. Berdasarkan keluhan tersebut, seseorang sudah dapat ditetapkan sebagai tersangka.¹⁹

d. Cara Penularan TB

Penyakit tuberkulosis yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* ditularkan melalui udara (*droplet nuclei*) saat seorang pasien TBC batuk dan percikan ludah yang mengandung bakteri tersebut terhirup oleh orang lain saat bernapas. Bila penderita batuk, bersin, atau berbicara saat berhadapan dengan orang lain, basil tuberkulosis tersembur dan terhisap ke dalam paru orang sehat. Masa inkubasinya selama 3-6 bulan.

Sumber penularan adalah pasien TB terutama pasien yang mengandung kuman TB dalam dahaknya. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*/percik renik). Infeksi akan terjadi apabila seseorang menghirup udara yang mengandung percikan dahak yang infeksius. Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak yang mengandung kuman sebanyak 0-3500 *M.tuberculosis*. Sedangkan kalau bersin dapat mengeluarkan sebanyak 4500– 1.000.000 *M.tuberculosis*.²⁰

¹⁹ Widoyono. 2008. *Penyakit Tropis. Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya*. Erlangga. Jakarta.

²⁰ Lampiran PerMenKes No. 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis

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

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.

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.

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.

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.

e. Penemuan Penderita TB

Untuk meningkatkan cakupan penemuan tersangka penderita atau yang sering disebut suspek, biasanya menggunakan cara yang biasa dikenal dengan sebutan *passive promotive case finding* (penemuan penderita secara pasif dengan promosi aktif). Artinya penjarangan tersangka penderita dilaksanakan pada mereka yang datang berkunjung ke pelayanan kesehatan, dan penemuan secara pasif tersebut didukung dengan penyuluhan secara aktif, baik oleh petugas kesehatan maupun masyarakat.

Selain itu, semua kontak penderita TB PARU BTA Positif dengan gejala sama, harus diperiksa dahaknya. Seorang petugas diharapkan dapat menemukan tersangka penderita sedini mungkin. Semua tersangka harus diperiksa 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari berturut-turut, yaitu sewaktu-pagi-sewaktu (SPS).

Pada hari pertama saat penderita tersangka TB datang, penderita diminta mengumpulkan dahak dalam pot. Ini adalah spesimen pertama berupa dahak sewaktu (S), kemudian kepada penderita sebelum pulang diberikan pot dahak untuk diisi dahak pada esok paginya (P), dimintakan supaya penderita sendiri yang harus datang membawa spesimen kedua tersebut ke Puskesmas atau unit pelayanan kesehatan lain. Setelah penderita menyerahkan spesimen kedua, penderita akan diberi lagi pot dahak untuk mengumpulkan dahaknya yang ketiga. Spesimen ini merupakan dahak sewaktu (S). Dengan demikian terkumpul tiga dahak SPS.²¹

²¹Depeartemen Kesehatan. 2002. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta

f. Klasifikasi TB Paru berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis

1) TB Paru BTA positif

- a) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA POSITIF
- b) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran *tuberculosis*
- c) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif
- d) 1 atau lebih dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.

2) TB Paru BTA negatif

Kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif. Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi:

- a) Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif
- b) Foto toraks abnormal sesuai dengan gambaran *tuberculosis*. Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT, bagi pasien dengan HIV negatif
- c) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

3) Pencegahan

Pencegahan suspek TB Paru dengan Penyakit TB paru sama. Hal-hal yang dapat mencegah penularan adalah:

- a) Mengurangi kontak dengan penderita penyakit TB paru aktif.
- b) Menjaga standar hidup yang baik, dengan makanan bergizi, lingkungan yang sehat dan berolahraga.
- c) Pemberian vaksin BCG (untuk mencegah kasus TB paru yang lebih berat). Vaksin ini secara rutin diberikan pada semua balita.²²

²² www.cpddokter.com

2. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian suspek TB paru

a. Pejamu (*host*)

1) Umur

Penyakit Tuberkulosis Paru paling sering ditemukan pada usia muda atau usia produktif, yaitu 15-50 tahun. Dewasa ini, dengan terjadinya transisi demografi, menyebabkan usia harapan hidup lansia menjadi lebih tinggi. Pada usia lanjut, lebih dari 55 tahun sistem imunologis seseorang menurun, sehingga sangat rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk penyakit Tuberkulosis Paru.

2) Jenis Kelamin

Menurut WHO, sedikitnya dalam periode setahun ada sekitar 1 juta perempuan yang meninggal akibat tuberkulosis paru. Dari fakta ini, dapat disimpulkan bahwa kaum perempuan lebih rentan terhadap kematian akibat serangan tuberkulosis paru dibandingkan akibat proses kehamilan dan persalinan. Pada laki-laki, penyakit ini lebih tinggi, karena rokok dan minuman alkohol dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh. Sehingga, wajar jika perokok dan peminum beralkohol sering disebut sebagai agen dari penyakit tuberkulosis paru.²³

3) Pendidikan

Tingkat pendidikan berkaitan dengan seseorang dalam menerima dan menyerap informasi. Mereka yang mempunyai tingkat pendidikan lebih tinggi, umumnya lebih dalam menyerap dan menerima informasi masalah kesehatan dibandingkan dengan yang berpendidikan lebih rendah,

²³ Sholeh S. Naga. 2012. *Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. DIVA press. Jogjakarta.

sehingga mempengaruhi dalam keputusan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia.

4) Pendapatan

Jenis pekerjaan seseorang juga mempengaruhi terhadap pendapatan keluarga yang akan mempunyai dampak terhadap pola hidup sehari-hari diantara konsumsi makanan, pemeliharaan kesehatan selain itu juga akan mempengaruhi terhadap kepemilikan rumah. Kepala keluarga yang mempunyai pendapatan dibawah UMR akan mengkonsumsi makanan dengan kadar gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan bagi setiap anggota keluarga sehingga mempunyai status gizi yang kurang dan akan memudahkan untuk terkena penyakit infeksi diantaranya TB Paru. Dalam hal konstruksi rumah dengan mempunyai pendapatan yang kurang maka konstruksi rumah yang dimiliki tidak memenuhi syarat kesehatan sehingga akan mempermudah terjadinya penularan penyakit TB Paru.²⁴

5) Status Gizi

Status gizi adalah keadaan kesehatan fisik seseorang atau kelompok orang yang ditentukan dengan salah satu atau dua kombinasi dari ukuran-ukuran gizi tertentu. Sedangkan Suharjo mengatakan, status gizi adalah keadaan tubuh yang disebabkan oleh konsumsi penyerapan dan penggunaan makanan.²⁵

Sehingga dapat disimpulkan, bahwa dari berbagai pendapat tersebut, status gizi merupakan keadaan atau tingkat kesehatan seseorang pada waktu tertentu akibat pangan pada waktu sebelumnya. Artinya, kualitas dan

²⁴ Sunita Almatsier. 2001. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.

²⁵ http://tbindonesia.or.id/pdf/Data_tb_1_2010.pdf

kuantitas gizi yang masuk dalam tubuh akan berpengaruh pada daya tahan tubuh, sehingga tubuh akan tahan terhadap infeksi kuman Tuberkulosis Paru. Tetapi, apabila keadaan gizi menjadi buruk, maka akan mengurangi daya tahan tubuh terhadap penyakit. Sehingga dapat meningkatkan risiko Tuberkulosis Paru.

6) Kebiasaan merokok

Merokok diketahui mempunyai hubungan dengan meningkatkan resiko untuk mendapatkan kanker paru-paru, penyakit jantung koroner, bronchitis kronik, dan kanker kandung kemih. Kebiasaan merokok meningkatkan risiko untuk terkena TB Paru sebanyak 2,2 kali. Prevalensi merokok pada hampir semua Negara berkembang lebih dari 50% terjadi pada laki-laki dewasa, sedangkan wanita perokok kurang dari 5%. Dengan adanya kebiasaan merokok akan mempermudah untuk terjadinya infeksi TB Paru.²⁶

b. Bibit Penyakit (*Agent*)

Suatu substansi atau elemen makhluk hidup yang kehadirannya dapat menimbulkan/mempengaruhi perjalanan suatu penyakit. Dalam hal ini *Mycobacterium Tuberculosis* merupakan penyebab penyakit tuberkulosis (agen biologis). Agen biologis mempunyai sifat:

- 1) Patogenesiti, yaitu:
 - a) Kemampuan menimbulkan reaksi pada pejamu subklinis dan klinis.
 - b) Proporsi orang yang terinfeksi berkembang menjadi penyakit klinis

²⁶ Suharyo, Kriswiharsi Kun Saptorini. 2006. *Modul Metode Epidemiologi*. UDINUS. Semarang.

- 2) Virulensi, yaitu:
 - a) Derajat berat ringannya reaksi yang ditimbulkan oleh agen biologik
 - b) Proporsi orang dengan penyakit klinis menjadi sakit yang berat atau mati
- 3) Antigenesitas
Kemampuan menimbulkan atau menstimulasi mekanisme pertahanan pejamu (antibodi)
- 4) Invektivitas
Kemampuan menginfeksi pejamu. Artinya proporsi orang terpajan yang menjadi terinfeksi. Seseorang ditetapkan sebagai tersangka penderita tuberkulosis paru apabila ditemukan gejala klinis utama (*cardinal symptom*) pada dirinya. Penularan dapat terjadi melalui udara (*droplet nuclei*) saat seorang pasien TBC batuk dan percikan ludah yang mengandung bakteri tersebut terhirup oleh orang lain saat bernapas. Bila penderita batuk, bersin, atau berbicara saat berhadapan dengan orang lain, basil tuberkulosis tersembur dan terhisap ke dalam paru orang sehat. Masa inkubasinya selama 3-6 bulan.²⁷

c. Lingkungan (*Environment*)

Merupakan agregat dari seluruh kondisi dan pengaruh luar yang mempengaruhi kehidupan dan perkembangan organisme. Lingkungan dapat dibedakan menjadi:

1) Lingkungan fisik

Dalam lingkungan fisik ini penyediaan rumah yang memenuhi persyaratan kesehatan semakin diperlukan untuk meningkatkan kesehatan lingkungan supaya masyarakat dapat terhindar dari pola penyebaran suatu penyakit.

a) Ventilasi

Ventilasi adalah proses dimana udara bersih dari luar ruangan sengaja di alirkan ke dalam ruang dan udara yang buruk dari dalam ruang di keluarkan. Ventilasi mempunyai banyak fungsi. Fungsi pertama adalah untuk menjaga agar aliran udara di dalam rumah tersebut tetap

²⁷ Widoyono, 2008. *Loc. Cit*

segar. Hal ini berarti keseimbangan oksigen yang diperlukan oleh penghuni rumah tersebut tetap terjaga. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kurangnya oksigen di dalam rumah, disamping itu kurangnya ventilasi akan menyebabkan kelembapan udara di dalam ruangan naik. Kelembapan ini merupakan media yang baik untuk pertumbuhan bakteri-bakteri pathogen/ bakteri penyebab penyakit, misalnya kuman TB. Fungsi kedua dari ventilasi adalah untuk membebaskan udara ruangan dari bakteri-bakteri, terutama bakteri pathogen, karena disitu selalu terjadi aliran udara yang terus-menerus. Fungsi lainnya adalah untuk menjaga agar ruangan selalu tetap di dalam kelembapan yang optimum. Syarat kesehatan ventilasi yang baik yaitu bila ventilasi 10-20% dari luas lantai.

b) Cahaya

Untuk memperoleh cahaya yang cukup pada siang hari, diperlukan luas jendela kaca minimum 20% dari luas lantai. Kamar tidur sebaiknya diletakkan sebelah timur untuk memberi kesempatan masuknya sinar ultra violet yang ada dalam sinar matahari pagi. Jika peletakan jendela kurang leluasa, dapat dipasang genteng kaca.

Menurut Robert Korch, semua jenis cahaya dapat mematikan kuman. Hanya berbeda satu sama lain dari segi lamanya proses mematikan kuman. Agar masuknya cahaya matahari tidak terhalang sesuatu di luar rumah, maka jarak rumah yang satu dengan yang lain paling sedikit sama dengan tinggi rumahnya.

c) Kepadatan Hunian

Luas lantai bangunan harus disesuaikan dengan jumlah penghuninya. Luas bangunan yang tidak sebanding dengan jumlah penghuninya akan menyebabkan perjubelan. Minimal luas bangunan untuk tiap anggota keluarga yaitu 10 m². Bila salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi, akan mudah menular kepada anggota keluarga yang lain.

2) Lingkungan Biologi

Penyakit TB Paru dapat timbul dengan lebih cepat pada individu yang mempunyai bakat yang diturunkan. Semakin sering dan lama kontak, maka peluang untuk tertular atau terjadinya penularan semakin besar pula. Orang tua, orang serumah, atau orang yang sering berkunjung ke rumah adalah sumber penularan bagi bayi dan anak yang disebut dengan kontak erat.

3) Lingkungan Sosial Ekonomi

Keadaan lingkungan sosial ekonomi yang rendah sangat berhubungan dengan insidensi dan prevalensi penyakit Tuberkulosis, sehingga suspeknya pun ikut meningkat.²⁸

3. Teori Segitiga Epidemiologi

Model ini menggambarkan relasi tiga komponen penyebab penyakit yaitu pejamu (*host*), penyebab (*agent*), dan lingkungan (*environment*) dalam bentuk segitiga.

Segitiga epidemiologi ini merupakan konsep dasar epidemiologi yang memberi gambaran tentang hubungan antara tiga faktor yg berperan dalam terjadinya penyakit dan masalah kesehatan lainnya. Keadaan di masyarakat dikatakan ada masalah

²⁸ Keman, Soedjadi. 2005, *Kesehatan Perumahan dan Lingkungan Pemukiman*. Dirjen P2M & PLP, Jakarta.

kesehatan jika terjadi ketidak seimbangan antara *Host*, *Agent* dan *Environment*. Pada saat terjadi ketidakseimbangan antara *Host*, *Agent* dan *Environment* akan menimbulkan penyakit pada individu atau masalah kesehatan di masyarakat.

a. Faktor *Host*

Adalah faktor yang melekat pada *host*. Misalnya seperti umur, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan, status gizi, dan kebiasaan merokok.

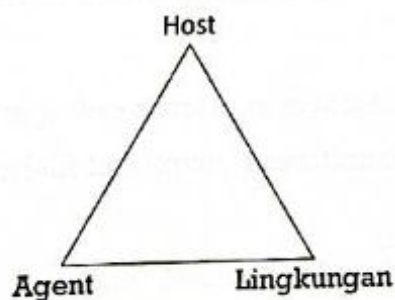
b. Faktor *Agent*

Adalah faktor yang menyebabkan penyakit atau masalah kesehatan. Misalnya adalah *Mycobacterium tuberculosis*.

c. Faktor *Environment*

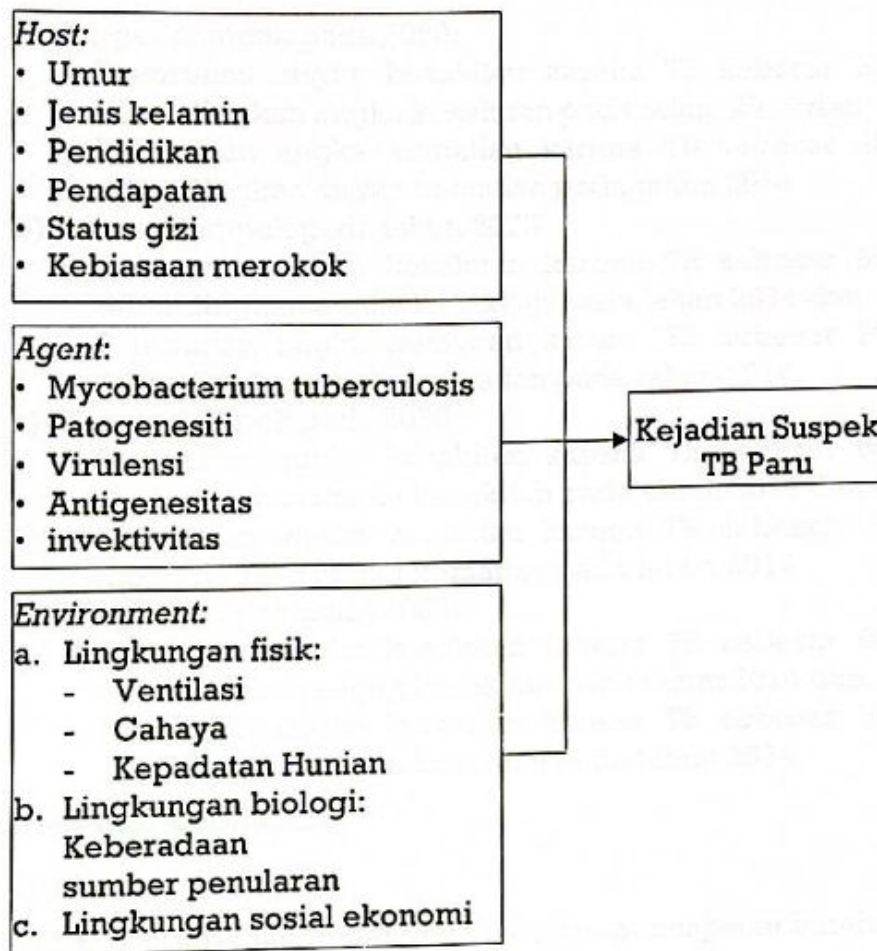
Faktor lingkungan yang mempengaruhi *Host* dan *Agent*. Misalnya ventilasi, cahaya, kepadatan hunian, keberadaan sumber penularan, dan lingkungan sosial ekonomi.

Dari teori yang didapat dari hasil kepustakaan yang ada dan hasil-hasil dari beberapa penelitian didapatkan berbagai faktor yang mempengaruhi kejadian suspek TB Paru. Salah satunya menggunakan teori segitiga epidemiologi.²⁹



Gambar 1. Model Segitiga Epidemiologi

²⁹ *Ibid*



Gambar 2. Modifikasi Teori Segitiga Epidemiologi

4. Target, Strategi dan Kebijakan³⁰

a. Tujuan dan Target Penanggulangan

1) Tujuan

Melindungi kesehatan masyarakat dari penularan TB agar tidak terjadi kesakitan, kematian dan kecacatan.

2) Target

Target Program Nasional Penanggulangan TB sesuai dengan target eliminasi global adalah Eliminasi TB pada tahun 2035 dan Indonesia bebas TB tahun 2050. Eliminasi TB adalah tercapainya cakupan kasus TB 1 per 1 juta penduduk. Tahapan pencapaian target dampak:

³⁰ Lampiran PerMenKes No. 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis

- a) Target dampak pada 2020:
 - Penurunan angka kesakitan karena TB sebesar 30% dibandingkan angka kesakitan pada tahun 2014 dan
 - Penurunan angka kematian karena TB sebesar 40% dibandingkan angka kematian pada tahun 2014
- b) Target dampak pada tahun 2025
 - Penurunan angka kesakitan karena TB sebesar 50% dibandingkan angka kesakitan pada tahun 2014 dan
 - Penurunan angka kematian karena TB sebesar 70% dibandingkan angka kematian pada tahun 2014
- c) Target dampak pada 2030:
 - Penurunan angka kesakitan karena TB sebesar 80% dibandingkan angka kesakitan pada tahun 2014 dan
 - Penurunan angka kematian karena TB sebesar 90% dibandingkan angka kematian pada tahun 2014
- d) Target dampak pada 2035:
 - Penurunan angka kesakitan karena TB sebesar 90% dibandingkan angka kesakitan pada tahun 2014 dan
 - Penurunan angka kematian karena TB sebesar 95% dibandingkan angka kematian pada tahun 2014

b. Strategi dan Kebijakan

1) Strategi

Strategi penanggulangan TB dalam pencapaian eliminasi nasional TB meliputi:

- a) Penguatan kepemimpinan program TB di kabupaten/kota
 - Promosi: Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial
 - Regulasi dan peningkatan pembiayaan
 - Koordinasi dan sinergi program
- b) Peningkatan akses layanan TB yang bermutu
 - Peningkatan jejaring layanan TB melalui PPM (*public-private mix*)
 - Penemuan aktif berbasis keluarga dan masyarakat
 - Peningkatan kolaborasi layanan melalui TB-HIV, TB-DM, MTBS, PAL, dan lain sebagainya
 - Inovasi diagnosis TB sesuai dengan alat/saran diagnostik yang baru
 - Kepatuhan dan Kelangsungan pengobatan pasien atau *Case holding*
 - Bekerja sama dengan asuransi kesehatan dalam rangka Cakupan Layanan Semesta (*health universal coverage*).
- c) Pengendalian faktor risiko
 - Promosi lingkungan dan hidup sehat.
 - Penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi TB

- Pengobatan pencegahan dan imunisasi TB
- Memaksimalkan penemuan TB secara dini, mempertahankan cakupan dan keberhasilan pengobatan yang tinggi.
- d) Peningkatan kemitraan TB melalui Forum Koordinasi TB
 - Peningkatan kemitraan melalui forum koordinasi TB di pusat
 - Peningkatan kemitraan melalui forum koordinasi TB di daerah
- e) Peningkatan kemandirian masyarakat dalam penanggulangan TB
 - Peningkatan partisipasi pasien, mantan pasien, keluarga dan masyarakat
 - Pelibatan peran masyarakat dalam promosi, penemuan kasus, dan dukungan pengobatan TB
 - Pemberdayaan masyarakat melalui integrasi TB di upaya kesehatan berbasis keluarga dan masyarakat
- f) Penguatan manajemen program (*health system strenghtening*)
 - SDM
 - Logistik
 - Regulasi dan pembiayaan
 - Sistem Informasi, termasuk *mandatory notification*
 - Penelitian dan pengembangan inovasi program

2) Kebijakan Penanggulangan TB

- a) Penanggulangan TB dilaksanakan sesuai dengan azas desentralisasi dalam kerangka otonomi daerah dengan Kabupaten/kota 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 (B/BKPM).

- d) Obat Anti Tuberkulosis (OAT) untuk penanggulangan TB disediakan oleh pemerintah dan diberikan secara Cuma-cuma.
- e) Keberpihakan kepada masyarakat dan pasien TB. Pasien TB tidak dipisahkan dari keluarga, masyarakat dan pekerjaannya. Pasien memiliki hak dan kewajiban sebagaimana individu yang menjadi subyek dalam penanggulangan 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.
- h) Pelaksanaan program menerapkan prinsip dan nilai inklusif, proaktif, efektif, responsif, profesional dan akuntabel.
- i) Penguatan Kepemimpinan Program ditujukan untuk meningkatkan komitmen pemerintah daerah dan pusat terhadap keberlangsungan program dan pencapaian target strategi global penanggulangan TB yaitu eliminasi TB tahun 2035.

5. Surveilans dan Sistem Informasi TB

Surveilans TB merupakan salah satu kegiatan untuk memperoleh data epidemiologi yang diperlukan dalam sistem informasi program penanggulangan TB. Sistem informasi program pengendalian TB adalah seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, perangkat, teknologi dan sumber daya manusia (SDM) yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan nasional.

Informasi kesehatan adalah data kesehatan yang telah diolah atau diproses menjadi bentuk yang mengandung nilai dan makna yang berguna untuk meningkatkan pengetahuan dalam mendukung pembangunan kesehatan. Informasi kesehatan untuk program pengendalian TB adalah informasi dan pengetahuan yang memandu dalam melakukan penentuan strategi, perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program TB.

a. Surveilans TB

Terdapat 2 jenis surveilans TB, yaitu: Surveilans berbasis indikator (berdasarkan data pelaporan), dan Surveilans berbasis kejadian (berupa survei: periodik dan sentinel).

1) Surveilans Berbasis Indikator

Surveilans berbasis indikator dilaksanakan dengan menggunakan data layanan rutin yang dilakukan pada pasien TB. Sistem surveilans ini merupakan sistem yang mudah, murah dan masih bisa dipercaya untuk memperoleh informasi tentang TB. Hasil surveilans berdasarkan data rutin ini perlu divalidasi dengan hasil dari surveilans periodik atau surveilans sentinel.

Data yang dikumpulkan harus memenuhi standar yang meliputi:

- a) Lengkap, tepat waktu dan akurat.
- b) Data sesuai dengan indikator program.
- c) Jenis, sifat, format, basis data yang dapat dengan mudah diintegrasikan dengan sistem informasi kesehatan yang generik.

Data untuk program Penanggulangan TB diperoleh dari sistem pencatatan-pelaporan TB. Pencatatan menggunakan formulir baku secara manual didukung dengan sistem informasi secara elektronik, sedangkan pelaporan TB menggunakan sistem informasi elektronik. Penerapan sistem informasi TB secara elektronik disemua faskes dilaksanakan secara bertahap dengan memperhatikan ketersediaan sumber daya di wilayah tersebut.

Sistem pencatatan-pelaporan TB secara elektronik menggunakan Sistem Informasi TB yang berbasis web dan diintegrasikan dengan sistem informasi kesehatan secara nasional dan sistem informasi publik yang lain. Pencatatan dan pelaporan TB diatur berdasarkan fungsi masing-masing tingkatan pelaksana, sebagai berikut:

- a) Pencatatan dan Pelaporan TB Sensitif Obat
- Pencatatan di Fasilitas Kesehatan FKTP dan FKRTL dalam melaksanakan pencatatan menggunakan formulir baku:
 - * Daftar atau buku register terduga TB (TB.06).
 - * Formulir Permohonan Pemeriksaan Bakteriologis TB (TB.05).
 - * Kartu Pengobatan Pasien TB (TB.01).
 - * Kartu Pengobatan Pencegahan TB (TB.01 P)
 - * Kartu Identitas Pasien TB (TB.02).
 - * Register TB Fasilitas Kesehatan (TB.03 faskes).
 - * Formulir Rujukan/Pindah Pasien TB (TB.09).
 - * Formulir Hasil Akhir Pengobatan Pasien TB Pindahan (TB.10).
 - * Register Laboratorium TB untuk Laboratorium Faskes Mikroskopis dan Tes Cepat (TB.04).
 - * Register Laboratorium TB Untuk Rujukan Tes Cepat, Biakan Dan Uji Kepekaan (TB.04 Rujukan).
 - * Formulir Triwulan Uji Silang Sediaan TB Fasilitas Kesehatan Mikroskopis (TB.12 Faskes).
 - * Laporan Pengembangan Ketenagaan Program Penanggulangan TB Fasilitas Kesehatan (TB.14 Faskes).
 - * Pelacakan Kontak Anak (TB.15).
 - * Register Kontak Tuberkulosis (TB.16).
 - Pencatatan dan Pelaporan di Kabupaten/Kota Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menggunakan formulir pencatatan dan pelaporan:
 - * Register TB Kabupaten/Kota (TB.03 Kab/Kota).
 - * Laporan Triwulan Penemuan dan Pengobatan Pasien TB Kabupaten/Kota (TB.07 Kab/Kota).
 - * Laporan Triwulan Hasil Pengobatan Pasien TB Kabupaten/Kota yang terdaftar 12-15 bulan yang lalu (TB.08 Kab/Kota).
 - * Laporan Triwulan Hasil Pemeriksaan Dahak Mikroskopis Akhir Tahap Awal Kabupaten/Kota yang terdaftar 3-6 bulan yang lalu (TB.11 Kab/Kota).
 - * Laporan Triwulan Hasil Uji Silang Sediaan TB Kabupaten/Kota (TB.12 Kab/Kota).
 - * Laporan Triwulan Penerimaan dan Pemakaian OAT Kabupaten/Kota (TB.13 Kab/Kota).
 - * Laporan Pengembangan Ketenagaan Program Penanggulangan TB Kabupaten/Kota (TB.14 Kab/Kota).

- * Formulir pelacakan kasus TB yang datang dari luar negeri.
- Pelaporan di Provinsi
Dinas Kesehatan Provinsi menggunakan formulir pelaporan sebagai berikut:
 - * Laporan Triwulan Penemuan dan Pengobatan Pasien TB Provinsi (TB.07 Provinsi).
 - * Laporan Triwulan Hasil Pengobatan Pasien TB Provinsi yang terdaftar 12-15 bulan yang lalu (TB.08 Provinsi).
 - * Laporan Triwulan Hasil Pemeriksaan Dahak Mikroskopis Akhir Tahap Awal Provinsi yang terdaftar 3-6 bulan yang lalu (TB.11 Provinsi).
 - * Laporan Triwulan Hasil Uji Silang Sediaan TB Provinsi (TB.12 Provinsi).
 - * Laporan Triwulan Rekapitulasi Jumlah OAT yang dapat Digunakan Kabupaten/Kota (TB.13 Provinsi).
 - * Laporan Pengembangan Ketenagaan Program Penanggulangan TB Provinsi (TB.14 Provinsi).
- b) Sistem Pencatatan dan Pelaporan TB Resisten Obat
Pencatatan dan pelaporan TB RO diatur sebagai berikut, berdasarkan fungsi masing-masing tingkatan pelaksana MPTPRO:
 - Pencatatan di Fasilitas Kesehatan Satelit Pencatatan Faskes Satelit menggunakan:
 - * Daftar Terduga TB (TB.06).
 - * Buku rujukan pasien terduga TB resisten obat.
 - * Formulir rujukan pasien terduga TB resisten obat.
 - * Salinan formulir TB.01 MDR (Kartu pengobatan bila mengobati pasien TB MDR).
 - * Salinan formulir TB.02 MDR (Kartu identitas pasien TB MDR bila mengobati).
 - * TB.13A MDR (Permintaan obat ke Faskes Rujukan/Sub rujukan TB MDR bila mengobati).
 - Pencatatan dan Pelaporan di Fasilitas Kesehatan MPTPRO Pencatatan Faskes MPTPRO menggunakan:
 - * Daftar Terduga TB (TB.06).
 - * Formulir data dasar.
 - * Formulir Permohonan Pemeriksaan Bakteriologis TB (TB.05).
 - * Kartu pengobatan pasien TB MDR (TB.01 MDR).
 - * Kartu Identitas pasien TB MDR (TB.02 MDR).
 - * Register pasien TB MDR (TB.03 MDR).
 - * Formulir rujukan/pindah pasien TB MDR.

- Pencatatan dan Pelaporan di Fasilitas Kesehatan Rujukan TB Resistan Obat Faskes Rujukan TB RO menggunakan formulir pencatatan dan pelaporan:
 - * Daftar Terduga TB (TB.06).
 - * Formulir data dasar.
 - * Formulir Permohonan Pemeriksaan Bakteriologis TB (TB.05).
 - * Kartu pengobatan pasien TB MDR (TB.01 MDR).
 - * Kartu Identitas pasien TB MDR (TB.02 MDR).
 - * Register pasien TB MDR Faskes Rujukan/Sub rujukan (TB.03 MDR).
 - * Formulir rujukan/pindah pasien TB MDR.
 - * Formulir Tim Ahli Klinis.
 - * TB.13B MDR (Lembar permintaan dan pemakaian OAT TB MDR ke Dinkes Provinsi).
- Pelaporan di tingkat Kabupaten/Kota Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menggunakan formulir pelaporan sebagai berikut:
 - * Rekapitulasi pasien terduga TB MDR di Kabupaten/Kota.
 - * Register pasien TB MDR Kab/Kota (TB.03 MDR Kab/Kota).
 - * Laporan Triwulan pengobatan pasien TB MDR (TB.07 MDR).
 - * Laporan Triwulan Hasil Pemeriksaan biakan akhir bulan ke enam untuk pasien yang terdaftar 9-12 Bulan yang lalu (TB.11 MDR).
 - * Laporan Triwulan Hasil Pengobatan Pasien TB MDR yang Terdaftar 24-36 Bulan yang lalu (TB.08 MDR).
- Pelaporan di Provinsi Dinas Kesehatan Provinsi menggunakan formulir pelaporan sebagai berikut:
 - * Rekapitulasi pengobatan pasien TB MDR (Rekap TB.07 MDR Provinsi).
 - * Rekapitulasi Hasil Pemeriksaan biakan akhir bulan ke enam untuk pasien yang terdaftar 9-12 Bulan yang lalu (Rekap TB.11 MDR Provinsi).
 - * Rekapitulasi Hasil Pengobatan Pasien TB MDR yang Terdaftar 24-36 Bulan yang lalu (Rekap TB.08 MDR Provinsi).
 - * Laporan OAT TB MDR (TB.13C MDR).
- Pelaporan di Laboratorium rujukan TB MDR Register Laboratorium TB Untuk Rujukan Tes Cepat, Biakan Dan Uji Kepekaan (TB.04 Rujukan).

2) Surveilans Berbasis Kejadian

a) Surveilans Berbasis Kejadian Khusus

Dilakukan melalui kegiatan survei baik secara periodik maupun sentinel yang bertujuan untuk mendapatkan data yang tidak diperoleh dari kegiatan pengumpulan data rutin. Kegiatan ini dilakukan secara *cross-sectional* pada kelompok pasien TB yang dianggap dapat mewakili suatu wilayah tertentu. Kegiatan ini memerlukan biaya yang mahal dan memerlukan keahlian khusus. Hasil dari kegiatan ini dapat digunakan untuk mengkalibrasi hasil surveilans berdasar data rutin.

Contoh: survei prevalensi TB Nasional, sero survey prevalensi HIV diantara pasien TB, survei sentinel TB diantara ODHA, survei resistensi OAT, survei *Knowledge Attitude Practice* (KAP) untuk pasien TB dan dokter praktek mandiri (DPM), dan survei lain-lain.

Pemilihan metode surveilans yang akan dilaksanakan disuatu daerah/wilayah tergantung pada tingkat epidemi TB di daerah/wilayah tersebut, kinerja program TB secara keseluruhan, dan sumber daya (dana dan keahlian) yang tersedia.

b) Surveilans Berbasis Kejadian Luar Biasa

Meliputi surveilans untuk kasus-kasus TB lintas negara terutama bagi warga negara Indonesia yang akan berangkat maupun yang akan kembali ke Indonesia (haji dan TKI). Hal ini dilakukan karena mobilisasi penduduk yang sangat cepat dalam jumlah besar setiap tahunnya tidak menguntungkan ditinjau dari penanggulangan penyakit tuberkulosis. Hal ini bisa menyebabkan terjadinya penyebaran penyakit dari satu wilayah ke

wilayah lain dan/atau dari satu negara ke negara lain dalam waktu yang cepat; juga penyebaran internal dalam rombongan tersebut.

Upaya pengawasan pasien TB yang akan menunaikan ibadah haji atau TKI yang akan berangkat ke luar negeri maupun kembali ke Indonesia memerlukan sistem surveilans yang tepat.

b. Notifikasi Wajib (*Mandatory Notification*)

TB adalah penyakit menular yang wajib dilaporkan. Setiap fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan TB wajib mencatat dan melaporkan kasus TB yang ditemukan dan/atau diobati sesuai dengan format pencatatan dan pelaporan yang ditentukan. Pelanggaran atas kewajiban ini bisa mengakibatkan sanksi administratif sampai pencabutan izin operasional fasilitas kesehatan yang bersangkutan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Sistem notifikasi wajib dapat dilakukan secara manual atau melalui sistem elektronik sesuai dengan tata cara dan sistem yang ditentukan oleh program penanggulangan TB. Dalam pelaksanaan notifikasi, digunakan Nomor Induk Kependudukan (NIK) sebagai identitas pasien TB. Notifikasi wajib pasien TB untuk FKTP (klinik dan dokter praktik mandiri) disampaikan kepada Puskesmas setempat.

Puskesmas akan mengkompilasi laporan kasus TB dari semua FKTP di wilayah kerjanya dan melaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat. Mengingat keterbatasan sumber daya di FKTP (klinik dan dokter praktik mandiri) maka harus disiapkan sistem informasi TB yang lebih sederhana dan mudah dilaksanakan.

Notifikasi wajib pasien TB dari FKRTL (Rumah Sakit, BP4, Klinik Madya dan Utama) disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/kota setempat menggunakan sistem informasi TB yang baku.

Dinas Kabupaten/Kota bertanggungjawab untuk mengawasi dan membina pelaksanaan sistem notifikasi wajib di wilayahnya masing-masing sebagai bagian rutin kegiatan tim PPM.

c. Monitoring dan Evaluasi (Monev)

Monitoring dan evaluasi program TB merupakan salah satu fungsi manajemen untuk menilai keberhasilan pelaksanaan program TB. Monitoring dilakukan secara rutin dan berkala sebagai deteksi awal masalah dalam pelaksanaan kegiatan program sehingga dapat segera dilakukan tindakan perbaikan. Monitoring dapat dilakukan dengan membaca dan menilai laporan rutin maupun laporan tidak rutin, serta kunjungan lapangan. Evaluasi dilakukan untuk menilai sejauh mana pencapaian tujuan, indikator, dan target yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan dalam rentang waktu lebih lama, biasanya setiap 6 bulan s/d 1 tahun.

Pelaksanaan Monev merupakan tanggung jawab masing-masing tingkat pelaksana program, mulai dari Fasilitas kesehatan, Kabupaten/Kota, Provinsi hingga Pusat. Seluruh kegiatan program harus dimonitor dan dievaluasi dari aspek masukan (*input*), proses, maupun keluaran (*output*) dengan cara menelaah laporan, pengamatan langsung dan wawancara ke petugas kesehatan maupun masyarakat sasaran.

1) Pencatatan dan Pelaporan Program TB

Dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan kegiatan surveilans, diperlukan suatu sistem pencatatan dan pelaporan baku yang dilaksanakan dengan baik dan benar,

dengan maksud mendapatkan data yang sah atau valid untuk diolah, dianalisis, diinterpretasi, disajikan dan disebarluaskan untuk dimanfaatkan sebagai dasar perbaikan program.

2) Indikator Program TB

Untuk mempermudah analisis data diperlukan indikator sebagai alat ukur kinerja dan kemajuan program (*marker of progress*). Dalam menilai kemajuan atau keberhasilan program pengendalian TB digunakan beberapa indikator yaitu indikator dampak, indikator utama dan indikator operasional.

a) Indikator Dampak

Merupakan indikator yang menggambarkan keseluruhan dampak atau manfaat kegiatan penanggulangan TB. Indikator ini akan diukur dan di analisis di tingkat pusat secara berkala. Yang termasuk indikator dampak adalah:

- Angka Prevalensi TB
- Angka Insidensi TB
- Angka Mortalitas TB

b) Indikator Utama

Indikator utama digunakan untuk menilai pencapaian strategi nasional penanggulangan TB di tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi, dan Pusat. Adapun indikatornya adalah:

- Cakupan pengobatan semua kasus TB (*case detection rate/CDR*) yang diobati
- Angka notifikasi semua kasus TB (*case notification rate/CNR*) yang diobati per 100.000 penduduk
- Angka keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus
- Cakupan penemuan kasus resisten obat
- Angka keberhasilan pengobatan pasien TB resisten obat
- Persentase pasien TB yang mengetahui status HIV

Untuk tingkat provinsi dan pusat, selain memantau indikator di atas, juga harus memantau indikator yang dicapai oleh Kabupaten/Kota yaitu:

- Persentase kabupaten/kota yang mencapai target CDR
- Persentase kabupaten/kota yang mencapai target CNR
- Persentase kabupaten/kota yang mencapai target angka keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus
- Persentase kabupaten/kota yang mencapai target indikator cakupan penemuan kasus TB resistan obat
- Persentase kabupaten/kota yang mencapai target angka keberhasilan pengobatan pasien TB resistan obat
- Persentase kabupaten/kota yang mencapai target indikator persentase pasien TB yang mengetahui status HIV

c) Indikator Operasional

Indikator ini merupakan indikator pendukung untuk tercapainya indikator dampak dan utama dalam keberhasilan Program Penanggulangan TB baik di tingkat Kab/Kota, Provinsi, dan Pusat, diantaranya adalah:

- Persentase kasus pengobatan ulang TB yang diperiksa uji kepekaan obat dengan tes cepat molekuler atau metode konvensional
- Persentase kasus TB resistan obat yang memulai pengobatan lini kedua
- Persentase Pasien TB-HIV yang mendapatkan ARV selama pengobatan TB
- Persentase laboratorium mikroskopik yang mengikuti uji silang
- Persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti uji silang dengan hasil baik
- Cakupan penemuan kasus TB anak
- Cakupan anak < 5 tahun yang mendapat pengobatan pencegahan INH
- Jumlah kasus TB yang ditemukan di Populasi Khusus (Lapas/Rutan, Asrama, Tempat Kerja, Institusi Pendidikan, Tempat Pengungsian)
- Persentase kasus TB yang ditemukan dan dirujuk oleh masyarakat atau organisasi kemasyarakatan.

Untuk tingkat provinsi dan pusat, selain memantau indikator di atas, juga harus memantau indikator yang dicapai oleh kabupaten/kota yaitu:

- Persentase kabupaten/kota minimal 80% fasyankesnya terlibat dalam PPM
- Persentase kabupaten/kota yang mencapai target indikator persentase pasien TB-HIV yang mendapatkan ARV selama pengobatan TB
- Persentase kabupaten/kota yang mencapai target untuk indikator persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti uji silang
- Persentase kabupaten/kota yang mencapai target untuk indikator persentase laboratorium yang mengikuti uji silang dengan hasil baik
- Persentase kabupaten/kota yang mencapai target cakupan penemuan kasus TB anak
- Persentase kabupaten/kota yang mencapai target indikator cakupan anak < 5 tahun yang mendapat pengobatan pencegahan PP INH

3) Analisis Indikator

Indikator yang harus dianalisa secara rutin (triwulan dan tahunan) adalah sebagai berikut;

- a) Angka kesakitan (insiden) karena TB
Insiden adalah jumlah kasus TB baru dan kambuh yang muncul selama periode waktu tertentu. Angka ini menggambarkan jumlah kasus TB di populasi, tidak hanya kasus TB yang datang ke pelayanan kesehatan dan dilaporkan ke program. Angka ini biasanya diperoleh melalui penelitian *cohort* atau pemodelan (*modelling*) yang dilakukan setiap tahun oleh WHO.
- b) Angka kematian (mortalitas) karena TB
Mortalitas karena TB adalah jumlah kematian yang disebabkan oleh TB pada orang dengan HIV negatif sesuai dengan revisi terakhir dari ICD-10 (*international classification of diseases*). Kematian TB di antara orang dengan HIV positif diklasifikasikan sebagai kematian HIV. Oleh karena itu, perkiraan kematian TB pada orang dengan HIV positif ditampilkan terpisah dari orang.

6. Pengendalian Faktor Risiko

Kuman penyebab TB adalah *Mycobacterium tuberculosis (M.tb)*. Seorang pasien TB, khususnya TB paru pada saat dia bicara, batuk dan bersin dapat mengeluarkan percikan dahak yang mengandung *M.tb*. Orang-orang di sekeliling pasien TB tersebut dapat terpapar dengan cara mengisap percikan dahak. Infeksi terjadi apabila seseorang yang rentan menghirup percik renik yang mengandung kuman TB melalui mulut atau hidung, saluran pernafasan atas, *bronchus* hingga mencapai *alveoli*.

a. Faktor risiko terjadinya TB

1) Kuman penyebab TB.

- a) Pasien TB dengan BTA positif lebih besar risiko menimbulkan penularan dibandingkan dengan BTA negatif.
- b) Makin tinggi jumlah kuman dalam percikan dahak, makin besar risiko terjadi penularan.
- c) Makin lama dan makin sering terpapar dengan kuman, makin besar risiko terjadi penularan.

2) Faktor individu yang bersangkutan.

Beberapa faktor individu yang dapat meningkatkan risiko menjadi sakit TB adalah:

- a) Faktor usia dan jenis kelamin:
 - Kelompok paling rentan tertular TB adalah kelompok usia dewasa muda yang juga merupakan kelompok usia produktif.
 - Menurut hasil survei prevalensi TB, laki-laki lebih banyak terkena TB dari pada wanita.
- b) Daya tahan tubuh:

Apabila daya tahan tubuh seseorang menurun oleh karena sebab apapun, misalnya usia lanjut, ibu hamil, koinfeksi dengan HIV, penyandang diabetes mellitus, gizi buruk, keadaan *immuno-supressive*, bilamana terinfeksi dengan *M.tb*, lebih mudah jatuh sakit.
- c) Perilaku:
 - Batuk dan cara membuang dahak pasien TB yang tidak sesuai etika akan meningkatkan paparan kuman dan risiko penularan.

- Merokok meningkatkan risiko terkena TB paru sebanyak 2,2 kali.
 - Sikap dan perilaku pasien TB tentang penularan, bahaya, dan cara pengobatan.
- d) Status sosial ekonomi:
TB banyak menyerang kelompok sosial ekonomi lemah.

3) Faktor lingkungan:

- a. Lingkungan perumahan padat dan kumuh akan memudahkan penularan TB.
- b. Ruangan dengan sirkulasi udara yang kurang baik dan tanpa cahaya matahari akan meningkatkan risiko penularan.

b. Upaya Pengendalian Faktor Risiko TB

Pencegahan dan pengendalian risiko bertujuan mengurangi sampai dengan mengeliminasi penularan dan kejadian sakit TB di masyarakat. Upaya yang dilakukan adalah:

1) Pengendalian Kuman Penyebab TB

- a) Mempertahankan cakupan pengobatan dan keberhasilan pengobatan tetap tinggi
- b) Melakukan penatalaksanaan penyakit penyerta (komorbid TB) yang mempermudah terjangkitnya TB, misalnya HIV, diabetes, dan sebagainya.

2) Pengendalian Faktor Risiko Individu

- a) Membudayakan PHBS atau Perilaku Hidup Bersih dan Sehat, makan makanan bergizi, dan tidak merokok
- b) Membudayakan perilaku etika berbatuk dan cara membuang dahak bagi pasien TB
- c) Meningkatkan daya tahan tubuh melalui perbaikan kualitas nutrisi bagi populasi terdampak TB
- d) Pencegahan bagi populasi rentan
 - Vaksinasi BCG bagi bayi baru lahir
 - Pemberian profilaksis INH pada anak di bawah lima tahun
 - Pemberian profilaksis INH pada ODHA selama 6 bulan dan diulang setiap 3 tahun
 - Pemberian profilaksis INH pada pasien dengan indikasi klinis lainnya seperti silikosis

3) Pengendalian Faktor Lingkungan

- a) Mengupayakan lingkungan sehat
- b) Melakukan pemeliharaan dan perbaikan kualitas perumahan dan lingkungannya sesuai persyaratan baku rumah sehat

4) Pengendalian Intervensi daerah berisiko penularan

- a) Kelompok khusus maupun masyarakat umum yang berisiko tinggi penularan TB (lapas/rutan, masyarakat pelabuhan, tempat kerja, institusi pendidikan berasrama, dan tempat lain yang teridentifikasi berisiko).
- b) Penemuan aktif dan masif di masyarakat (daerah terpencil, belum ada program, padat penduduk).

5) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

Mencegah penularan TB pada semua orang yang terlibat dalam pemberian pelayanan pada pasien TB harus menjadi perhatian utama. Semua fasyankes yang memberi layanan TB harus menerapkan PPI TB untuk memastikan berlangsungnya deteksi segera, tindakan pencegahan dan pengobatan seseorang yang dicurigai atau dipastikan menderita TB. Upaya tersebut berupa penanggulangan infeksi dengan 4 pilar yaitu:

- a) Pengendalian secara manajerial komitmen, kepemimpinan dan dukungan manajemen yang efektif berupa penguatan dari upaya manajerial bagi program PPI TB yang meliputi:
 - Membuat kebijakan pelaksanaan PPI TB.
 - Membuat Standar Prosedur Operasional (SPO) mengenai alur pasien untuk semua pasien batuk, alur pelaporan dan surveilans.
 - Membuat perencanaan program PPI TB secara komprehensif.
 - Memastikan desain dan persyaratan bangunan serta pemeliharaannya sesuai PPI TB.
 - Menyediakan sumber daya untuk terlaksananya program PPI TB, yaitu tenaga, anggaran, sarana dan prasarana yang dibutuhkan.
 - Monitoring dan Evaluasi.
 - Melakukan kajian di unit terkait penularan TB.
 - Melaksanakan promosi pelibatan masyarakat dan organisasi masyarakat terkait PPI TB

b) Pengendalian secara administratif

Pengendalian secara administratif adalah upaya yang dilakukan untuk mencegah/mengurangi pajanan kuman *M. tuberculosis* kepada petugas kesehatan, pasien, pengunjung dan lingkungan sekitarnya dengan menyediakan, menyebarluaskan dan memantau pelaksanaan prosedur baku serta alur pelayanan. Upaya ini mencakup:

- Strategi Temukan pasien secepatnya, pisahkan secara aman, obati secara tepat (Tempo).
- Penyuluhan pasien mengenai etika batuk.
- Penyediaan tisu dan masker bedah, tempat pembuangan tisu, masker bedah serta pembuangan dahak yang benar.
- Pemasangan poster, spanduk dan bahan untuk KIE.
- Skrining bagi petugas yang merawat pasien TB.

c) Pengendalian lingkungan fasyankes

Pengendalian lingkungan fasyankes adalah upaya peningkatan dan pengaturan aliran udara/ventilasi dengan menggunakan teknologi sederhana untuk mencegah penyebaran kuman dan mengurangi/menurunkan kadar percikan dahak di udara. Upaya Penanggulangan dilakukan dengan menyalurkan percikan dahak ke arah tertentu (*directional airflow*) dan atau ditambah dengan radiasi ultra violet sebagai germisida.

Sistem ventilasi ada 3 jenis, yaitu:

- Ventilasi Alamiah
- Ventilasi Mekanik
- Ventilasi campuran
- Pemanfaatan Alat Pelindung Diri

Penggunaan alat pelindung diri pernafasan oleh petugas kesehatan di tempat pelayanan sangat penting untuk menurunkan risiko terpajan, sebab kadar percik renik tidak dapat dihilangkan dengan upaya administratif dan lingkungan. Alat pelindung diri pernafasan disebut dengan respirator partikulat atau disebut dengan respirator.

Respirator partikulat untuk pelayanan kesehatan N95 atau FFP2 (*health care particular respirator*), merupakan masker khusus dengan efisiensi tinggi untuk melindungi seseorang dari

partikel berukuran < 5 mikron yang dibawa melalui udara. Sebelum memakai respirator ini, petugas kesehatan perlu melakukan *fit tes* untuk mengetahui ukuran yang cocok.

PPI TB pada kondisi/situasi khusus adalah pelaksanaan penanggulangan infeksi pada rutan/lapas, rumah penampungan sementara, barak-barak militer, tempat-tempat pengungsi, asrama dan sebagainya. Misalnya di rutan/lapas skrining TB harus dilakukan pada saat Warga Binaan Pemasyarakatan baru, dan kontak sekamar.

7. Perencanaan dan Penganggaran Program

a. Konsep perencanaan dan penganggaran Program TB

Perencanaan merupakan suatu rangkaian kegiatan yang sistematis untuk menyusun rencana berdasarkan kajian rinci tentang keadaan masa kini dan perkiraan keadaan yang akan muncul dimasa mendatang berdasarkan pada fakta dan bukti, untuk mencapai tujuan secara lebih efektif dan efisien.

Tujuan dari perencanaan adalah tersusunnya rencana program, tetapi proses ini tidak berhenti di sini saja karena setiap pelaksanaan program tersebut harus dipantau agar dapat dilakukan koreksi dan dilakukan perencanaan ulang untuk perbaikan.

Proses perencanaan Program Penanggulangan TB dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Analisis situasi untuk melihat kesenjangan dari capaian dan target yang telah ditetapkan.
- 2) Identifikasi masalah dan menentukan prioritas
- 3) Menetapkan tujuan dan menentukan alternatif-alternatif untuk mencapai tujuan
- 4) Melakukan analisis untuk memilih kegiatan prioritas
- 5) Menyusun rencana kegiatan atau operasional berdasarkan hasil analisis keadaan, masalah dan prioritas
- 6) Perencanaan dan penganggaran Penanggulangan TB harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a) Berbasis data, informasi atau fakta yang akurat tentang situasi epidemiologis dan program TB.
- b) Perencanaan Program Penanggulangan TB di susun setiap tahun berdasarkan kebutuhan kegiatan di masing-masing tingkatan (Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota).
- c) Perencanaan yang dilakukan harus efektif, efisien, dan fokus pada pencapaian target indikator kegiatan, sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan, Rencana Program Jangka Menengah Nasional (RPJMN)/Rencana Program Jangka Menengah Daerah (RPJMD), Strategi Nasional Penanggulangan TB, dan rencana aksi di daerah.
- d) Perencanaan dilakukan berdasarkan skala prioritas, berbasis kinerja dan terpadu/sinergi dan berorientasi luaran (*output*) dan hasil (*outcome*)
- e) Dokumen perencanaan harus disertai data pendukung yang adekuat berupa kerangka acuan, data epidemiolog atau kasus, analisis situasi, jumlah ketersediaan Logistik (OAT dan Perbekalan Kesehatan bukan OAT), referensi harga, Rencana Anggaran Biaya (RAB), SIMAK-BMN dan data pendukung lain.
- f) Alokasi dana baik di tingkat pusat maupun daerah harus dilaksanakan melalui komitmen pembiayaan pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Adanya dana pemerintah daerah menunjukkan bahwa pembiayaan program TB akan lebih berkesinambungan.

b. Pembiayaan Kegiatan Program Penanggulangan TB

Kondisi saat ini Indonesia merupakan salah satu negara dengan penyumbang kasus TB terbanyak oleh karena itu diperlukan pembiayaan yang optimal untuk menurunkan permasalahan TB di Indonesia. Pembiayaan Program TB dapat diidentifikasi dari berbagai sumber mulai dari anggaran pemerintah dan dari berbagai sumber lainnya, sehingga semua potensi sumber dana dapat dimobilisasi.

Mobilisasi alokasi sumber dana secara tepat, baik di tingkat pusat maupun daerah harus dilaksanakan melalui komitmen pembiayaan pemerintah pusat dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional (APBN) dan peningkatan pemerintah daerah dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dan penerimaan dana hibah.

Alokasi dana dalam anggaran nasional dan daerah (provinsi dan kabupaten/kota) bertujuan untuk membiayai pelaksanaan kegiatan pemerintahan dan menentukan arah serta prioritas pembangunan sebagai upaya mendukung pencapaian target Eliminasi TB Tahun 2035 dan SDG'S.

Pembiayaan kegiatan program TB, saat ini didapatkan dari sumber pembiayaan melalui anggaran pemerintah, hibah dan jaminan kesehatan adalah sebagai berikut:

1) APBN (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara)

Alokasi pembiayaan dari APBN digunakan untuk membiayai pelaksanaan kegiatan program TB nasional, namun dalam upaya meningkatkan kualitas program di daerah, Kementerian Kesehatan dalam hal ini Sub Direktorat TB melimpahkan kewenangan untuk mengelola dana APBN dengan melibatkan pemerintah daerah dengan mekanisme sebagai berikut:

- a) Dana dekosentrasi (dekon) yaitu dana dari pemerintah pusat (APBN) yang diberikan kepada pemerintah daerah sebagai instansi vertikal yang digunakan sesuai dengan fungsi, digunakan untuk memperkuat jejaring kemitraan di daerah melalui lintas program dan lintas sektor, meningkatkan monitoring dan evaluasi program pengendalian TB di kabupaten/kota melalui pembinaan teknis, meningkatkan kompetensi petugas TB melalui pelatihan tata laksana program TB.
- b) Dana Alokasi Khusus (DAK) bidang kesehatan adalah dana perimbangan yang ditujukan untuk menciptakan keseimbangan keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam Pembangunan Kesehatan di Daerah. Dana ini diserahkan kepada daerah melalui pemerintah daerah kabupaten/kota untuk menyediakan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan seperti obat, perbekalan kesehatan dan bahan penunjang di laboratorium dalam rangka diagnosis TB dan perbaikan infratraktur di kabupaten/kota termasuk gudang obat.
- c) Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) diserahkan kepada fasilitas pelayanan kesehatan untuk membiayai

operasional petugas, dan dapat digunakan sebagai transport petugas fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka pelacakan kasus yang mangkir TB, pencarian kontak TB.

2) Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD)

Alokasi pembiayaan dari APBD digunakan untuk membiayai pelaksanaan kegiatan program TB di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota, berdasarkan tugas, pokok dan fungsi dari pemerintah daerah.

3) Dana Hibah

Disamping dana dari pemerintah kegiatan operasional pengendalian TB terutama di pusat, provinsi dan kabupaten/kota dibiayai oleh bantuan Hibah.

4) Asuransi kesehatan

Sistem pelayanan kesehatan terutama untuk penatalaksanaan pasien TB memerlukan dukungan sistem pendanaan dari Asuransi Kesehatan berupa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

5) Swasta

Dalam upaya keberlanjutan pembiayaan penanggulangan TB, perlu meningkatkan dana tambahan dari sumber lain seperti sektor swasta melalui dukungan dari dana pertanggung jawaban sosial perusahaan.

c. Pembagian peran dan wewenang dalam penanggulangan TB

Pelaksanaan pembagian peran dan wewenang antara pemerintah pusat dan daerah, bertujuan untuk:

- 1) Meningkatkan komitmen dan kepemilikan program antara pemerintah pusat dan daerah.
- 2) Meningkatkan koordinasi, keterpaduan dan sinkronisasi perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan penilaian program.
- 3) Efisiensi, efektifitas dan prioritas program sesuai dengan kebutuhan.
- 4) Meningkatkan kontribusi pembiayaan program bersumber dari dana pemerintah pusat dan daerah untuk pembiayaan program secara memadai.

Pembagian peran dalam Penanggulangan TB adalah:

1) Tingkat pusat

- a) Menetapkan kebijakan dan strategi program penanggulangan TB (NSPK).
- b) Melakukan koordinasi lintas program/lintas sektor dan kemitraan untuk kegiatan Penanggulangan TB dengan institusi terkait di tingkat nasional.
- c) Memenuhi kebutuhan Obat Anti TB (OAT) lini 1 dan lini 2 (TBRO).
- d) Memenuhi kebutuhan perbekalan kesehatan, reagensia dan penunjang laboratorium lain untuk penegakan diagnosis TB sebagai penyangga kegiatan atau *buffer*.
- e) Pemantapan mutu obat dan laboratorium TB.
- f) Monitoring, evaluasi dan pembinaan teknis kegiatan Penanggulangan TB.
- g) Pendanaan kegiatan operasional Penanggulangan TB yang terkait dengan tugas pokok dan fungsi.
- h) Pendanaan kegiatan peningkatan SDM Penanggulangan TB terkait dengan tugas pokok dan fungsi.

2) Tingkat Provinsi

- a) Melaksanakan ketetapan kebijakan dan strategi program penanggulangan TB (NSPK).
- b) Menyediakan kebutuhan perbekalan kesehatan, reagensia dan penunjang laboratorium lain untuk penegakan diagnosis TB sebagai penyangga kegiatan atau *buffer*.
- c) Melakukan koordinasi lintas program/lintas sektor dan kemitraan untuk kegiatan Penanggulangan TB dengan institusi terkait di tingkat provinsi.
- d) Mendorong ketersediaan dan peningkatan kemampuan tenaga kesehatan Penanggulangan TB.
- e) Pemantauan dan pemantapan mutu atau *quality assurance* untuk pemeriksaan laboratorium sebagai penunjang diagnosis TB.
- f) Monitoring, evaluasi dan pembinaan teknis kegiatan Penanggulangan TB, pemantapan surveilans epidemiologi TB di tingkat kabupaten/kota.
- g) Pendanaan kegiatan operasional Penanggulangan TB yang terkait dengan tugas pokok dan fungsi.
- h) Pendanaan kegiatan peningkatan SDM Penanggulangan TB terkait dengan tugas pokok dan fungsi.

3) Tingkat Kabupaten/Kota

- a) Melaksanakan ketetapan kebijakan dan strategi program penanggulangan TB (NSPK).
- b) Menyediakan kebutuhan perbekalan kesehatan dan bahan pendukung diagnosis.
- c) Menyediakan kebutuhan pendanaan untuk operasional program Penanggulangan TB.
- d) Melakukan koordinasi lintas program dan lintas sektor serta jejaring kemitraan untuk kegiatan Penanggulangan TB dengan institusi terkait di tingkat kabupaten.
- e) Menyediakan kebutuhan Pendanaan kegiatan peningkatan SDM Penanggulangan TB di wilayahnya.
- f) Menyediakan bahan untuk promosi TB.

8. Peran Serta Masyarakat

Peran serta masyarakat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan Tuberkulosis dapat mendorong tercapainya target program. Masyarakat perlu terlibat aktif dalam kegiatan sesuai dengan kondisi dan kemampuan, karena Tuberkulosis dapat ditanggulangi bersama.

Pelibatan secara aktif masyarakat, organisasi kemasyarakatan dan keagamaan baik lintas program dan lintas sektor diutamakan pada 4 area dalam program Penanggulangan TB yaitu:

- a. **Penemuan orang terduga TB**
Masyarakat baik secara individu, dalam keluarga, lingkungan masyarakat maupun secara organisasi terlibat dalam penemuan orang terduga TB dengan melakukan pengamatan dan mengenali orang yang mempunyai gejala TB atau sangat rentan terhadap TB dan atau menganjurkan/merujuknya untuk ke fasilitas kesehatan terdekat.
- b. **Dukungan pengobatan TB**
Peran masyarakat juga sangat penting dalam pengobatan pasien TB yaitu memastikan pasien mendapatkan pengobatan sesuai standar, dan memantau pengobatan sampai sembuh
- c. **Pencegahan TB**
Masyarakat juga dapat menyampaikan pesan kepada anggota masyarakat lainnya tentang pencegahan penularan TB dan berperilaku hidup bersih dan sehat serta bagaimana mengurangi faktor risiko yang membantu penyebaran penyakit;
- d. **Mengatasi faktor sosial yang mempengaruhi penanggulangan TB.**

Peran masyarakat diharapkan dapat membantu mengatasi faktor-faktor di luar masalah teknis medis TB namun sangat mempengaruhi atau memperburuk keadaan yaitu kemiskinan, kondisi hidup yang buruk, gizi buruk, hygiene dan sanitasi, serta kepadatan penduduk.

B. Kajian Terhadap Asas-asas/Prinsip-prinsip Terkait

1. Hierarkhi Norma/Peraturan Perundang-undangan

Pembentukan norma/peraturan perundang-undangan pada prinsipnya harus berpegang pada pedoman bahwa norma/peraturan perundang-undangan lebih rendah mengacu pada norma/peraturan perundang-undangan lebih tinggi. Hans Kelsen mengajarkan, bahwa:

Suatu norma dibentuk oleh norma yang lebih tinggi, norma ini dibentuk oleh norma yang lebih tinggi lagi, dan demikian hal itu seterusnya sampai berhenti pada norma yang tertinggi yang tidak dibentuk oleh norma yang lebih tinggi lagi melainkan diprakirakan atau ditetapkan terlebih dulu keberadaannya oleh masyarakat atau rakyat sendiri. Kelsen menamakan norma yang tertinggi ini *Grundnorm*, *Basic Norm* (Norma Dasar).³¹

Teori Hans Kelsen yang mendapat banyak perhatian tersebut disebut hierarki norma hukum dan rantai validitas yang membentuk piramida hukum (*stufentheorie*). Salah seorang tokoh yang mengembangkan teori tersebut adalah murid Hans Kelsen, yaitu Hans Nawiasky yang mengatakan:

Suatu aturan dasar/pokok negara dapat dituangkan di dalam suatu dokumen negara yang disebut *Staatsverfassung*, atau dapat juga dituangkan dalam beberapa dokumen negara yang tersebar yang disebut dengan istilah *Staatsgrundgesetz*. Dalam kaitannya dengan hierarkhi norma hukum (*stufentheorie*), norma-norma hukum itu berjenjang-jenjang dan berlapis-lapis

³¹ A. Hamid S Attamimi. 1990. Disertasi: *Peranan Keputusan Presiden Republik Indonesia Dalam Penyelenggaraan Pemerintahan Negara*. Jakarta: Universitas Indonesia. hal. 358.

dalam suatu hierarki tata susunan, dimana suatu norma yang lebih rendah berlaku, bersumber dan berdasar pada norma yang lebih tinggi, norma yang lebih tinggi berlaku, bersumber dan berdasar pada norma yang lebih tinggi lagi, demikian seterusnya sampai pada suatu norma yang tidak dapat ditelusuri lebih lanjut dan bersifat hiptetis dan fiktif, yaitu Norma Dasar (*Grundnorm*).³²

Teori Nawiasky tersebut disebut dengan *theorie von stufenaufbau der rechtsordnung*. Susunan norma menurut teori tersebut adalah:

- a. Norma fundamental negara (*Staatsfundamentalnorm*);
Staatsfundamentalnorm adalah norma yang merupakan dasar bagi pembentukan konstitusi atau UUD (*staatsverfassung*) dari suatu negara. Posisi hukum dari *Staatsfundamentalnorm* adalah sebagai syarat bagi berlakunya suatu konstitusi. *Staatsfundamentalnorm* ada terlebih dahulu dari konstitusi suatu negara.
- b. Aturan dasar negara (*staatsgrundgesetz*);
- c. Undang-undang formal (*formell gesetz*); dan
- d. Peraturan pelaksanaan dan peraturan otonom (*verordnung en autonome satzung*).³³

Hans Nawiasky, sebagaimana dikutip oleh A. Hamid S. Attamimi, lebih lanjut memberikan penjelasan bahwa:

Norma tertinggi yang disebut sebagai norma dasar (*basic norm*) dalam suatu negara sebaiknya tidak disebut sebagai *staatsgrundnorm* melainkan *Staatsfundamentalnorm*, atau norma fundamental negara. *Grundnorm* pada dasarnya tidak berubah-ubah, sedangkan norma tertinggi berubah misalnya dengan cara kudeta atau revolusi.³⁴

Berdasarkan teori Nawiasky tersebut, A. Hamid S. Attamimi membandingkan dengan teori Kelsen dan menerapkannya pada struktur tata hukum di Indonesia. Attamimi menunjukkan struktur hierarki tata hukum Indonesia dengan menggunakan teori

³² Maria Farida Indrati Soeprapto. 1998. *Ilmu Perundang-Undangan Dasar-dasar dan Pembentukannya*. Yogyakarta: Kanisius. hal. 25.

³³A. Hamid S Attamimi. 1990. *Op.Cit.* hal. 287.

³⁴ *Ibid.* hal. 359.

Nawiasky. Berdasarkan teori tersebut, struktur tata hukum Indonesia adalah:

- a. *Staatsfundamentalnorm*: Pancasila (Pembukaan UUD 1945).
- b. *Staatsgrundgesetz*: Batang Tubuh UUD 1945, Tap MPR, dan Konvensi Ketatanegaraan.
- c. *Formell gesetz*: Undang-Undang.
- d. *Verordnung en Autonome Satzung*: Secara hierarkis mulai dari Peraturan Pemerintah hingga Keputusan Bupati atau Walikota.³⁵

Pancasila dilihat sebagai cita hukum (*rechtsidee*) merupakan bintang pemandu. Posisi ini mengharuskan pembentukan hukum positif adalah untuk mencapai ide-ide dalam Pancasila, serta dapat digunakan untuk menguji hukum positif. A. Hamid S Attamimi memberikan penjelasan lebih lanjut sebagai berikut:

Dengan ditetapkannya Pancasila sebagai *Staatsfundamentalnorm* maka pembentukan hukum, penerapan, dan pelaksanaannya tidak dapat dilepaskan dari nilai-nilai Pancasila. Namun, dengan penempatan Pancasila sebagai *Staats-fundamentalnorm* berarti menempatkannya di atas Undang-Undang Dasar. Jika demikian, Pancasila tidak termasuk dalam pengertian konstitusi, karena berada di atas konstitusi. Untuk membahas permasalahan ini dapat dilakukan dengan melacak kembali konsepsi norma dasar dan konstitusi menurut Kelsen dan pengembangan yang dibuat oleh Nawiasky, serta melihat hubungan antara Pancasila dan UUD 1945.³⁶

Kelsen membahas validitas norma-norma hukum dengan menggambarannya sebagai suatu rantai validitas yang berujung pada konstitusi negara. Suhendar Abas berpendapat bahwa:

Jika bertanya mengapa konstitusi itu valid, mungkin dapat menunjuk pada konstitusi lama. Akhirnya mencapai beberapa konstitusi hingga konstitusi pertama yang ditetapkan oleh individu atau semacam majelis. Validitas konstitusi pertama adalah presuposisi terakhir, postulat yang final, di mana validitas semua norma dalam tata aturan hukum bergantung. Dokumen yang merupakan wujud konstitusi pertama adalah konstitusi sesungguhnya, suatu norma mengikat, hanya dalam

³⁵ *Ibid.* hal. 359.

³⁶ *Ibid.* hal. 359.

kondisi dipresuposisikan sebagai valid. Presuposisi inilah yang disebut dengan istilah *trancendental-logical pressuposition*.³⁷

Semua norma hukum adalah milik satu tata aturan hukum yang sama karena validitasnya dapat dilacak kembali, secara langsung atau tidak, kepada konstitusi pertama. Hal ini sebagaimana dikatakan oleh Suhendar Abas:

Konstitusi pertama adalah norma hukum yang mengikat adalah sesuatu yang dipreposisi, dan formulasi preposisi tersebut adalah norma dasar dari tata aturan hukum ini. Kalimat terakhir jelas menunjukkan adanya dua hal, yaitu norma dasar adalah presuposisi atas validitas konstitusi pertama. Norma dasar tidak dibuat dalam prosedur hukum oleh organ pembuat hukum. Norma ini valid tidak karena dibuat dengan cara tindakan hukum, tetapi valid karena dipresuposisikan valid, dan dipresuposisikan valid karena tanpa presuposisi ini tidak ada tindakan manusia dapat ditafsirkan sebagai hukum, khususnya norma pembuat hukum.³⁸

A. Hamid S Attamimi di lain pihak mengatakan bahwa:

Logika Kelsen sering dipahami secara salah dengan mencampuradukkan antara presuposisi validitas dan konstitusi, manakah yang merupakan norma dasar (*grundnorm*)?. Hal inilah yang selanjutnya diselesaikan oleh Nawiasky dengan membedakan antara *staatsfundamental-norm* dengan *staatsgrundgesetz* atau *grundnorm* dengan alasan bahwa *grundnorm* pada dasarnya tidak berubah sedangkan *staatsfundamentalnorm* dapat berubah seperti melalui kudeta atau revolusi.³⁹

Pendapat Nawiasky tersebut sebenarnya sejalan dengan pandangan Kelsen. Kelsen juga menyatakan bahwa:

Konstitusi memang dibuat sulit untuk diubah karena dengan demikian menjadi berbeda dengan norma hukum biasa. Selain itu, Kelsen juga menyatakan bahwa suatu tata hukum kehilangan validitasnya secara keseluruhan jika terjadi kudeta atau revolusi yang efektif. Kudeta atau revolusi adalah perubahan tata hukum selain dengan cara yang ditentukan oleh tata hukum itu sendiri. Kudeta atau revolusi menjadi fakta

³⁷ Suhendar Abas. 2011. *Stufenbau Teori Hans Kelsen dan Tinjauan Terhadap Tata Urutan Perundang-Undang Di Indonesia*. Diakses melalui <http://suhendarabas.blogspot.com/2011/05/stufenbau-teori-hans-kelsen-dan.html>

³⁸ *Loc. Cit.*

³⁹ A. Hamid S Attamimi. 1990. *Op. Cit.* hal. 359

hilangnya presuposisi validitas konstitusi pertama dan digantikan dengan presuposisi yang lain. Tata hukum yang berlaku adalah sebuah tata hukum baru meskipun dengan materi yang sama dengan tata hukum lama.⁴⁰

Berdasarkan uraian antara pandangan Kelsen dan Nawiasky tersebut dapat disimpulkan bahwa *staats-fundamentalnorm* yang dikemukakan oleh Nawiasky adalah presuposisi validitas konstitusi pertama yang dikemukakan oleh Kelsen sebagai norma dasar. Sedangkan *staats-grundgesetz*-nya Nawiasky adalah konstitusi dalam pandangan Kelsen. Pertanyaan selanjutnya adalah apakah Pancasila merupakan *staatsfundamentalnorm* atau merupakan bagian dari konstitusi? RM. A.B. Kusuma memberikan penjelasan:

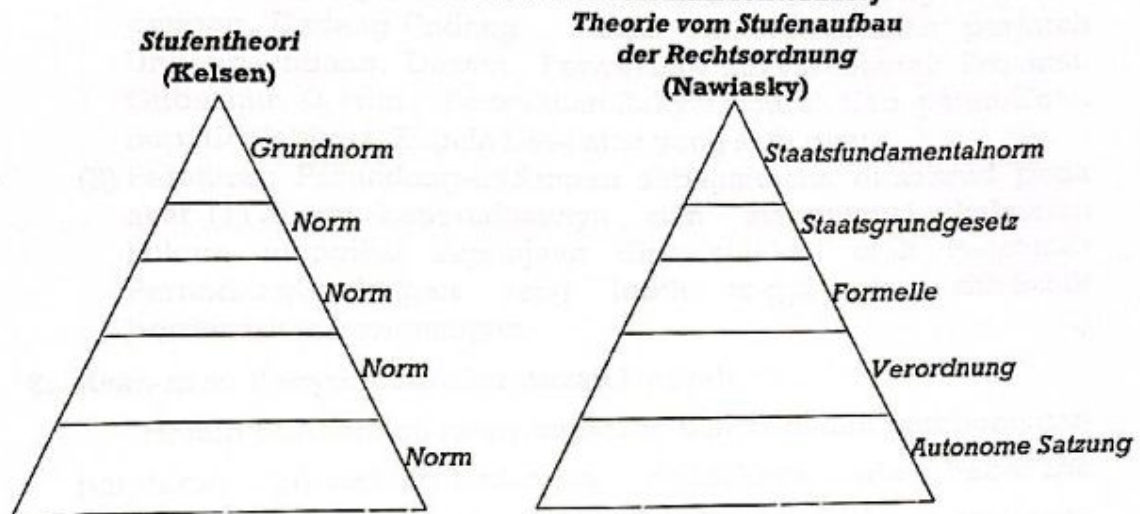
Pancasila lahir dan dirumuskan dalam persidangan BPUPKI pada saat membahas dasar negara, khususnya dalam pidato Soekarno tanggal 1 Juni 1945. Soekarno menyebut dasar negara sebagai *Philosofische grondslag* sebagai fondamen, filsafat, pikiran yang sedalam-dalamnya yang di atasnya akan didirikan bangunan negara Indonesia. Soekarno juga menyebutnya dengan istilah *Weltanschauung* atau pandangan hidup. Pancasila adalah lima dasar atau lima asas.⁴¹

Berdasarkan uraian mengenai teori hierarki atau tata urutan peraturan perundang-undangan tersebut di atas, maka untuk memudahkan pemahaman dapat disajikan dalam bentuk gambar piramida sebagai berikut:

⁴⁰ Suhendar Abas, 2011. *Op. Cit.* tanpa halaman

⁴¹ RM. A.B. Kusuma, 2004. *Lahirnya UUD 1945*. Jakarta: Pusat Studi Hukum Tata Negara Fakultas Hukum Universitas Indonesia. hal. 117.

Gambar 1. Teori Kelsen dan Nawiasky⁴²



Hierarkhi norma atau tata urutan peraturan perundang-undangan di Indonesia, diatur dalam UU No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, sebagaimana ditegaskan dalam Pasal 7 sebagai berikut:

- (1) Jenis dan hierarki Peraturan Perundang-undangan terdiri atas:
 - a. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 - b. Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat;
 - c. Undang-Undang/Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang;
 - d. Peraturan Pemerintah;
 - e. Peraturan Presiden;
 - f. Peraturan Daerah Provinsi; dan
 - g. Peraturan Daerah Kabupaten/Kota.
- (2) Kekuatan hukum Peraturan Perundang-undangan sesuai dengan hierarki sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

Jenis peraturan perundang-undangan selain sebagaimana dimaksud pada Pasal 7 juga terdapat jenis lain sebagaimana ditegaskan pada Pasal 8 UU No. 12 Tahun 2011:

- (1) Jenis Peraturan Perundang-undangan selain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) mencakup peraturan yang ditetapkan oleh MPR, DPR, DPD, Mahkamah Agung, Mahkamah Konstitusi, BPK, Komisi Yudisial, Bank Indonesia, Menteri,

⁴² A. Hamid S Attamimi. 1990. *Op. Cit.* hal. 291

badan, lembaga, atau komisi yang setingkat yang dibentuk dengan Undang-Undang atau Pemerintah atas perintah Undang-Undang, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Provinsi, Gubernur, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten/Kota, Bupati/Walikota, Kepala Desa atau yang setingkat.

- (2) Peraturan Perundang-undangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diakui keberadaannya dan mempunyai kekuatan hukum mengikat sepanjang diperintahkan oleh Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi atau dibentuk berdasarkan kewenangan.

2. Asas-asas Penyusunan Peraturan Daerah

Hamid S. Attamimi menyampaikan bahwa dalam pembentukan peraturan perundang-undangan, setidaknya ada beberapa pegangan yang harus dikembangkan guna memahami asas-asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik secara benar, meliputi:

Pertama, asas yang terkandung dalam Pancasila selaku asas-asas hukum umum bagi peraturan perundang-undangan;
Kedua, asas-asas negara berdasar atas hukum selaku asas-asas hukum umum bagi perundang-undangan;
Ketiga, asas pemerintahan berdasar sistem konstitusi selaku asas-asas umum bagi perundang-undangan, dan
Keempat, asas-asas bagi perundang-undangan yang dikembangkan oleh ahli.⁴³

Berkenaan dengan hal tersebut pembentukan peraturan daerah yang baik selain berpedoman pada asas-asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik (*beginselen van behoorlijke wetgeving*), juga perlu dilandasi oleh asas-asas hukum umum (*algemene rechtsbeginselen*), yang di dalamnya terdiri dari asas negara berdasar atas hukum (*rechtstaat*), pemerintahan berdasar sistem konstitusi, dan negara berdasar kedaulatan rakyat. Peraturan Daerah merupakan salah satu bentuk dari produk hukum daerah, berdasarkan Pasal 236 ayat (1) UU No. 23 Tahun 2014 ditegaskan:

Untuk menyelenggarakan Otonomi Daerah dan Tugas Pembantuan, Daerah membentuk Perda.

⁴³A. Hamid S. Attamimi. 1990. *Op, Cit.* hal. 25

Peraturan Daerah merupakan peraturan yang menjadi dasar hukum bagi pemerintah daerah dalam menyelenggarakan urusan-urusan wajibnya. Dengan demikian peraturan daerah ini berisi tentang ketentuan yang menjadi dasar kewenangan Pemerintah Daerah dalam menjalankan tugas-tugas pemerintahan. Hal tersebut perlu dituangkan dalam suatu Peraturan Daerah mengingat bahwa di era otonomi, Peraturan Daerah dapat mengatur segala urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat yang tidak diatur oleh Pusat. Di bidang tugas pembantuan, Peraturan Daerah tidak mengatur substansi urusan pemerintahan atau kepentingan masyarakat. Peraturan Daerah di bidang tugas pembantuan hanya mengatur tata cara melaksanakan substansi urusan pemerintahan atau suatu kepentingan masyarakat.⁴⁴

Asas pembentukan peraturan perundang-undangan, di dalamnya juga termasuk Peraturan Daerah, berdasarkan UU No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, ditegaskan dalam Pasal 5:

Dalam membentuk Peraturan Perundang-undangan harus dilakukan berdasarkan pada asas Pembentukan Peraturan Perundang-undangan yang baik, yang meliputi:

- a. kejelasan tujuan;
- b. kelembagaan atau pejabat pembentuk yang tepat;
- c. kesesuaian antara jenis, hierarki, dan materi muatan;
- d. dapat dilaksanakan;
- e. kedayagunaan dan kehasilgunaan;
- f. kejelasan rumusan; dan
- g. keterbukaan.

Purnadi Purbacaraka menjelaskan bahwa dalam membentuk peraturan perundang-undangan termasuk Peraturan Daerah, harus berdasarkan pada asas-asas pembentukan yang baik, meliputi:

- a. *Asas kejelasan tujuan* adalah bahwa setiap pembentukan Peraturan Perundang-undangan harus mempunyai tujuan yang jelas yang hendak dicapai;

⁴⁴ Bagir Manan. 2004. *Menyongsong Fajar Otonomi Daerah*. PSH. FH UII. Yogyakarta. hal. 72

- b. *Asas kelembagaan atau organ pembentuk yang tepat* adalah bahwa setiap jenis peraturan perundang-undangan harus dibuat oleh lembaga/pejabat pembentuk peraturan erundang-undangan yang berwenang. Peraturan perundang-undangan tersebut dapat dibatalkan atau batal demi hukum, apabila dibuat oleh lembaga/pejabat yang tidak berwenang;
- c. *Asas 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;
- d. *Asas dapat dilaksanakan* adalah bahwa setiap pembentukan peraturan perundang-undangan harus memperhitungkan efektivitas peraturan perundang-undangan tersebut, baik secara filosofis, yuridis maupun sosiologis:
 - 1) *Aspek Filosofis* adalah terkait dengan nilai-nilai etika dan moral yang berlaku di masyarakat. Peraturan Daerah yang mempunyai tingkat kepekaan yang tinggi dibentuk berdasarkan semua nilai-nilai yang baik yang ada dalam masyarakat;
 - 2) *Aspek Yuridis* adalah terkait landasan hukum yang menjadi dasar kewenangan pembuatan Perda.
 - 3) *Aspek Sosiologis* adalah terkait dengan bagaimana Peraturan Daerah yang disusun tersebut dapat dipahami oleh masyarakat, sesuai dengan kenyataan hidup masyarakat yang bersangkutan.
- e. *Asas hasil guna dan daya guna* adalah bahwa setiap peraturan perundang-undangan dibuat karena memang benar-benar dibutuhkan dan bermanfaat dalam mengatur kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara;
- f. *Asas 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.
- g. *Asas keterbukaan* adalah bahwa dalam proses pembentukan peraturan perundang-undangan mulai perencanaan, persiapan, penyusunan dan pembahasan bersifat transparan. Dengan demikian seluruh lapisan masyarakat mempunyai kesempatan yang seluas-luasnya untuk memberikan masukan dalam proses pembuatan peraturan perundang-undangan;
- h. *Asas materi muatan* adalah materi muatan peraturan perundang-undangan harus mengandung asas-asas sebagai berikut:
 - 1) *Asas kekeluargaan* adalah mencerminkan musyawarah untuk mufakat dalam setiap pengambilan keputusan;

- 2) *Asas kenusantaraan* adalah bahwa setiap materi muatan Perda 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;
- 3) *Asas Bhinneka Tunggal Ika* adalah bahwa materi muatan Peraturan Daerah 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;
- 4) *Asas keadilan* adalah mencerminkan keadilan secara proporsional bagi setiap warga negara tanpa kecuali;
- 5) *Asas kesamaan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan* adalah bahwa setiap materi muatan peraturan daerah tidak boleh berisi hal-hal yang bersifat membedakan berdasarkan latar belakang, antara lain, agama, suku, ras, golongan, gender atau status sosial;
- 6) *Asas ketertiban dan kepastian hukum* adalah bahwa setiap materi muatan peraturan daerah harus dapat menimbulkan ketertiban dalam masyarakat melalui jaminan adanya kepastian hukum;
- 7) *Asas keseimbangan, keserasian, dan keselarasan* adalah bahwa setiap materi muatan peraturan daerah harus mencerminkan keseimbangan, keserasian, dan keselarasan, antara kepentingan individu dan masyarakat dengan kepentingan bangsa dan Negara;
- 8) *Asas pengayoman* adalah memberikan perlindungan dalam rangka menciptakan ketentraman masyarakat;
- 9) *Asas kemanusiaan* adalah mencerminkan perlindungan dan penghormatan hak-hak asasi manusia serta hakekat dan martabat setiap warga negara secara proporsional;
- 10) *Asas kemanusiaan* adalah mencerminkan perlindungan dan penghormatan hak-hak asasi manusia serta harkat dan martabat setiap warga negara secara proporsional;
- 11) *Asas kebangsaan* adalah mencerminkan sifat dan watak Bangsa Indonesia yang pluralistik dengan tetap menjaga prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia.⁴⁶

⁴⁶Purnadi Purbacarakan. dkk. 1979. *Perundang-undangan dan Yurisprudensi*. Alumni. Bandung. Hal. 53

Selanjutnya, Pasal 6 ayat (1) UU No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan menetapkan bahwa materi muatan peraturan perundang harus mencerminkan asas:

1. pengayoman;
2. kemanusiaan;
3. kebangsaan;
4. kekeluargaan;
5. kenusantaraan;
6. bhineka tunggal ika;
7. keadilan;
8. kesamaan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan;
9. ketertiban dan kepastian hukum; dan/atau
10. keseimbangan, keserasian, dan keselarasan.

Berdasarkan uraian di atas, maka pembentukan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Batang tentang Penanganan Tuberkulosis harus didasarkan pada prinsip-prinsip asas-asas sebagaimana diuraikan di atas.

C. Praktik Empiris

1. Tuberkulosis (TB) di Indonesia

Tuberkulosis (TB) sampai dengan saat ini masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di dunia walaupun upaya penanggulangan TB telah dilaksanakan di banyak negara sejak tahun 1995.

Menurut laporan WHO tahun 2015, ditingkat global diperkirakan 9,6 juta kasus TB baru dengan 3,2 juta kasus diantaranya adalah perempuan. Dengan 1,5 juta kematian karena TB dimana 480.000 kasus adalah perempuan. Dari kasus TB tersebut ditemukan 1,1 juta (12%) HIV positif dengan kematian 320.000 orang (140.000 orang adalah perempuan) dan 480.000 TB Resistan Obat (TB-RO) dengan kematian 190.000 orang. Dari 9,6 juta kasus TB baru, diperkirakan 1 juta kasus TB Anak (di bawah usia 15 tahun) dan 140.000 kematian/tahun.

Jumlah kasus TB di Indonesia menurut Laporan WHO tahun 2015, diperkirakan ada 1 juta kasus TB baru per tahun (399 per 100.000 penduduk) dengan 100.000 kematian per tahun (41 per 100.000 penduduk). Diperkirakan 63.000 kasus TB dengan HIV positif (25 per 100.000 penduduk). Angka Notifikasi Kasus (*Case Notification Rate/CNR*) dari semua kasus, dilaporkan sebanyak 129 per 100.000 penduduk. Jumlah seluruh kasus 324.539 kasus, diantaranya 314.965 adalah kasus baru. Secara nasional perkiraan prevalensi HIV diantara pasien TB diperkirakan sebesar 6,2%. Jumlah kasus TB-RO diperkirakan sebanyak 6700 kasus yang berasal dari 1,9% kasus TBRO dari kasus baru TB dan ada 12% kasus TB-RO dari TB dengan pengobatan ulang.

Penyebab utama yang mempengaruhi meningkatnya beban TB antara lain:

- a. Belum optimalnya pelaksanaan program TB selama ini diakibatkan karena masih kurangnya komitmen pelaksana pelayanan, pengambil kebijakan, dan pendanaan untuk operasional, bahan serta sarana prasarana.
- b. Belum memadainya tata laksana TB terutama di fasyankes yang belum menerapkan layanan TB sesuai dengan standar pedoman nasional dan ISTC seperti penemuan kasus/diagnosis yang tidak baku, paduan obat yang tidak baku, tidak dilakukan pemantauan pengobatan, tidak dilakukan pencatatan dan pelaporan yang baku.
- c. Masih kurangnya keterlibatan lintas program dan lintas sektor dalam penanggulangan TB baik kegiatan maupun pendanaan.
- d. Belum semua masyarakat dapat mengakses layanan TB khususnya di Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK), serta daerah risiko tinggi seperti daerah kumuh di perkotaan, pelabuhan, industri, lokasi permukiman padat seperti pondok pesantren, asrama, barak dan lapas/rutan.
- e. Belum memadainya tatalaksana TB sesuai dengan standar baik dalam penemuan kasus/diagnosis, paduan obat, pemantauan pengobatan, pencatatan dan pelaporan.
- f. Besarnya masalah kesehatan lain yang bisa berpengaruh terhadap risiko terjadinya TB secara signifikan seperti HIV, gizi buruk, diabetes mellitus, merokok, serta keadaan lain yang menyebabkan penurunan daya tahan tubuh.

- g. Meningkatnya jumlah kasus TB Resistant Obat (TB-RO) yang akan meningkatkan pembiayaan program TB.
- h. Faktor sosial seperti besarnya angka pengangguran, rendahnya tingkat pendidikan dan pendapatan per kapita, kondisi sanitasi, papan, sandang dan pangan yang tidak memadai yang berakibat pada tingginya risiko masyarakat terjangkit TB.⁴⁶

Menurut laporan WHO tahun 2015, Indonesia sudah berhasil menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat TB di tahun 2015 jika dibandingkan dengan tahun 1990. Angka prevalensi TB yang pada tahun 1990 sebesar > 900 per 100.000 penduduk, pada tahun 2015 menjadi 647 per 100.000 penduduk. Dari semua indikator MDG's untuk TB di Indonesia saat ini baru target penurunan angka insidens yang sudah tercapai. Untuk itu perlu upaya yang lebih besar dan terintegrasi supaya Indonesia bisa mencapai target SDG's pada tahun 2030 yang akan datang.

2. Prevalensi Tuberculosis di Kabupaten Batang

Prevalensi tuberculosis di Kabupaten Batang tahun 2012 sebesar 84,32 per 100.000 penduduk, meningkat bila dibandingkan tahun 2011 sebesar 81,64 per 100.000 penduduk. Angka ini masih di atas Jawa Tengah tahun 2011 sebesar 74,52 per 100.000 penduduk.

3. Angka Penemuan dan Kesembuhan Penderita TB Paru BTA (+) di Kabupaten Batang

Angka insiden (IR) penderita baru TB Paru BTA (+) adalah sebesar 107 per 100.000 penduduk, dengan jumlah penduduk Kabupaten Batang tahun 2012 sebesar 715.115 jiwa maka di Kabupaten Batang diperkirakan ada 762 penderita baru TB Paru BTA (+).

Penemuan penderita baru TB Paru BTA (+) atau *Case Detection Rate* (CDR) di Kabupaten Batang tahun 2012 sebesar 592 kasus (77,28%), meningkat bila dibandingkan capaian tahun 2011

⁴⁶ Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis

sebesar 554 kasus (72,70%). Angka ini sudah mencapai target SPM tahun 2012 sebesar 75%.

Bila dibandingkan dengan angka Jawa Tengah CDR di Kabupaten Batang lebih tinggi, dimana CDR Jawa Tengah tahun 2011 sebesar 59,52%. Meskipun demikian kegiatan penemuan penderita TB Paru BTA (+) tetap terus ditingkatkan, hal ini untuk mengetahui sedini mungkin penderita TB Paru BTA (+) sehingga tidak terlambat di dalam melakukan pengobatan/penyembuhan penderita TB Paru BTA (+).

Evaluasi pengobatan pada penderita TB Paru BTA (+) dilakukan melalui pemeriksaan dahak mikroskopis pada akhir fase intensif satu bulan sebelum akhir pengobatan dan pada akhir pengobatan dengan hasil pemeriksaan negatif.

Dinyatakan sembuh bila hasil pemeriksaan dahak pada akhir pengobatan ditambah minimal satu kali pemeriksaan sebelumnya (sesudah fase awal atau satu bulan sebelum akhir pengobatan) hasilnya negatif. Bila pemeriksaan *follow up* tidak dilakukan, namun pasien telah menyelesaikan pengobatan, maka evaluasi pengobatan pasien dinyatakan sebagai pengobatan lengkap. Evaluasi jumlah pasien dinyatakan sembuh dan pasien pengobatan lengkap dibandingkan jumlah pasien BTA (+) yang diobati disebut keberhasilan pengobatan (*Succes Rate*).

Angka kesembuhan penderita TB Paru BTA (+) di Kabupaten Batang pada tahun 2012 sebesar 92,06%, meningkat bila dibandingkan tahun 2011 sebesar 87,45%. Angka ini sudah mencapai target angka kesembuhan (*Cure Rate*) sebesar 88%.

BAB III

EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT

A. Keterkaitan Peraturan Perundang-Undangan dan Peraturan Daerah

Menetapkan suatu aturan hukum, selain berdasarkan kaidah normatif, juga didasarkan pada kaidah empiris. Hal tersebut penting maknanya untuk melihat efektivitas dari aturan hukum yang dibuat tersebut. Efektivitas atau keberlakuan penegakkan suatu aturan hukum dapat ditandai dengan cara:

1. Masyarakat bisa menerima aturan hukum dan masyarakat akan berperilaku sesuai dengan aturan hukum tersebut.
2. Aparat penegak hukum atau pejabat hukum dapat menerapkan dan menegakkan aturan hukum tersebut.
3. Substansi dari aturan hukum tersebut tidak bertentangan dengan hierarkhi peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi.

Berdasarkan gambaran umum mengenai peraturan perundang-undangan tersebut di atas, maka dalam merumuskan Raperda Kabupaten Batang tentang Penanganan Tuberkulosis diperlukan kajian peraturan perundang-undangan yang terkait untuk menganalisa Penanganan Tuberkulosis. Hal ini perlu dilakukan guna melihat efektivitas ke depan dari Peraturan Daerah yang telah dirancang, serta untuk menghindari tumpang tindih antara satu peraturan dengan peraturan yang lain. Adapun analisa tersebut dapat disajikan sebagai berikut:

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis

Penanggulangan TB dilaksanakan sesuai dengan azas desentralisasi dalam kerangka otonomi daerah dengan Kabupaten/kota sebagai titik berat manajemen program. Hal ini sejalan dengan ketentuan Pasal 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis yang merumuskan:

- (1) Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab menyelenggarakan Penanggulangan TB.
- (2) Penyelenggaraan Penanggulangan TB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan.

Target dan strategi program Penanggulangan TB ditegaskan pada Pasal 3 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016:

- (1) Target program Penanggulangan TB nasional yaitu eliminasi pada tahun 2035 dan Indonesia bebas TB tahun 2050.
- (2) Target program Penanggulangan TB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dievaluasi dan dapat diperbarui sesuai dengan perkembangan program Penanggulangan TB.
- (3) Dalam mencapai target program Penanggulangan TB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) disusun strategi nasional setiap 5 (lima) tahun yang ditetapkan oleh Menteri.
- (4) Untuk tercapainya target program Penanggulangan TB nasional, Pemerintah Daerah provinsi dan Pemerintah Daerah kabupaten/kota harus menetapkan target Penanggulangan TB tingkat daerah berdasarkan target nasional dan memperhatikan strategi nasional.
- (5) Strategi nasional Penanggulangan TB sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri atas:
 - a. penguatan kepemimpinan program TB;
 - b. peningkatan akses layanan TB yang bermutu;
 - c. pengendalian faktor risiko TB;
 - d. peningkatan kemitraan TB;
 - e. peningkatan kemandirian masyarakat dalam Penanggulangan TB; dan
 - f. penguatan manajemen program TB.

Penanggulangan TB terintegrasi dengan penanggulangan program kesehatan lainnya, diantaranya adalah HIV/AIDS dan diabetes melitus. Pasal 5 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 dalam hal ini menegaskan:

- (1) Penanggulangan TB harus dilakukan secara terintegrasi dengan penanggulangan program kesehatan yang berkaitan.
- (2) Program kesehatan yang berkaitan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi program HIV dan AIDS, diabetes melitus, serta program kesehatan lain.

- (3) Penanggulangan TB secara terintegrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui kegiatan kolaborasi antara program yang bersangkutan.

Pasal 6 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 lebih lanjut menegaskan bahwa Penanggulangan TB diselenggarakan melalui kegiatan:

- a. promosi kesehatan;
- b. surveilans TB;
- c. pengendalian faktor risiko;
- d. penemuan dan penanganan kasus TB;
- e. pemberian kekebalan; dan
- f. pemberian obat pencegahan.

2. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 11 Tahun 2013 tentang Pencegahan Dan Penanggulangan Penyakit Di Provinsi Jawa Tengah

Terkait dengan jenis penyakit yang berpotensi menular dan/atau menyebar dalam waktu yang singkat, Pasal 7 menegaskan bahwa Pemerintah Daerah berkewajiban untuk:

- a. menetapkan jenis penyakit yang berpotensi menular dan/atau menyebar dalam waktu yang singkat, serta menyebutkan daerah yang dapat menjadi sumber penularan;
- b. menetapkan kawasan dan prosedur penanganan penyakit yang memerlukan tindakan karantina;
- c. melaksanakan sistem kewaspadaan dan tindakan dini untuk penyakit potensial wabah atau KLB, penyakit tidak menular dan penyakit tertentu yang secara epidemiologis dapat menjadi masalah kesehatan;
- d. menyediakan akses terhadap komunikasi, informasi dan edukasi;
- e. melakukan upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. memobilisasi sumber daya kesehatan;
- g. memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan;
- h. melakukan koordinasi dan kerjasama dengan pemerintah, pemerintah Kabupaten/Kota, masyarakat dan/atau luar negeri sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, sesuai dengan ketentuan Pasal 8 berkewajiban menyelenggarakan pencegahan dan penanggulangan penyakit sesuai kewenangan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 9 ayat (1) lebih lanjut mengatur mengenai penetapan jenis penyakit, bahwa jenis penyakit yang dilakukan pencegahan dan penanggulangan terdiri dari;

- a. penyakit menular;
- b. penyakit tidak menular;
- c. gangguan jiwa;
- d. penyakit akibat kerja.

Salah satu jenis penyakit menular langsung, adalah *Tuberculosis*, hal ini sebagaimana ditegaskan pada Pasal 10:

- (1) Penyakit menular sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a terdiri dari:
 - a. menular langsung;
 - b. menular bersumber binatang;
 - c. menular yang dapat dicegah dengan imunisasi.
- (2) Penyakit menular langsung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. *Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*;
 - b. *Tuberculosis (TB)***;
 - c. Kusta;
 - d. Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA);
 - e. Diare;
 - f. *Influenza A* baru;
 - g. *Typoid*;
 - h. *Hand food and mouth disease (HMFD)*;
 - i. *Hepatitis A*;
 - j. *Hepatitis C*.
- (3) Penyakit Menular Bersumber Binatang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b meliputi:
 - a. Malaria;
 - b. *Arbovirosis (Demam Berdarah Dengue (DBD), Chikungunya, Japanese Encephalitis (JE))*;
 - c. *Filaria* dan kecacingan;
 - d. *Zoonosis (Avian Influenza, Rabies, Pes, Antraks, Leptospirosis, Brucellosis)*.

- (4) Penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c meliputi:
 - a. Campak;
 - b. Polio;
 - c. Difteri;
 - d. Pertusis;
 - e. Tetanus;
 - f. *uberculosis (TB)*;
 - g. *Hepatitis B*;
 - h. *Meningitis*.

Penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan penyakit diatur pada Pasal 15:

- (1) Penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan penyakit dilakukan oleh masyarakat bersama pemerintah dan/atau pemerintah daerah dan/atau pemerintah daerah kabupaten/kota.
- (2) Penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan penyakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melalui upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- (3) Sasaran pencegahan dan penanggulangan penyakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan terhadap orang, lingkungan, sumber penularan lainnya dan/atau faktor risiko terjadinya penyakit dengan cara intervensi langsung dan/atau tidak langsung.

B. Harmonisasi Secara Vertikal dan Horizontal

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, kata harmonis diartikan sebagai bersangkut paut dengan (mengenai) harmoni; seia sekata. Sedangkan mengharmoniskan diartikan menjadikan harmonis. Pengharmonisan adalah proses, cara, perbuatan mengharmoniskan. Keharmonisan diartikan sebagai perihal (keadaan) harmonis; keselarasan; keserasian.⁴⁷

Badan Pembinaan Hukum Nasional Depkumham, memberikan pengertian harmonisasi hukum sebagai kegiatan ilmiah untuk menuju proses perharmonisasian (penyelarasan) hukum tertulis yang mengacu pada nilai-nilai filosofis, sosiologis, ekonomis dan yuridis.⁴⁸

⁴⁷ Setio Supto Nugroho. 2009. *Harmonisasi Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan*. Biro Peraturan Perundang-undangan Bidang Perekonomian Sekretariat Negara. Jakarta. hal. 4

⁴⁸ *Ibid*

Dari pengertian tersebut di atas dapat diartikan bahwa harmonisasi peraturan perundang-undangan adalah proses penyerasian dan penyelarasan antar peraturan perundang-undangan sebagai suatu bagian integral atau sub sistem dari sistem hukum guna mencapai tujuan hukum.

1. Harmonisasi Vertikal

Pembentuk peraturan perundang-undangan wajib menyusun suatu peraturan perundang-undangan secara selaras dengan pasal-pasal dalam peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi yang merupakan pasal yang menjadi dasar pembentukan peraturan perundang-undangan tersebut. Hal inilah yang disebut dengan **harmonisasi vertikal** peraturan perundang-undangan, yakni harmonisasi peraturan perundang-undangan dengan peraturan perundang-undangan lain **dalam hierarki yang berbeda.**⁴⁹

Arti penting harmonisasi vertikal peraturan perundang-undangan ini adalah bahwa dalam sistem hukum Indonesia peraturan perundang-undangan tersebut dapat diuji oleh kekuasaan kehakiman. Pasal 24C Undang-Undang Dasar 1945 menyatakan:

Mahkamah Konstitusi berwenang mengadili pada tingkat pertama dan terakhir yang putusannya bersifat final untuk menguji undang-undang terhadap Undang-Undang Dasar, kewenangannya diberikan lembaga negara yang memutuskan pembubaran partai politik, dan memutuskan perselisihan tentang hasil pemilihan umum.

Pasal 24 A ayat (1) Undang-Undang Dasar Tahun 1945, menyatakan:

Mahkamah agung berkenan mengadili pada tingkat kasasi, menguji peraturan perundang-undangan di bawah undang-undang terhadap undang-undang, dan mempunyai wewenang lainnya yang diberikan oleh undang-undang.

⁴⁹ *Ibid* hal. 7

Dengan pengaturan sebagaimana tersebut di atas maka suatu undang-undang dapat dimintakan *Judicial Review* atau pegujian yudisial kepada Mahkamah Konstitusi sedangkan peraturan perundang-undangan di bawah undang-undang dapat dimintakan *Judicial Review* atau pegujian yudisial kepada Mahkamah Agung jika di dalamnya terdapat suatu ketentuan yang bertentangan dengan ketentuan dalam peraturan perundang-undangan yang secara hierarki lebih tinggi. Terhadap undang-undang apabila Mahkamah Konstitusi berpendapat bahwa benar terdapat suatu ketentuan di dalamnya yang bertentangan dengan ketentuan dalam Undang-Undang Dasar 1945, maka Mahkamah Konstitusi dapat mengeluarkan putusan untuk membatalkan ketentuan yang dimaksud dan menyatakannya tidak berkekuatan hukum tetap. Begitu pula dengan peraturan perundang-undangan di bawah undang-undang apabila Mahkamah Agung berpendapat bahwa benar terdapat suatu ketentuan di dalamnya yang bertentangan dengan ketentuan dalam undang-undang, maka Mahkamah Agung dapat mengeluarkan putusan untuk membatalkan ketentuan yang dimaksud dan menyatakannya tidak berkekuatan hukum tetap.⁵⁰

Dalam hal inilah harmonisasi vertikal peraturan perundang-undangan mempunyai peranan penting. Selain berfungsi membentuk peraturan perundang-undangan yang saling terkait dan tergantung serta membentuk suatu kebulatan yang utuh, harmonisasi vertikal peraturan perundang-undangan berfungsi sebagai tindakan *preventif* guna mencegah terjadinya *Judicial Review* suatu peraturan perundang-undangan, karena jika hal ini terjadi maka akan timbul berbagai macam kerugian baik dari segi biaya, waktu, maupun tenaga. Dari segi biaya peraturan perundang-undangan tersebut dalam penyusunannya dibiayai dari dana APBN/APBD yang tidak sedikit, dari segi waktu proses penyusunannya membutuhkan waktu yang tidak sebentar bahkan

⁵⁰ *Ibid* hal. 8

dapat memakan waktu bertahun-tahun, sedangkan dari segi tenaga dalam penyusunan peraturan perundang-undangan dibutuhkan banyak energi, konsentrasi, dan koordinasi dari pembuat peraturan perundang-undangan tersebut. Dengan adanya proses harmonisasi vertikal peraturan perundang-undangan yang baik maka potensi berbagai kerugian di atas dapat dicegah.⁵¹

2. Harmonisasi Horizontal

Di samping harmonisasi vertikal tersebut di atas di dalam penyusunan peraturan perundang-undangan harus diperhatikan pula harmonisasi yang dilakukan terhadap peraturan perundang-undangan dalam **struktur hierarki yang sama atau sederajat**. Jenis harmonisasi ini disebut dengan **harmonisasi horisontal** peraturan perundang-undangan. Harmonisasi horisontal berangkat dari asas ***lex posteriore derogat lex priori*** yang artinya adalah suatu peraturan perundang-undangan yang baru mengesampingkan/ mengalahkan peraturan perundang-undangan yang lama dan asas ***lex specialis derogat lex generali*** yang berarti suatu peraturan perundang-undangan yang bersifat khusus mengenyampingkan/mengalahkan peraturan perundang-undangan yang bersifat umum. Harmonisasi horisontal peraturan perundang-undangan yang dilandasi kedua asas tersebut sangat penting artinya dalam penyusunan suatu peraturan perundang-undangan dikarenakan pada hakikatnya suatu peraturan perundang-undangan merupakan bentuk pengaturan yang lintas sektoral dan tidak dapat berdiri sendiri. Di dalam peraturan perundang-undangan tersebut terdapat berbagai sektor dan bidang hukum yang berbeda-beda namun saling kait mengkait dan terhubung satu sama lain sehingga dibutuhkan suatu pengaturan yang komprehensif, bulat dan utuh.⁵²

⁵¹ *Ibid* hal. 8-9

⁵² *Ibid* hal. 9

Pembentuk peraturan perundang-undangan dalam hal ini perlu berkoordinasi dengan instansi yang terkait dengan substansi yang akan diatur dalam peraturan perundang-undangan tersebut. Jika proses Harmonisasi Horizontal peraturan perundang-undangan ini gagal dilaksanakan maka akan tercipta kondisi tumpang tindihnya antar sektor dan bidang hukum dalam sistem hukum suatu negara. Kondisi ini akan berdampak sangat masif dan berbahaya karena dapat menciptakan ketidakpastian hukum dan ambiguitas dalam penerapan peraturan perundang-undangan tersebut yang pada akhirnya menggagalkan tujuan hukum untuk mengabdikan pada tujuan negara yakni menciptakan kesejahteraan dan kebahagiaan bagi rakyatnya.

Harmonisasi Horizontal peraturan perundang-undangan tersebut dilakukan berdasarkan asas *lex posteriori derogat lex priori* terhadap suatu peraturan perundang-undangan yang berada dalam hierarki yang sama dan sederajat dan dalam prakteknya diatur dalam ketentuan penutup pada suatu peraturan perundang-undangan. Dalam ketentuan penutup suatu peraturan perundang-undangan diatur status peraturan perundang-undangan yang sudah ada apakah dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan atau dinyatakan tidak berlaku sama sekali. Ketentuan ini sangat penting guna mengatur dan menata berbagai aspek dan bidang hukum yang terkait dengan peraturan perundang-undangan tersebut sehingga tidak terjadi dualisme pengaturan suatu aturan hukum yang sama dalam beberapa peraturan perundang-undangan. Sedangkan penerapan *lex specialis derogat lex generali* dalam Harmonisasi Horizontal diperlukan guna membentuk suatu peraturan perundang-undangan yang mempunyai bentuk dan karakteristik khusus dan berbeda (*sui generis*) dengan peraturan perundang-undangan yang lain guna mencapai tujuan tertentu.⁵³

⁵³ *Ibid* hal. 10

Harmonisasi vertikal dalam pembentukan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Batang tentang Penanganan Tuberkulosis ini merupakan peraturan pelaksanaan dari perundang-undangan yang lebih tinggi, yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis dan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 11 Tahun 2013 tentang Pencegahan Dan Penanggulangan Penyakit Di Provinsi Jawa Tengah.

Sedangkan harmonisasi horisontal disesuaikan dengan Peraturan Daerah Kabupaten Batang yang sejalan atau sesuai dengan pengaturan mengenai penyelenggaraan kesehatan dan penanggulangan penyakit menular di Kabupaten Batang.

BAB IV

LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS

Landasan filosofis, landasan sosiologis dan landasan yuridis merupakan landasan dasar bagi pembentukan suatu peraturan perundang-undangan, sehingga suatu peraturan perundang-undangan dapat dikatakan baik apabila pertimbangan pembentukannya didasarkan pada ketiga landasan tersebut, hal ini sebagaimana pendapat Rosjidi Ranggawidjaja sebagai berikut:

Suatu peraturan perundang-undangan yang baik sekurang-kurangnya memiliki tiga landasan, yaitu landasan filosofis, landasan sosiologis dan landasan yuridis. Meskipun demikian ada yang menambahnya dengan landasan teknik perancangan dan landasan politis. Menurut Rosjidi Ranggawidjaja landasan peraturan perundang-undangan adalah landasan filosofis, landasan sosiologis dan landasan yuridis.⁵⁴

Berdasarkan pendapat Rosjidi Ranggawidjaja tersebut di atas, maka dapat dijelaskan bahwa landasan peraturan perundang-undangan adalah landasan filosofis, landasan sosiologis dan landasan yuridis.

A. Landasan Filosofis

Filsafat atau pandangan hidup sesuatu bangsa tiada lain berisi nilai-nilai moral atau etika dari bangsa tersebut. Moral dan etika pada dasarnya berisi nilai-nilai yang baik dan yang tidak baik. Nilai yang baik adalah pandangan dan cita-cita yang dijunjung tinggi. Di dalamnya ada nilai kebenaran, keadilan, kesusilaan, dan berbagai nilai lainnya yang dianggap baik. Pengertian baik, benar, adil, dan susila tersebut menurut takaran-takaran bangsa yang bersangkutan. Hukum yang baik harus berdasarkan kepada semua itu. Hukum yang dibentuk tanpa memperhatikan moral bangsa akan sia-sia diterapkannya, tidak akan ditaati atau dipatuhi. Semua nilai yang ada

⁵⁴ Rosjidi Ranggawidjaja. 1998. *Pengantar Ilmu Perundang-undangan Indonesia*. Mandar Maju. Bandung. hal. 43

di Indonesia akan terakumulasi dalam Pancasila, karena Pancasila adalah pandangan hidup, cita-cita bangsa, falsafah atau jalan kehidupan, dan berbagai sebutan lainnya. Rosjidi Ranggawidjaja berpendapat sebagai berikut:

Apapun jenisnya filsafat hidup bangsa, harus menjadi rujukan dalam membentuk hukum yang akan dipergunakan dalam kehidupan bangsa tersebut. Oleh karena itu kaidah hukum yang dibentuk (yang termuat dalam peraturan perundang-undangan) harus mencerminkan filsafat hidup bangsa itu. Sekurang-kurangnya tidak bertentangan dengan nilai-nilai moral bangsa. Hukum harus berakar dari moral.⁵⁵

Tujuan pembentukan Negara dan Pemerintah Indonesia dapat dilihat dari pembukaan UUD 1945 alinea keempat yaitu bahwa untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial. Konteks melindungi segenap bangsa Indonesia dalam pembukaan UUD 1945 dapat dimaknai secara luas yaitu untuk memenuhi tujuan negara lainnya yaitu guna memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa. Kesejahteraan umum tidak hanya mempunyai aspek lahiriah atau pembangunan fisik semata tetapi juga aspek batiniah yaitu aspek kejiwaan manusianya, disamping pula yang tidak kalah pentingnya yaitu aspek kognitif dalam bentuk kecerdasan.

Hal ini disadari benar oleh para perumus konstitusi dengan menuangkannya di dalam batang tubuh UUD 1945 yaitu Pasal 28H ayat (1) bahwa "setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan."

⁵⁵ Rosjidi Ranggawidjaja. 1998. *Pengantar Ilmu Perundang-undangan Indonesia*. Mandar Maju. Bandung. hal. 43.

Pasal 28H dalam sistematika UUD 1945 masuk ke dalam Bab XA tentang Hak Asasi Manusia. Ini artinya bahwa hidup sejahtera lahir dan batin, tempat tinggal serta lingkungan hidup yang baik dan sehat merupakan kebutuhan manusia yang menjadi hak asasi yang harus dihormati dan dipenuhi oleh Negara dalam konteks melindungi kehidupan segenap bangsa Indonesia. Pemenuhan keseluruhan hak asasi manusia termasuk hak asasi untuk memperoleh hidup sejahtera lahir dan bathin, tempat tinggal serta lingkungan hidup yang baik dan sehat merupakan Kewajiban Negara dan tanggung jawab Pemerintah, sebagaimana tertuang dalam dalam Pasal 28I ayat (4) yang berbunyi: Perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak asasi manusia adalah tanggung jawab negara, terutama pemerintah.

Terkait dengan Penanganan Tuberkulosis, maka yang menjadi landasan filosofis adalah bahwa perkembangan penyakit Tuberkulosis tidak mengenal batas wilayah, usia, status sosial dan jenis kelamin sehingga perlu dilakukan penanganan agar kesehatan yang merupakan hak asasi manusia terpenuhi.

B. Landasan Sosiologis

Aspek sosiologis adalah terkait dengan bagaimana Peraturan Daerah yang disusun tersebut dapat dipahami oleh masyarakat, sesuai dengan kenyataan hidup masyarakat yang bersangkutan. Keyakinan umum atau kesadaran hukum masyarakat merupakan landasan sosiologis dari suatu peraturan perundang-undangan. Hal ini sebagaimana dikatakan oleh Bagir Manan sebagai berikut:

Suatu peraturan perundang-undangan dikatakan mempunyai landasan sosiologis apabila ketentuan-ketentuannya sesuai dengan keyakinan umum atau kesadaran hukum masyarakat. Hal ini penting agar peraturan perundang-undangan yang dibuat ditaati oleh masyarakat, tidak menjadi huruf-huruf mati belaka. Hal ini berarti bahwa peraturan perundang-undangan yang dibuat harus dipahami oleh masyarakat sesuai dengan kenyataan hidup masyarakat yang bersangkutan. Membuat suatu aturan yang tidak sesuai dengan tata nilai, keyakinan dan kesadaran masyarakat

tidak akan ada artinya, tidak mungkin dapat diterapkan dengan "hukum yang hidup" (*living law*) dalam masyarakat dan dalam suatu masyarakat, akan menjadi nilai kehidupan selanjutnya. Produk perundang-undangan tidak sekedar merekam keadaan seketika. Masyarakat berubah, nilai-nilai pun berubah, kecenderungan dan harapan masyarakat harus dapat diprediksi dan terakumulasi dalam peraturan perundang-undangan yang berorientasi masa depan.⁵⁶

Landasan sosiologis adalah satu peraturan perundang-undangan yang dibuat harus dapat dipahami oleh masyarakat sesuai dengan kenyataan hidup. Hal ini berarti bahwa hukum yang dibentuk harus sesuai dengan hukum yang hidup (*the living law*) dalam masyarakat. Dalam kondisi demikian inilah maka perundang-undangan tidak mungkin lepas dari gejala-gejala sosial yang ada di masyarakat.⁵⁷

Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka landasan sosiologis dari pembentukan Peraturan Daerah tentang Penanganan Tuberkulosis adalah bahwa penanganan Tuberkulosis harus diselenggarakan secara terpadu, komprehensif, dan berkesinambungan serta melibatkan semua pihak yang terkait.

C. Landasan Yuridis

Landasan yuridis adalah landasan hukum yang menjadi dasar kewenangan pembuat peraturan perundang-undangan. Apakah kewenangan seorang pejabat atau badan mempunyai dasar hukum yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan atau tidak. Dasar hukum kewenangan membentuk peraturan perundang-undangan sangat diperlukan. Tanpa disebutkan dalam peraturan perundang-undangan, seorang pejabat atau suatu badan adalah tidak berwenang mengeluarkan peraturan. Misalnya, Pasal 20 ayat (1) UUD 1945 memberikan kewenangan kepada Dewan Perwakilan Rakyat untuk membentuk Undang-undang. Ketentuan dalam Pasal 20 ayat (1) tersebut adalah:

⁵⁶ Bagir Manan 1992. *Dasar-Dasar Perundang-undangan Indonesia*. Ind-Hill. Co. Jakarta. hal. 43.

⁵⁷ Soimin. 2010. *Pembentukan Peraturan Negara Di Indonesia*. Sinar Grafika. Jakarta. hlm. 18

Dewan Perwakilan Rakyat memegang kekuasaan membentuk undang-undang (*hasil perubahan pertama*).

Jimly Asshiddiqie membuat perbandingan perumusan atas Pasal 20 ayat (1) tersebut kaitannya dengan sebelum dan sesudah amandemen Undang-Undang Dasar 1945 sebagai berikut:

Sebelum amandemen UUD 1945, Pasal 5 ayat (1) menentukan Presiden memegang kekuasaan membentuk undang-undang dengan persetujuan DPR. Dalam rumusan yang baru berdasarkan hasil Perubahan Pertama dinyatakan bahwa Presiden berhak mengajukan rancangan undang-undang kepada DPR. Dalam Pasal 20 ayat (1) ini ditegaskan DPR memegang kekuasaan membentuk undang-undang. Dengan adanya perubahan ini, jelaslah bahwa kekuasaan legislatif yang semula utamanya dipegang oleh Presiden dengan persetujuan DPR, dialihkan menjadi dipegang oleh DPR, sedangkan Presiden hanya dinyatakan berhak mengajukan rancangan undang-undang, bukan sebagai pemegang kekuasaan legislatif yang utama. Perubahan ini biasa disebut sebagai pergeseran kekuasaan legislatif dari Presiden ke DPR.⁵⁸

Demikian pula ketentuan Pasal 5 ayat (2) memberikan dasar hukum kewenangan kepada Presiden dalam menetapkan peraturan Pemerintah untuk menjalankan Undang-undang. Landasan demikian sering disebut sebagai landasan yuridis formal. Ketentuan dalam Pasal 5 ayat (2) tersebut adalah sebagai berikut:

Presiden menetapkan peraturan pemerintah untuk menjalankan undang-undang sebagaimana mestinya (*asli*).

Jimly Asshiddiqie, memberikan pendapatnya atas Pasal 5 ayat (2) tersebut sebagai berikut:

Peraturan Pemerintah ini menyangkut kewenangan *pouvoir réglementaire* yang didasarkan atas kewenangan legislatif yang dimiliki oleh Dewan Perwakilan Rakyat. Sifat mengatur (*regeling*) dari peraturan pemerintah ini adalah merupakan *derivat* atau turunan dari kewenangan untuk menetapkan materi undang-undang yang berada di Dewan Perwakilan Rakyat (parlemen).⁵⁹

⁵⁸ Jimly Asshiddiqie. 2002. *Konsolidasi Naskah UUD 1945 Setelah Perubahan Keempat*. Pusat Studi Hukum Tata Negara FH. UI. Jakarta, hal. 25.

⁵⁹ *Ibid.* hal. 7.

Landasan yuridis formal selain menetapkan badan yang berwenang membentuk, juga secara garis besar ditetapkan sebagai proses dan prosedur penetapannya. Misalnya, suatu Undang-undang sebelum ditetapkan (istilah UUD 1945: disahkan) menjadi Undang-undang harus mendapat persetujuan dulu dari Dewan Perwakilan Rakyat. Demikian juga misalnya Peraturan Daerah, dibentuk oleh Kepala Daerah dengan persetujuan DPRD. Kalau suatu Peraturan Daerah tersebut dibuat oleh Kepala Daerah tanpa persetujuan DPRD maka Peraturan Daerah tersebut batal demi hukum.

Selain menentukan kewenangan, landasan hukum juga merupakan dasar keberadaan atau pengakuan dari suatu jenis peraturan perundang-undangan, sebagaimana dikemukakan oleh Rosjidi Ranggawidjaja berikut:

Landasan yuridis sebagai landasan yuridis material. Landasan yuridis material menunjuk kepada materi muatan tertentu yang harus dimuat dalam suatu peraturan perundang-undangan tertentu. Pembentuk peraturan menghendaki bahwa suatu materi tertentu hendaknya diatur dalam suatu peraturan perundang-undangan tertentu pula. Dalam UUD 1945 disebutkan adanya materi tertentu yang harus diatur dengan UU. Isi atau substansi suatu peraturan perundang-undangan harus sesuai dengan "wadahnya". Selain itu, isi suatu peraturan perundang-undangan tidak boleh bertentangan dengan isi peraturan perundangan yang derajatnya lebih tinggi. Jadi, seyogianya jenis peraturan perundangan serta badan yang berwenang membentuknya harus mempunyai landasan formal secara tegas dalam peraturan perundangan. Tanpa landasan formal demikian, maka prinsip negara bedasar atas hukum akan menjadi goyah.⁶⁰

Menurut Bagir Manan, dasar yuridis sangat penting dalam pembuatan peraturan perundang-undangan karena menunjukkan:

- 1) Keharusan adanya kewenangan dari pembuat peraturan perundang-undangan. Setiap peraturan perundang-undangan harus dibuat oleh badan atau pejabat yang berwenang.
- 2) Keharusan adanya kesesuaian bentuk atau jenis peraturan perundang-undangan dengan materi yang diatur terutama kalau diperintahkan oleh peraturan perundang-undangan tingkat lebih tinggi atau sederajat.

⁶⁰ Rosjidi Ranggawidjaja. 1998. *Op. Cit.* hal. 45.

- 3) Keharusan mengikuti tata cara tertentu. Apabila tata cara tersebut tidak diikuti, peraturan perundang-undangan mungkin batal demi hukum atau tidak/belum mempunyai kekuatan hukum mengikat.
- 4) Keharusan tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi tingkatannya. Suatu Undang-undang tidak boleh mengandung kaidah yang bertentangan dengan UUD. Demikian pula seterusnya sampai pada peraturan perundang-undangan tingkat bawah.⁶¹

Berkaitan dengan pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Batang tentang Penanganan Tuberkulosis, merupakan peraturan pelaksanaan dari peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi, yaitu ketentuan Pasal 4 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, bahwa Pemerintah Daerah bertanggung jawab menyelenggarakan penanganan Tuberkulosis.

⁶¹ Bagir Manan, 1992. *Op. Cit.* hal. 75.

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

Berpedoman pada lampiran I Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan, dalam BAB V yang mengatur rumusan mengenai Jangkauan, Arah Pengaturan, dan Ruang Lingkup Materi Muatan Undang-Undang, menjelaskan bahwa Naskah Akademik berfungsi mengarahkan ruang lingkup materi muatan Rancangan Undang-Undang, Rancangan Peraturan Daerah Provinsi, atau Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota yang akan dibentuk.

A. Jangkauan Pengaturan

Lingkup atau jangkauan pengaturan dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanganan Tuberkulosis ini adalah norma kewenangan yang dimiliki Pemerintah Daerah Kabupaten Batang untuk menetapkan pengaturan mengenai Penanganan Tuberkulosis dalam rangka pencegahan dan pengendalian TB.

B. Arah Pengaturan

Suatu kebijakan publik yang baik dan dirumuskan dalam bentuk peraturan perundang-undangan yang baik seharusnya memuat asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik, seperti dirumuskan dalam Pasal 5 UU No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan:

Dalam membentuk Peraturan Perundang-undangan harus dilakukan berdasarkan pada asas Pembentukan Peraturan Perundang-undangan yang baik, yang meliputi:

- a. kejelasan tujuan;
- b. kelembagaan atau pejabat pembentuk yang tepat;
- c. kesesuaian antara jenis, hierarki, dan materi muatan;
- d. dapat dilaksanakan;
- e. kedayagunaan dan kehasilgunaan;
- f. kejelasan rumusan; dan
- g. keterbukaan.

Peraturan Daerah tentang Penanganan Tuberkulosis merupakan upaya untuk memberikan payung hukum bagi perlindungan terhadap bahaya asap rokok dan memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat. Terkait dengan hal tersebut, maka arah pengaturan dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanganan Tuberkulosis diarahkan untuk:

- a. mencegah dan mengurangi penularan penyakit TB;
- b. meningkatkan kualitas hidup penderita TB serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat penyakit TB pada individu, keluarga, dan masyarakat;
- c. menyediakan dan menyebarkan informasi untuk mendukung upaya pencegahan dan pengendalian TB;
- d. menyediakan dan meningkatkan mutu pelayanan, perawatan, pengobatan, dan dukungan kepada penderita TB;
- e. meningkatkan peran serta keluarga, masyarakat, lembaga pendidikan, dan penderita TB dalam berbagai upaya pencegahan dan pengendalian TB; dan
- f. mengembangkan dan meningkatkan kemitraan antara lembaga pemerintah, organisasi non pemerintah, sektor swasta dan dunia usaha, serta Lembaga Swadaya Masyarakat untuk mencegah dan mengendalikan TB.

C. Ruang Lingkup Materi Muatan

Ruang lingkup Materi Muatan dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanganan Tuberkulosis ini mencakup:

1. Ketentuan Umum

Dalam Ketentuan Umum ini, memuat rumusan akademik mengenai pengertian istilah dan frasa, yaitu:

- a. Istilah adalah kata atau frasa yang dipakai sebagai nama/lambang, yang mengungkapkan makna, konsep, proses, keadaan atau sifat yang khas dalam bidang ilmu pengetahuan hukum dan sosial.
- b. Frasa adalah satuan linguistik yang lebih besar dari kata, dan lebih kecil dari klausa dan kalimat. Frasa berarti juga kumpulan kata non predikat.

2. Materi Muatan yang Diatur

Materi muatan yang diatur dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanganan Tuberkulosis ini meliputi:

- a. Maksud dan Tujuan
- b. Ruang Lingkup
- c. Prinsip dan Tugas
- d. Kebijakan dan Strategi
- e. Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian
- f. Sumber Daya
- g. Sistem Informasi
- h. Koordinasi, Jejaring Kerja dan Kemitraan
- i. Peran Serta Masyarakat
- j. Pembiayaan
- k. Pembinaan dan Pengawasan
- l. Pelaporan dan Evaluasi
- m. Larangan
- n. Ketentuan Penyidikan
- o. Ketentuan Pidana
- p. Ketentuan Penutup

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan Naskah Akademik mengenai Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanganan Tuberkulosis, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Tuberkulosis (TB) sampai dengan saat ini masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di dunia walaupun upaya penanggulangan TB telah dilaksanakan di banyak negara sejak tahun 1995.
2. Jumlah kasus TB di Indonesia menurut Laporan WHO tahun 2015, diperkirakan ada 1 juta kasus TB baru per tahun (399 per 100.000 penduduk) dengan 100.000 kematian per tahun (41 per 100.000 penduduk).
3. Berdasarkan data pada tahun 2012, prevalensi tuberkulosis di Kabupaten Batang tahun 2012 sebesar 84,32 per 100.000 penduduk, meningkat bila dibandingkan tahun 2011 sebesar 81,64 per 100.000 penduduk. Angka ini masih di atas Jawa Tengah tahun 2011 sebesar 74,52 per 100.000 penduduk.
4. Berdasarkan data kasus TB di Kabupaten Batang tersebut, maka sudah selayaknyalah Pemerintah Kabupaten Batang melakukan penanganan TB secara maksimal sesuai dengan kewenangan dan tanggungjawabnya. Dalam rangka penanganan TB, maka perlu segera dilakukan penetapan peraturan daerah dan langkah-langkah *law enforcement* (penegakan hukum).

B. Saran

1. Perlunya penanganan TBC yang lebih serius untuk menjangkau kasus yang belum terdeteksi, termasuk pelacakan kasus gizi, pemberdayaan masyarakat melalui kader dalam penanggulangan TBC, perluasan penemuan kasus pada kelompok berisiko seperti pada Warga Binaan Rutar/Lapas, Sekolah Berasrama, masyarakat yang tinggal di lingkungan padat kumuh.

2. Perlunya pemantapan pelaksanaan *Public Privat Mix* (jejaring layanan TB) dimana peran kepemimpinan Kepala Dinas Kesehatan sangat penting, validasi data kasus TBC di tingkat layanan oleh Dinas Kesehatan dan *law enforcement* tentang kewajiban untuk melaporkan kasus TBC (*mandatory notification*) yang dirawat sesuai dengan Permenkes No. 67 tahun 2016 merupakan mekanisme yang harus diwujudkan.
3. Perlu meningkatkan perilaku masyarakat menjadi perilaku yang baik hidup bersih dan sehat haruslah dimulai dari peningkatan pengetahuan, perubahan sikap dan melakukan tindakan, perubahan ini dapat terbentuk jika informasi tentang TB Paru sering diterima dan sampai kepada masyarakat. Proses dalam menyampaikan informasi dilakukan oleh Dinas Kesehatan yaitu dengan melakukan penyuluhan tentang pencegahan bagi masyarakat yang belum sakit sedangkan bagi yang tertular TB diberikan penyuluhan agar makan obat teratur dan menjaga perilaku hidup bersih agar tidak menularkan TB Paru.
4. Dinas Kesehatan juga dapat menyebarkan media informasi seperti leaflet, poster dan lainnya, agar semua lapisan masyarakat dapat tersentuh dengan informasi tentang TB Paru.
5. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat dengan melatih kader untuk meningkatkan surveilans penemuan kasus, dan membantu mencegah penularan penyakit TB.
6. Bagi petugas kesehatan diharapkan agar meningkatkan program survei TB paru ke lapangan dalam pelacakan kasus, serta juga lebih giat mengontrol pasien TB paru agar tidak terjadi penularan penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- A. Hamid S Attamimi. 1990. *Disertasi: Peranan Keputusan Presiden Republik Indonesia Dalam Penyelenggaraan Pemerintahan Negara*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Abdulkadir Muhammad. 2004. *Hukum dan Penelitian Hukum*. Citra Aditya Bakti. Bandung.
- Bagir Manan 1992. *Dasar-Dasar Perundang-undangan Indonesia*. Ind-Hill. Co. Jakarta.
- Bagir Manan. 2004. *Menyongsong Fajar Otonomi Daerah*. PSH. FH UII. Yogyakarta.
- Departemen Kesehatan. 2002. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Paru*. Cetakan ke 6. Jakarta.
- Departemen Kesehatan. 2007. *Strategi Penanggulangan Tuberkulosis Indonesia 2006-2010*. Jakarta.
- J.J.Bruggink. 1999. *Refleksi Tentang Hukum*. Alih Bahasa Arief Sidharta. Citra Aditya Bakti. Bandung.
- Jhonny Ibrahim. 2005. *Teori dan Penelitian Hukum Normatif*. Bayumedia Publishing. Surabaya.
- Jimly Asshiddiqie. 2002. *Konsolidasi Naskah UUD 1945 Setelah Perubahan Keempat*. Pusat Studi Hukum Tata Negara FH. UI. Jakarta.
- Keman, Soedjadi. 2005, *Kesehatan Perumahan dan Lingkungan Pemukiman*. Dirjen P2M & PLP, Jakarta.
- Kemenkes. 2017. *Kebijakan Program Penanggulangan Tuberkulosis*. Kementerian Kesehatan Direktorat Jenderal Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit. Jakarta.
- Maria Farida Indrati Soeprapto. 1998. *Ilmu Perundang-Undangan Dasar-dasar dan Pembentukannya*. Yogyakarta: Kanisius.
- Notoadmojo S. 2002. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis
- Profil Kesehatan Kabupaten Batang Tahun 2012*.
- Purnadi Purbacarakan. dkk. 1979. *Perundang-undangan dan Yurisprudensi*. Alumni. Bandung.
- RM. A.B. Kusuma, 2004. *Lahirnya UUD 1945*. Jakarta: Pusat Studi Hukum Tata Negara Fakultas Hukum Universitas Indonesia.

- Rosjidi Ranggawidjaja. 1998. *Pengantar Ilmu Perundang-undangan Indonesia*. Mandar Maju. Bandung.
- Setio Sapto Nugroho. 2009. *Harmonisasi Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan*. Biro Peraturan Perundang-undangan Bidang Perekonomian Sekretariat Negara. Jakarta.
- Sholeh S. Naga. 2012. *Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. DIVA press. Jogjakarta.
- Soekidjo Notoatmodjo. 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu Dan Seni*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Soimin. 2010. *Pembentukan Peraturan Negara Di Indonesia*. Sinar Grafika. Jakarta.
- Suharyo, Kriswiharsi Kun Saptorini. 2006. *Modul Metode Epidemiologi*. UDINUS. Semarang.
- Sunita Almatsier. 2001. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Tjandra Yoga Aditama, dkk. 2011. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Kementerian Kesehatan, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Jakarta.
- Widoyono. 2008. *Penyakit Tropis. Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya*. Erlangga. Jakarta.