

Community Rights & Gender TB Indonesia

Pembiayaan Rencana Aksi



Daftar Isi

Akronim.....	3
Daftar Gambar.....	4
Daftar Tabel.....	5
TIM PENYUSUN.....	6
KONTRIBUTOR.....	6
<i>P TENTANG DOKUMEN.....</i>	<i>7</i>
<i>PENDAHULUAN.....</i>	<i>8</i>
<i>TB DI INDONESIA.....</i>	<i>9</i>
Program TB di Indonesia.....	9
Komunitas & TB.....	12
Gender & TB.....	15
Hak Asasi Manusia & TB.....	17
Stigma & Diskriminasi.....	19
Lingkungan Hukum.....	20
<i>INTERVENSI KOLEKTIF.....</i>	<i>25</i>
Tujuan Umum Rencana Aksi CRG-TB Indonesia.....	25
Cakupan Rencana Aksi CRG-TB Indonesia.....	25
Tujuan Khusus Rencana Aksi CRG-TB Indonesia.....	25
Pendekatan & Strategi Rencana Aksi CRG-TB Indonesia.....	25
Strategi Kerja Sama	30
Lini Masa & Langkah Kunci dari Rencana Aksi.....	31
Pertimbangan Rencana Biaya.....	44
Referensi.....	52
Lampiran.....	53

Akronim

AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome
CRG	: Community, Rights, and Gender
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKTL	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
MCH	: Maternal and Child Health
MDR TB	: Multidrug Resistant Tuberculosis
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
PMK	: Penyakit Menular Kronis
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SDGs	: Sustainable Development Goals
SITB	: Sistem Informasi TB
SNP	: Standar Norma dan Peraturan
TBC	: Tuberkulosis
TPT	: Terapi Pencegahan Tuberkulosis
UNHLM	: United Nations High Level Meeting
WHO	: World Health Organization

Daftar Gambar

Gambar 1 Cakupan pengobatan Indonesia 2021	8
Gambar 2 Cakupan pengobatan Indonesia 2022	8
Gambar 3 Kerangka Konseptual Dimensi Stigma dan Dampaknya kepada Pasien TB	19
Gambar 4 Gender Equality Continuum, konsep pendekatan transformasi gender	26
Gambar 5 Konsep kualitas hidup pada orang dengan TB	27
Gambar 6 Pendekatan pentahelix sebagai strategi kerjasama pada rencana aksi CRG-TB Indonesia	29

Daftar Tabel

Tabel 1 Daerah dengan Cakupan Pengobatan TB Terendah Tahun 2021 dan 2022	8
Tabel 2 Indikator dan Target Utama Program TB Tahun for 2020-2024	10
Tabel 3 Indikator Integral Strategi Peran Komunitas 2022-2024	10
Tabel 4 Peran komunitas dalam program TB oleh WHO	13
Tabel 5 Permasalahan gender di program TB	15
Tabel 6 Kebijakan Terkait Anti Stigma dan Anti Diskriminasi di Indonesia	20
Tabel 7 Rencana Aksi CRG-TB Indonesia	30
Tabel 8 Mekanisme pembiayaan berkala CRG-TB tahun 2024, 2025, dan 2026	44
Tabel 9 Mekanisme pembiayaan total wilayah CRG-TB tahun 2024, 2025, dan 2026	47

TIM PENYUSUN

- Meirinda Sebayang - Jaringan Indonesia Positif
- Persona Gemilang - Jaringan Indonesia Positif

KONTRIBUTOR

- Stop TB Partnership Indonesia
- PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI
- POP TB Indonesia
- REKAT

Dengan input strategi dan aktivitas oleh:

- Pejuang Tangguh TB RO
- LBH Masyarakat
- Technical Working Group Tuberculosis
- Wadah Kemitraan Penanggulangan TBC
- USAID TB STAR

P TENTANG DOKUMEN

Dokumen CRG-TB Indonesia disusun dengan tujuan untuk menjadi acuan bagi pengembangan strategi nasional program penanggulangan TB tahun 2025-2030. Dokumen ini menyediakan kerangka berpikir, bukti lapangan, serta langkah-langkah praktis sampai dengan matriks perhitungan yang dibutuhkan untuk melaksanakan aktivitas dan mencapai indikator program TB yang berpusat kepada konsep CRG. Oleh karena itu, dokumen CRG-TB ini diharapkan dapat juga menjadi panduan dasar bagi organisasi sipil sosial dan juga komunitas TB di dalam mengembangkan intervensi dan penguatan sistem komunitas, hak asasi manusia, dan gender di wilayahnya masing-masing.

Dokumen ini dapat digunakan oleh semua pihak yang tertarik di dalam pengembangan dan implementasi CRG-TB di Indonesia, terutama:

- Program Nasional TB: berperan memberikan langkah strategis dan panduan teknis dalam proses pelaksanaan program TB di Indonesia
- Organisasi/komunitas TB: berpartisipasi di dalam semua aspek pelaksanaan aktivitas CRG-TB di Indonesia
- CSO/CBO di bidang HIV dan isu kesehatan lainnya: TB memiliki hubungan dengan isu-isu kesehatan lainnya. Organisasi yang bergerak di isu seperti HIV juga dapat berperan di dalam pelaksanaan CRG-TB

Dokumen CRG-TB Indonesia memberikan akses seluas-luasnya bagi setiap organisasi atau lembaga yang ingin melaksanakannya. Dokumen lengkap beserta perhitungan setiap aktivitas yang tercantum di dalam rencana aksi dapat diakses melalui:

Kontak Direktori	Lembaga	<i>Person in charge</i>
thea.h@stoptbindonesia.org admin@stoptbindonesia.org	Stop TB Partnership Indonesia	Thea Hutanamon
secretariat@penabulu-stpi.id	PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI	
dini.andria@penabulu.id	Yayasan Penabulu	Dini Andriani
poptb.secretariat@gmail.com	Perhimpunan Organisasi Pasien Tuberkulosis	
rekat4indonesia@gmail.com	REKAT	
secretariat@jip.or.id	Jaringan Indonesia Positif	

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) adalah salah satu epidemi global yang sampai saat ini masih menjadi permasalahan baik di skala internasional maupun nasional. Penyelesaian permasalahan TB tidak hanya dibutuhkan upaya dari sisi kesehatan saja, tetapi juga dari segi politik, sosial, dan ekonomi. Dampak politik, sosial, dan ekonomi menjadikan TB sebuah momok dan tabu di seluruh lapisan masyarakat tidak terkecuali kelompok masyarakat dengan status sosio-ekonomi D dan E yang termarginalkan. Stigma dan diskriminasi yang masih cukup tinggi pada orang dengan TB menjadi hambatan besar di dalam mencapai target-target epidemiologi penanggulangan penyakit TB. Oleh karena itu, intervensi yang spesifik dengan pendekatan yang mengadopsi nilai-nilai yang dianut oleh kelompok masyarakat sangat penting untuk diterapkan agar lebih mudah diterima dan berkelanjutan.

Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis 2020-2024 menjelaskan bagaimana Indonesia secara bertahap menyelesaikan permasalahan hak asasi manusia dengan berbagai macam langkah intervensi dengan menjalin kerja sama multi-stakeholder atau lintas sektoral. Langkah-langkah tersebut selaras dengan komitmen dan target-target kunci yang disebutkan oleh *United Nations High Level Meeting* (UNHLM) dan juga strategi global untuk penyelesaian TB dimana terdapat poin terkait transformasi respon TB yang lebih berkeadilan, menggunakan pendekatan hak asasi manusia dan gender, serta berpusat kepada kebutuhan orang dengan TB. Strategi tersebut dapat terealisasi dengan dibentuknya sistem, kebijakan, dan hukum yang dapat menyelesaikan berbagai isu mulai dari pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan perawatan.

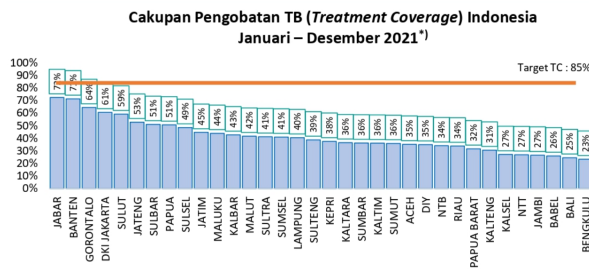
Pemenuhan hak asasi manusia telah menjadi fokus sejak lama di program TB. Salah satu strategi untuk memenuhi kebutuhan tersebut yang sampai saat ini didorong secara aktif oleh pemerintah adalah pelibatan komunitas orang dengan TB atau terdampak TB. Telah banyak organisasi lokal yang lahir dan digerakkan oleh orang dengan TB atau terdampak TB untuk isu-isu yang berkaitan, misalnya dengan pengurangan stigma dan diskriminasi, di Indonesia dan kebanyakan organisasi tersebut tergabung secara struktural di dalam jaringan nasional untuk orang dengan TB (konsorsium). Peran komunitas ini kemudian dapat dinilai keberhasilannya melalui beberapa program yang dijalankan secara nasional, seperti dibentuknya *website* untuk pelaporan TB (www.laportbc.id) yang dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien TB. Namun, pelaksanaan kegiatan komunitas dinilai masih perlu peningkatan, dikuatkan dan lebih didukung dengan sebuah pendekatan yang dapat menjamin pelibatan komunitas dapat meningkat lebih luas pada aspek perencanaan, pengawasan, peninjauan, dan pengelolaan.

Community, rights, and gender (CRG), merupakan konsep yang sedang digaungkan untuk menghadapi berbagai isu kemanusiaan yang mengelilingi permasalahan kelompok-kelompok yang terdampak TB. Konsep CRG merupakan panduan intervensi dan juga sekaligus bertujuan untuk memberikan perspektif lebih dalam tentang bagaimana respon TB akan dijalankan dengan menyesuaikan kebutuhan (*people-centered approach*), gender, dan juga hak asasi. Pelibatan komunitas kemudian menjadi hal yang sangat krusial di dalam respon tersebut. Komunitas orang dengan TB yang berdaya merupakan tujuan utama di dalam pelaksanaan CRG. Oleh karena itu, konsep CRG diharapkan dapat mendukung strategi nasional penanggulangan TB 2020-2024 dan mencapai eliminasi TB di Indonesia pada tahun 2030.

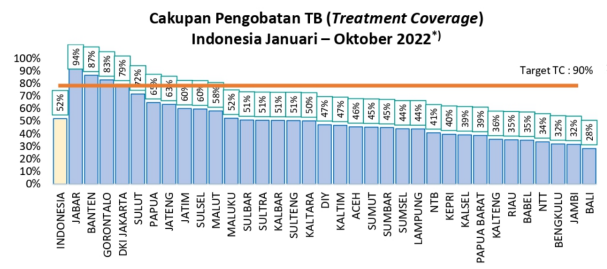
TB DI INDONESIA

Program TB di Indonesia

Secara global, Indonesia termasuk ke dalam peringkat ke-2 negara penyumbang angka kejadian TB terbesar di dunia menurut laporan WHO tahun 2022. Insidensi TB di Indonesia tahun 2021 adalah 969 ribu orang dengan TB, diantaranya 28 ribu orang dengan TB resisten obat dan 144 ribu kematian akibat TB¹. TB menjadi salah satu dari lima penyakit yang berdasarkan laporan Rancangan Teknokratik, RPJMN 2020-2024 sebagai penyebab utama beban penyakit di Indonesia pada tahun 2017. Di samping itu, Diabetes Melitus menjadi penyumbang beban penyakit terbesar ke-3 yang juga diketahui bahwa penyakit ini menjadi faktor risiko yang meningkatkan probabilitas penularan TB². Prevalensi kasus TB lebih besar pada laki-laki dimana dengan angka 1.083 per 100.000 penduduk sedangkan wanita dengan angka 461 per 100.000 penduduk. Prevalensi TB juga tinggi pada usia muda dan produktif (25-34 tahun) serta pada penduduk yang tinggal di perkotaan. Selanjutnya, permasalahan pada intervensi penanggulangan TB ada pada cakupan pengobatan bagi pasien TB yang belum mencapai target yang direkomendasikan oleh WHO, yaitu 52%. Persentase cakupan pengobatan jika dilihat dari tahun 2021 meningkat signifikan pada tahun 2022 pada beberapa daerah seperti Jawa Barat, Banten, Gorontalo, dan DKI Jakarta. Sebaliknya, 10 provinsi dengan cakupan pengobatan TB terendah tidak terlalu berubah dari tahun 2021 ke 2022 (tabel .) terkecuali daerah Kepulauan Riau yang memiliki cakupan pengobatan dengan pertumbuhan yang sangat kecil sehingga pada tahun 2022, daerah tersebut masuk ke dalam kategori 10 provinsi dengan cakupan pengobatan TB terendah di Indonesia.



Gambar 1 Cakupan pengobatan Indonesia 2021



Gambar 2 Cakupan pengobatan Indonesia 2022

Tabel 1 Daerah dengan Cakupan Pengobatan TB Terendah Tahun 2021 dan 2022

Peringkat *	Daerah dengan cakupan pengobatan*** terendah pada tahun 2021	(%)	Daerah dengan cakupan pengobatan terendah pada tahun 2022	(%)	Growth +(%)**
1	Nusa Tenggara Barat	34%	Kepulauan Riau	40%	+2%
2	Riau	34%	Kalimantan Selatan	39%	+12%
3	Papua barat	32%	Papua Barat	39%	+7%
4	Kalimantan Tengah	31%	Kalimantan Tengah	36%	+5%

¹ Global tuberculosis report 2022. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

² Rancangan Teknokratik. RPJMN 2020-2024 (Kementerian PPN/Bappenas Republik Indonesia, 2020)

5	Kalimantan Selatan	27%	Riau	35%	+1%
6	Nusa Tenggara Timur	27%	Bangka Belitung	35%	+9%
7	Jambi	27%	Nusa Tenggara Timur	34%	+7%
8	Bangka Belitung	26%	Bengkulu	32%	+9%
9	Bali	25%	Jambi	32%	+5%
10	Bengkulu	23%	Bali	28%	+3%

keterangan:

*peringkat diurutkan dari persentase cakupan pengobatan yang tinggi ke yang paling rendah

** dihitung dengan $+ = \%Treatment\ coverage\ 2022 - \%Treatment\ coverage\ 2021$

*** Nominator: Number of new and relapse cases that were notified and treated, denominator: Estimated number of incident TB cases in the same year (all form of TB - bacteriologically confirmed plus clinically diagnosed)

Berbagai kendala yang menyebabkan cakupan pengobatan rendah salah satunya adalah masih tingginya (43%) orang yang memiliki gejala TB tidak mencari pengobatan. Selain itu, dilaporkan melalui Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bagi program penanggulangan TB, dimana 31% orang yang memiliki gejala TB melakukan pengobatan sendiri sehingga bisa mempengaruhi angka epidemiologi TB karena kasus TB yang tidak dilaporkan³. Bila dilihat dari aspek beban penyakit, pasien TB menghadapi biaya katastrofik yang dimaknai sebagai total biaya yang ditanggung oleh rumah tangga pasien TB sensitif obat maupun resisten obat. Pada penelitian yang dilakukan oleh Stop TB Partnership Indonesia pada tahun 2022 mengenai jaminan sosial bagi orang terdampak TB RO, menyebutkan mereka yang terdampak hidup pada kategori latar belakang ekonomi yang tergolong miskin dan rentan miskin. Namun, tanggungan pengeluaran rumah tangga orang terdampak TB RO mencapai 1-4 juta per bulan dengan empat orang anggota keluarga. Selain dampak finansial, orang dengan TB RO juga mengalami dampak fisik seperti efek samping karena obat yang dikonsumsi; dampak psikologis seperti rasa cemas berlebih, stres, bahkan depresi; dan juga dampak sosial seperti stigma dan diskriminasi dari berbagai lingkungan mulai dari keluarga, tempat kerja, pendidikan, dan juga layanan kesehatan⁴. Sedangkan pada rumah tangga pasien TB sensitif obat, diketahui sebanyak 36% rumah tangga mengalami biaya katastrofik sedangkan pada rumah tangga pasien TB resisten obat mencapai 83%. Hal tersebut disebabkan karena pasien TB umumnya merupakan pencari nafkah dan banyak juga yang mengalami kehilangan pekerjaan saat terinfeksi TB⁵. Biaya katastrofik ini juga mungkin mempengaruhi kapasitas pasien TB dalam menyelesaikan pengobatan. Selain itu, literasi dan edukasi TB yang belum optimal kepada kelompok rentan TB maupun masyarakat luas, rendahnya akses diagnosis, terbatasnya akses pelayanan TB bagi beberapa kelompok tertentu, sampai dengan stigma dan diskriminasi menjadi tipikal permasalahan pada program penanggulangan TB yang belum dapat diselesaikan sampai saat ini¹.

Melalui *United Nations High Level Meeting* (UNHLM), ditetapkan beberapa target yang harus dicapai oleh Indonesia untuk menurunkan angka kasus TB yang lahir dari berbagai indikator yang tercantum pada tabel 2. Komitmen di dalam penanggulangan TB diwujudkan di dalam tujuan utama RPJMN 2020-2024 yaitu menurunkan insidensi tuberkulosis dari 319 per 100.000 penduduk di tahun 2017 menjadi 190 per 100.000 penduduk di tahun 2024². Tujuan utama ini tidak dapat dilaksanakan bila tidak ada keterlibatan dan peran serta dari komunitas. Peran

³ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024. Available at: https://tbindonesia.or.id/wp-content/uploads/2021/06/NSP-TB-2020-2024-Ind_Final_-BAHASA.pdf

⁴ Stop TB Partnership Indonesia. 2022. Policy Brief: Jaminan Sosial bagi Orang Terdampak Tuberkulosis Resisten Obat. Available at: <https://drive.google.com/file/d/1B8AqVxXy4jpnSej50U3TD4p8Y4MP7cJU/view>

⁵ Fuady, A., Houweling, T. A. J., Mansyur, M., & Richardus, J. H. (2018). Catastrophic total costs in tuberculosis-affected households and their determinants since Indonesia's implementation of universal health coverage. *Infectious Diseases of Poverty*, 7(3), 14. <https://doi.org/10.1186/s40249-017-0382-3>

masyarakat di dalam sistem konstruksi kesehatan TB di Indonesia terus diperkuat dengan berbagai program gerakan masyarakat hidup sehat (Germas) sesuai dengan acuan Instruksi Presiden Nomor 1 tahun 2017. Pelibatan masyarakat di dalam penyediaan layanan juga terwujud di dalam penyediaan kader kesehatan di setiap desa/kelurahan. Komunitas juga berperan di dalam implementasi program lainnya seperti investigasi kontak, evaluasi kualitas pelayanan tuberkulosis, penyediaan dukungan sosial, advokasi isu krusial dan prioritas terkait TB melalui mekanisme *community-based monitoring and feedback (CBMF)*.

Tabel 2 Indikator dan Target Utama Program TB Tahun for 2020-2024

Indikator	Tahun					
	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Jumlah kasus TB Sensitif Obat (TB SO) yang diobati	570.300	858.400	808.400	758.200	707.900	3.703.200
Jumlah kasus TB pada anak yang diobati	62.600	65.000	68.000	69.000	70.000	334.600
Jumlah kasus MDR-TB yang diobati	4.200	6.400	14.200	20.500	21.900	67.200
Jumlah kontak anak di bawah 5 tahun yang mendapat Terapi pencegahan Tuberkulosis (TPT)	21.830	65.140	93.010	118.120	140.230	438.330
Jumlah kontak umur lebih dari 5 tahun yang mendapat TPT	42.800	99.892	208.553	355.873	444.196	1.151.314
Jumlah orang dengan HIV yang mendapat TPT	13.766	4.306	3.923	4.659	3.179	29.833
Jumlah orang yang mendapatkan TPT	78.400	169.340	305.490	478.650	687.600	1.619.480

Selain indikator capaian program di atas, elemen seperti peningkatan kualitas pelayanan, peningkatan akses pelayanan tuberkulosis, serta kepedulian masyarakat terhadap penanggulangan tuberkulosis harus juga dapat menjadi pengukuran turunan atau disebut sebagai indikator integral yang mendorong keberhasilan perjalanan pencapaian keberhasilan program TB. Adapun indikator integral dari strategi yang ditetapkan untuk meningkatkan peran komunitas adalah sebagai berikut:

Tabel 3 Indikator Integral Strategi Peran Komunitas 2022-2024

Indikator	2022	2023	2024
Jumlah provinsi yang melibatkan organisasi profesi di wilayah setempat	34	34	34

Jumlah provinsi yang memiliki jejaring mantan pasien tuberkulosis/ <i>peer support</i>	22	28	34
Jumlah kabupaten/kota yang memiliki kemitraan dengan LSM/CSO peduli tuberkulosis	400	460	514
Persentase kontribusi rujukan komunitas pada penemuan pasien tuberkulosis	29%	34%	38%

Komunitas & TB

Terminologi komunitas merujuk kepada kelompok orang dengan TB atau penyintas TB dan kelompok orang yang rentan atau yang terdampak oleh TB. Berdasarkan Strategi Nasional Penanggulangan TB di Indonesia Tahun 2020-2024 menyebutkan bahwa terdapat jenis-jenis kelompok atau populasi berisiko TB yang difokuskan di dalam penanggulangan program TB, yaitu 1) populasi berisiko tinggi seperti orang dengan HIV/AIDS, perokok, orang yang mengalami malnutrisi, pasien diabetes melitus, kelompok lanjut usia, serta petugas kesehatan, 2) *congregate setting* seperti lapas/rutan, tempat kerja (sektor formal atau informal), tambang tertutup, barak pengungsi, asrama, pondok pesantren, wilayah pada kumuh. Jika mengacu kepada The Global Fund, pengertian komunitas sendiri dibagi atas 3 cakupan, yaitu orang yang berisiko tinggi terhadap penularan TB yang disebabkan karena lingkungan kerja, atau karena faktor biologis dan perilaku, serta orang yang memiliki akses terbatas ke layanan TB yang berkualitas. Adapun penjelasan detail kelompok-kelompok rentan dengan TB secara detail adalah sebagai berikut:

1. Kelompok rentan sosial-ekonomi

Pencegahan TB sangat bergantung kepada tingkat sosiodemografi suatu tempat (kurangnya pendidikan, nutrisi yang buruk, sanitasi dan perumahan yang buruk), dapat menyebabkan seseorang rentan terinfeksi tuberkulosis. Poin besar lainnya adalah kapabilitas secara ekonomi juga menjadi alasan bagi seseorang tidak menyelesaikan pengobatan TB⁶. Kurangnya kesempatan bekerja bagi orang dengan TB yang menyebabkan rendahnya kesejahteraan seseorang juga memiliki dampak kepada rendahnya akses kepada pelayanan TB. Sebaliknya, orang dengan TB juga memiliki kerentanan terhadap kemiskinan karena tidak sedikit orang dengan TB yang kemudian mendapatkan penolakan atau diskriminasi di berbagai tempat kerja. Penelitian yang dilakukan oleh Karyadi (2002) menunjukkan bahwa 55% pasien TB mengalami dampak kehilangan pekerjaan dan angka tersebut melebihi angka pengangguran secara nasional (5.5%) yang bersumber dari survei nasional pada tahun 1998.

2. Warga Binaan Pemasyarakatan

Secara global, orang yang ditahan di penjara menjadi salah satu populasi yang rentan terinfeksi TB dengan tingkat kematian yang cukup tinggi. Pada tahun 2019, laporan dari Ditjen Pemasyarakatan, Kemenkumham RI tahun 2015 menunjukkan prevalensi infeksi laten tuberkulosis (ILTb) di rutan/lapas mencapai 52%⁷. Pada tahun sebelumnya (2006), penelitian yang dilakukan di 3 rutan di daerah DKI Jakarta menunjukkan bahwa prevalensi

⁶ Fuady, A., Houweling, T. A. J., Mansyur, M., Burhan, E., & Richardus, J. H. (2019). Effect of financial support on reducing the incidence of catastrophic costs among tuberculosis-affected households in Indonesia: Eight simulated scenarios. *Infectious Diseases of Poverty*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40249-019-0519-7>

⁷ Natalius, J. (2019). *TB Laten di Lapas Rutan Suatu Keniscayaan (Policy Brief)* (No. 1; Oktober 2019).

TB mencapai 0,78%⁸. Pada tahun 2018, fasilitas pelayanan kesehatan melaporkan kasus TB sensitif obat mencapai 68 kasus dan pada tahun 2019 mencapai 80 kasus. Beberapa faktor yang dapat memicu penularan dan reaktivasi TB di penjara adalah karena kurangnya sanitasi dan kebersihan, *overcrowding*, serta infrastruktur yang tidak memadai seperti masih buruknya sirkulasi udara dan sebagainya. Hal ini menyebabkan konsentrasi aksi yang melibatkan komunitas pun harus berfokus kepada populasi ini.

3. Perempuan & Anak-anak

Angka kematian pada perempuan berumur 15-44 tahun disebabkan oleh TB sangat tinggi secara global. TB pada perempuan dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi lainnya, termasuk mempengaruhi kondisi klinis kesehatan reproduksi seperti TB pada daerah alat kelamin yang dapat menyebabkan kemandulan. TB pada perempuan hamil juga sangat berbahaya bagi kandungan, karena dapat menyebabkan kematian pada bayi sebesar enam kali lebih tinggi serta kematian pada ibu 6-15 persen⁹. Ketimpangan gender masih sangat tinggi pada Survei Nasional angka TB pada anak tahun 2021 mencapai angka 42.187 kasus.

4. Pengungsi

Orang atau kelompok orang yang terpaksa atau dipaksa untuk melarikan diri atau meninggalkan rumah atau tempat mereka tinggal, terutama sebagai akibat dari, atau untuk menghindari dampak konflik bersenjata, situasi rawan yang ditandai dengan tindakan umum kekerasan, pelanggaran hak asasi manusia, bencana alam, atau bencana akibat ulah manusia, dan yang melintasi batas negara yang tidak diakui secara internasional¹⁰.

5. Penyandang disabilitas

Penyandang disabilitas adalah orang yang memiliki keterbatasan terhadap fisik, mental, intelektual atau sensorik untuk periode waktu yang lama atau permanen saat berinteraksi dengan masyarakat atau lingkungannya dan menyebabkan dirinya sulit untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif di dalam mencapai kesetaraan hak¹¹.

6. LGBTQ+

Merupakan kelompok minoritas yang terdiri dari: *lesbian, gay, bisexual, transgender, queer*.

7. Penambang

Pekerja yang mendapatkan upah, atau setiap orang yang dapat melakukan pekerjaan untuk memproduksi barang atau jasa untuk memenuhi kebutuhan masyarakat. Pekerja yang dimaksud bekerja di sektor tambang.

8. Masyarakat Adat

Masyarakat adat merupakan salah satu kelompok komunitas yang juga rentan terhadap penularan TB karena dekat dengan kemiskinan, diskriminasi, serta sanitasi dan nutrisi yang buruk. Di Indonesia sendiri, terdapat 70 juta masyarakat adat yang dikelompokkan menjadi 2.371 suku adat yang menaungi masing-masing wilayah di Indonesia¹². Melalui laporan Stop TB Partnership Indonesia, pada bulan September 2022, terdapat 6 orang anggota suku Baduy yang meninggal dunia akibat TB¹³. Beberapa permasalahan yang belum terselesaikan ada pada segi aksesibilitas layanan bagi masyarakat adat. Di Suku Baduy sendiri, mereka harus menempuh jarak 80 km untuk dapat mengakses layanan kesehatan TB. Selain itu, masih banyak masyarakat adat yang belum memiliki kartu tanda penduduk (KTP) sehingga mereka tidak dapat mengakses jaminan kesehatan seperti BPJS/KIS.

9. Pengguna Napza & Alkohol

⁸ Handayani, R. (2019). *Faktor Risiko Tuberkulosis Paru Pada Narapidana Di Lembaga Permasyarakatan Narkotika Jakarta*. Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat: Media Komunikasi Komunitas Kesehatan Masyarakat, 11(2), 194-198.

⁹ TB Alliance. Maternal & Child Health. Available at: <https://www.tballiance.org/why-new-tb-drugs/maternal-and-child-health>

¹⁰ Guiding Principles for Internal Refugees, UNOCHA, June 2001, p iv.

¹¹ Komnas Perempuan. 2008. Suara lesbian gay bisexual dan transgender. Available at: <http://www.komnasperempuan.or.id/en/2008/10/from-suara-lesbian-gay-bisexual-dan-transgender-lgbt-street-other-understand-hak-minority/>

¹² KataData. 2020. Sebaran Masyarakat Adat. Available at: <https://katadata.co.id/padjar/infografik/5f8030631f92a/sebaran-masyarakat-adat>

¹³ CNN Indonesia. 2022. Menyoal tentang suku Baduy dan tuberkulosis. Available at: <https://www.stoptbindonesia.org/single-post/menyoal-tentang-suku-baduy-dan-tuberkulosis>

Risiko TB pada pengguna NAPZA meningkat terlepas dari status HIV. Risiko pada pengguna NAPZA meningkat karena faktor sosial dan ekonomi mereka seperti kemiskinan, diskriminasi, kriminalisasi, serta rendahnya akses ke layanan sosial. Sama halnya dengan obat-obatan, alkohol juga dapat meningkatkan risiko TB. Selain itu, alkohol seringkali menjadi penyebab seseorang menolak atau *drop out* dari pengobatan TB.

10. Orang dengan HIV

Insidensi tuberkulosis di Indonesia adalah 7,9 per 100.000 penduduk dengan angka koinfeksi TB pada orang dengan HIV di Indonesia mencapai 8.344 kasus pada tahun 2021¹⁴. Masih terdapat permasalahan pada pelaporan identifikasi orang dengan HIV dengan koinfeksi TB di Indonesia. Laporan WHO pada tahun 2018 menyatakan bahwa hanya ada 35 kabupaten/kota di Indonesia dengan capaian angka identifikasi kasus TB-HIV $\geq 80\%$. Selain itu, angka inisiasi ARV pada orang terdiagnosa positif HIV juga terbilang cukup rendah, yaitu hanya mencapai 40% (4.192 kasus / 10.368 kasus total TB-HIV) pada tahun 2018. Kurangnya peningkatan kesadaran dan juga belum optimalnya konseling pada orang dengan HIV atau orang dengan TB menjadi faktor rendahnya angka identifikasi kasus dan angka inisiasi terapi ARV.

Di lain hal, jika berbicara terkait kerentanan, sebetulnya semua masyarakat di Indonesia cukup rentan untuk tertular dari TB. Artinya keterlibatan komunitas di dalam penanggulangan TB harus menyertakan semua masyarakat dari berbagai lapisan.

Peran komunitas sangat vital pada upaya pengentasan penyakit TB. WHO merekomendasikan konsep *community engagement*¹⁵ untuk membentuk kolaborasi antara pemangku kebijakan dengan komunitas di dalam aktivitas program TB dari mulai pencegahan, diagnosis, rujukan, kepatuhan terhadap pengobatan, dukungan sosial, reduksi stigma dan juga advokasi. Aktivitas yang dapat dilakukan oleh komunitas tercantum di dalam tabel 4. Saat ini telah terdapat pembentukan berbagai macam organisasi masyarakat yang bekerja mendukung penanggulangan TB di Indonesia seperti organisasi masyarakat sipil, organisasi pelayanan masyarakat, Lembaga filantropi dan organisasi profesi. Pada periode 2021-2023, Global Fund juga mendanai pelibatan komunitas melalui *Principal Recipient* (PR) Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI yang bergerak bersama 30 Sub-Recipient di 30 Provinsi 190 Kota/Kabupaten dan 1 Sub-recipient Tematik yaitu POP TB Indonesia yang berkolaborasi dengan 14 mitra organisasi dengan 9.037 kader aktif, 437 *Patient Supporter* dan 139 Manajer Kasus aktif yang berperan mendorong pelibatan komunitas dalam eliminasi TB di Indonesia^{16,17}. Meninjau wadah kemitraan penanggulangan tuberkulosis (WKPTB), mitra komunitas berperan di dalam pelaksanaan program penanggulangan TB, dari mulai advokasi, monitoring evaluasi, pemberdayaan masyarakat, edukasi masyarakat, sampai dengan mitigasi dampak psikososial dan pemberdayaan ekonomi pasien dan keluarga terdampak TB.

Tabel 4 Peran komunitas dalam program TB oleh WHO

Tema	Aktivitas
Pencegahan	Komunitas dapat bekerja sama dengan layanan kesehatan dalam upaya peningkatan kesadaran, informasi, edukasi, dan komunikasi, terkait perubahan perilaku komunikasi, pencegahan infeksi.
Diagnosis	Komunitas juga dapat berperan dalam aktivitas skrining, pelacakan, pengumpulan dan pengiriman sputum dengan peningkatan kapasitas

¹⁴ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Dashboard TB Indonesia. Available at: <https://tbindonesia.or.id/pustaka-tbc/dashboard-tb/>

¹⁵ WHO. Community Engagement Tuberculosis. [internet]. 2014. Available from: <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/community-engagement-tuberculosis.pdf>

¹⁶ [Company Profile PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI - YouTube](#)

¹⁷ [TBC Komunitas - Konsorsium](#)

Rujukan	Komunitas dapat berperan dalam menghubungkan komunitas lainnya dengan layanan kesehatan, termasuk berkolaborasi dengan <i>NGO</i> atau pemerintah dalam penyediaan transport dan juga pendampingan
Kepatuhan terhadap pengobatan	Komunitas dapat berperan dalam pengawasan minum obat (PMO) pasien TB dan dukungan, termasuk konseling
Dukungan sosial	Komunitas dapat bekerja sama dengan lembaga lain untuk menyediakan bantuan sosial berupa uang, jaminan, nutrisi, suplemen, tabungan secara sukarela, dan juga dapat melakukan pemberdayaan untuk menghasilkan uang/pendapatan
Reduksi stigma	Komunitas dapat memberikan testimoni, ikut di dalam proses penelitian terkait stigma, membentuk <i>community champion</i> , serta dapat berperan dalam peningkatan kapasitas pada petugas kesehatan serta pemimpin lokal di dalam upaya mengurangi stigma
Advokasi	Komunitas yang berdaya juga mampu melakukan advokasi untuk memastikan ketersediaan komoditas layanan, logistik obat, alat diagnosa dan sebagainya untuk meningkatkan kualitas perawatan

Berbagai pencapaian organisasi orang dengan TB atau penyintas TB di Indonesia antara lain adalah meningkatkan kesadaran masyarakat terkait dengan TB, termasuk melakukan skrining, investigasi kontak, pendampingan dan juga melakukan pengawasan kepatuhan minum obat bagi pasien TB. Tidak hanya itu, organisasi-organisasi tersebut juga berperan di dalam advokasi maupun *demand creation* untuk beberapa program. Permasalahan determinan sosial seperti menyediakan pemenuhan nutrisi, dukungan psikososial, dan pelatihan usaha kecil juga menjadi fokus yang coba untuk diselesaikan. Pelaksanaan program yang dilakukan oleh komunitas ini pun telah diakui oleh pemerintah lokal maupun nasional dengan menjalin kerjasama dengan dengan berbagai mitra, termasuk organisasi yang ada di berbagai tingkatan. Namun, terdapat beberapa tantangan dan hambatan di dalam pelaksanaan pelibatan komunitas di dalam program TB, seperti yang dikutip dari laporan WHO tahun 2020¹⁸, menyebutkan bahwa dukungan keuangan yang kuat menjadi salah satu hal yang harus dapat lebih dipastikan untuk mendukung keberlanjutan pelaksanaan program. Penggunaan data dan juga perencanaan advokasi menjadi dua komponen yang juga harus diperkuat di sisi komunitas. Pemetaan pemangku kebijakan sangat krusial untuk mengetahui siapa saja yang secara politis dapat mendukung implementasi program maupun advokasi yang beresonansi dengan kebutuhan bagi orang dengan TB. Pengumpulan data yang terverifikasi secara ilmiah dan dapat dipertanggung-jawabkan juga menjadi tantangan bagi organisasi komunitas, sehingga peningkatan kapasitas terkait dibutuhkan sehingga advokasi dapat terukur dan tersampaikan dengan valid.

Gender & TB

Gender merupakan konstruksi sosial yang mengacu kepada peran dan harapan terhadap perempuan, laki-laki, serta orang-orang yang memiliki gender yang berbeda dengan norma tradisional. Peran ini dapat berubah dari waktu ke waktu seiring dengan bertambahnya usia di dalam tahapan kehidupan serta hubungan atau relasi dengan orang lain¹⁹. Gender dan jenis kelamin merupakan dua hal yang berbeda dimana jenis kelamin berkaitan dengan karakteristik biologis dan fisiologis sedangkan gender sendiri adalah pengalaman yang dirasakan secara mendalam, terinternalisasi oleh individu yang mungkin tidak sejalan dengan jenis kelamin²⁰. Beberapa identitas gender diantaranya adalah cisgender, transgender dari laki-laki ke perempuan, serta transgender perempuan ke laki-laki,

¹⁸ WHO. 2020. Indonesia- A community led advocacy campaign to mobilize local funding for tuberculosis. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337104/9789240013551-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹⁹ APCASO. Strengthening Community, Rights, and Gender Concepts for Communities and Civil Society on CCM [internet]. 2017. Available from: <https://apcaso.org/apcrg/wp-content/uploads/2017/09/CRG-Guidance-Tool-layout-FINAL.pdf>

²⁰ WHO. Gender and Health [internet]. Available from: https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1

maupun orang yang tidak mengidentifikasi dirinya sebagai cisgender maupun transgender yang disebut sebagai *queer*. Konstruksi gender di Indonesia sangat erat kaitannya dengan relasi kuasa yang dimana relasi kuasa tersebut mengakibatkan ketidakberdayaan atau kurangnya kontrol pada suatu gender tertentu. Hal tersebut dapat berdampak kepada akses kesehatan termasuk layanan TB.

Permasalahan gender pada program TB berotasi pada aspek kejadian dan epidemiologi TB, perilaku mengakses pelayanan kesehatan, skrining, diagnosis, inisiasi pengobatan, sampai dengan pengobatan. Berdasarkan UNDP *discussion paper on Gender & TB*, menyebutkan terdapat beberapa poin perbedaan di dalam aksesibilitas layanan TB terhadap perempuan dan laki-laki, yaitu perbedaan pada respon perawatan, kemiskinan dan stigma, dampak pada pencarian kasus aktif, pemberian pelayanan yang tidak sensitif gender. Pada beberapa kasus, perempuan lebih cenderung mempunyai keinginan yang lebih tinggi untuk mengakses layanan kesehatan dibandingkan laki-laki meskipun perempuan menghadapi berbagai macam hambatan dari mulai stigma dan juga rendahnya kendali atas keinginan sendiri untuk mengakses layanan kesehatan karena posisi perempuan di mata sosial yang lebih rendah daripada laki-laki (patriarki)²¹. Pada aspek diagnosis, menurut penelitian yang dilakukan di Vietnam, Bangladesh, dan Nepal menemukan bahwa tindakan diagnosa pada perempuan cenderung lebih lama daripada laki-laki^{22,23}. Gender juga berdampak pada segi pengobatan seperti contoh adalah penyelesaian pengobatan yang lebih rendah pada laki-laki dibandingkan perempuan. Pada tahun 2017, data Kementerian Kesehatan RI menunjukkan bahwa terdapat 257.229 pasien TB laki-laki dan 186.475 pasien TB perempuan dengan laju pemulihan yang berbeda. Laki-laki memiliki laju pemulihan yang lebih rendah, yaitu 87% sedangkan perempuan mencapai 89%. Permasalahan yang mungkin terjadi adalah karena adanya budaya maskulinitas dan juga takut kehilangan pendapatan yang menyebabkan laki-laki kurang mengakses layanan TB.

Tabel 5 Permasalahan gender di program TB²⁴

Skrining	Diagnosis	Pengobatan
<ul style="list-style-type: none"> ● Kemampuan yang terbatas bagi perempuan untuk mengakses/berpartisipasi di dalam aktivitas penjangkauan berbasis komunitas, terutama bagi perempuan yang berada di dalam komunitas rentan seperti populasi masyarakat adat ● Perilaku mencari pelayanan kesehatan yang buruk pada laki-laki karena faktor-faktor seperti maskulinitas, takut kehilangan pendapatan ● Stigma - semakin tinggi pada perempuan; stigma dan diskriminasi juga mengurangi perilaku mencari perawatan pada kelompok LGBTI 	<ul style="list-style-type: none"> ● Tantangan pada pengumpulan sampel dari perempuan dan anak-anak ● TB ekstra paru-paru sulit untuk didiagnosa, termasuk TB uterus dan saluran kelamin ● Akses terbatas untuk mendapatkan diagnosis menggunakan X-ray — bagi perempuan yang sedang hamil, faktor ekonomi, dan waktu pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> ● Angka rendah untuk menyelesaikan pengobatan pada pasien laki-laki, mungkin dikarenakan adanya pelayanan yang bersifat privat (tidak dilaporkan) ● Mobilitas yang mengakibatkan banyak pasien LTFU ● Tantangan bagi pengobatan MDR-TB saat masa kehamilan

²¹ Rokhmah, D., 2013. Gender dan Penyakit Tuberkulosis: Implikasinya Terhadap Akses Layanan Kesehatan Masyarakat Miskin yang Rendah. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)*, 7(10), pp.447-452.

²² Karim, F. et al., Gender differences in delays in diagnosis and treatment of tuberculosis, *Health Policy and Planning* 2007; 22:329–334.

²³ Begum, V., P. de Colombani, S. Das Gupta et al., Tuberculosis and patient gender in Bangladesh: sex differences in diagnosis and treatment outcome, *Int J Tuberc Lung Dis* 2001; 5:604–10.

²⁴ Stop TB Partnership. Support Gender Equality in TB. Available at: <https://www.stoptb.org/communities-rights-and-gender-crg/support-gender-equality-tb>

Aspek kerentanan terhadap TB juga dipengaruhi oleh gender, seperti contoh laki-laki lebih sering melakukan aktivitas di luar rumah serta lebih banyak dalam mengkonsumsi rokok dan alkohol, sehingga membuat mereka lebih rentan tertular TB. Perempuan juga rentan terhadap penularan karena seringkali melakukan kontak langsung dengan orang di luar dari keluarga yang mungkin saja mengidap TB. Perempuan yang hamil juga dapat menularkan TB kepada anaknya. TB juga dilaporkan sebagai penyebab kematian pada ibu yang sedang hamil sebesar 6-34 persen²⁵. Bayi yang lahir dari ibu dengan TB juga berisiko untuk lahir secara prematur, dan memiliki berat dan ukuran lahir yang kecil dan juga dapat menyebabkan kematian²⁶.

Selain hambatan pada laki-laki dan perempuan, hambatan gender juga dirasakan oleh kelompok LGBTQ+, dimana minimnya pelibatan mereka di dalam program TB. Seringkali kelompok LGBTQ+ mendapatkan stigma atau diskriminasi yang membuat mereka mendapatkan perawatan dibawah standar. Meskipun begitu, temuan riset dari WHO menyebutkan bahwa dinamika gender pada aspek diagnosis dan pengobatan pada TB tidak selalu konsisten²⁷. Terkadang capaian laki-laki dalam aspek skrining, diagnosis ataupun pengobatan lebih baik daripada perempuan, ataupun sebaliknya. Artinya, permasalahan gender pada komunitas sangat terkonteks spesifik berdasarkan suatu wilayah, budaya, ataupun kehidupan sosio-ekonomi. Kebutuhan untuk meningkatkan riset ataupun penilaian gender terkait TB di Indonesia sendiri sangat dibutuhkan untuk melihat adanya kebutuhan ataupun kesenjangan di dalam implementasi pelayanan kesehatan TB.

Hak Asasi Manusia & TB

Hak asasi manusia bersifat universal dan mendasar yang tidak dapat dicabut atau dirampas dari diri seseorang, hak atas kesehatan merupakan salah satu dari komponen hak asasi manusia. Di Indonesia, menurut UU No.39 Tahun 1999 tentang hak asasi manusia menyebutkan bahwa "*Setiap orang berhak untuk hidup, mempertahankan hidup dan meningkatkan taraf kehidupannya*". Setiap orang berhak hidup tenteram, aman, damai, bahagia, sejahtera, lahir dan batin. Setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat. Hak asasi pada aspek kesehatan antara lain mencakup hak untuk mendapatkan akses fasilitas kesehatan, layanan kesehatan, komoditas, sampai dengan mendapatkan lingkungan dan pekerjaan yang sehat, serta perlindungan dari penyakit yang bersifat epidemi seperti TB. Adapun hak asasi untuk orang dengan TB dan orang yang terdampak TB berdasarkan deklarasi hak orang yang terdampak tuberkulosis²⁸ adalah sebagai berikut

1. Hak untuk hidup
2. Hak atas martabat
3. Hak atas standar kesehatan fisik dan jiwa tertinggi yang dapat dicapai
4. Hak atas persamaan dan kebebasan dari diskriminasi
5. Hak atas kebebasan dan keamanan seorang
6. Kebebasan bergerak
7. Hak atas privasi dan kehidupan keluarga
8. Hak atas kerahasiaan
9. Hak atas informasi

²⁵ Ahmed Y., P. Mwaba, C. Chintu, J.M. Grange, A. Ustianowski and A. Zumla, A study of maternal mortality at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia: the emergence of tuberculosis as a major non-obstetric cause of maternal death, *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3:675–80; Getahun, H. et al., Prevention, diagnosis, and treatment of tuberculosis in children and mothers: evidence for action for maternal, neonatal, and child health services, *Journal of Infectious Diseases* 2012; 205 (Suppl 2):S216–S227, Epub 22 March 2012; Khan, M., T. Pillay, J.M. Moodley and C.A. Connolly, Maternal mortality associated with tuberculosis-HIV-1 co-infection in Durban, South Africa, *AIDS* 2001; 15:1857–63; Menendez, C., C. Romagosa, M.R. Ismail et al., An autopsy study of maternal mortality in Mozambique: the contribution of infectious diseases, *PLoS Med* 2008; 5:e44; Panchabhai, T.S., P.D. Patil, D.R. Shah and A.S. Joshi, An autopsy study of maternal mortality: a tertiary healthcare perspective, *J Postgrad Med* 2009; 55:8–11.

²⁶ Gupta, A. et al., Maternal tuberculosis: a risk factor for mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus, *Journal of Infectious Diseases* 2011; 203(3):358–63; Gupta, A., U. Nayak, M. Ram et al., Postpartum tuberculosis incidence and mortality among HIV-infected women and their infants in Pune, India, 2002–2005, *Clin Infect Dis* 2007; 45:241–9; Khan, M., T. Pillay, J.M. Moodley and C.A. Connolly, Maternal mortality associated with tuberculosis-HIV-1 co-infection in Durban, South Africa, *AIDS* 2001; 15:1857–63.

²⁷ <http://www.who.int/tb/areas-of-work/population-groups/gender/en/>

²⁸ Stop TB Partnership Indonesia. 2019. Deklarasi hak orang yang terdampak tuberkulosis. Available at: <https://tbkomunitas.id/wp-content/uploads/2022/11/Deklarasi-Hak-Orang-yang-Terdampak-Tuberkulosis.pdf>

10. Hak atas pemberian informasi dan persetujuan
11. Hak atas pendidikan
12. Hak untuk bekerja
13. Hak atas pangan yang memadai
14. Hak atas perumahan
15. Hak atas air dan sanitasi
16. Hak atas jaminan sosial
17. Hak atas kebebasan berekspresi
18. Hak atas kebebasan berkumpul dan berserikat
19. Hak untuk berpartisipasi
20. Hak atas keadilan dan proses hukum
21. Hak untuk menikmati manfaat dari kemajuan ilmu pengetahuan

Berdasarkan prinsip dasar hak asasi di dalam konteks TB tersebut, pelanggaran hak asasi manusia pada pasien TB kerap kali terjadi di Indonesia. Jenis-jenis pelanggaran tersebut datang dari berbagai aspek yang terdiri atas dua hal, yaitu kesehatan dan juga perlindungan sosial.

Isu Pemenuhan Hak atas Kesehatan

Pengukuran *availability*, *accessibility*, *acceptability*, dan *quality* (AAAQ) penting untuk menilai seberapa tinggi tingkatan pemenuhan hak atas kesehatan bagi orang dengan TB. Dari aspek ketersediaan (*availability*), seringkali orang dengan TB menghadapi waktu diagnosis yang cukup panjang dengan skema rujukan yang rumit. Selain itu, menurut Albert & Fuji (2017), menyebutkan bahwa ketersediaan obat bagi orang dengan TB juga menjadi permasalahan²⁹. Aspek selanjutnya, yaitu kemudahan akses (*accessibility*), yang dimana kendala paling besar yang dihadapi oleh orang dengan TB adalah lokasi fasilitas kesehatan yang jauh dari rumah, biaya perawatan insidental (*out of pocket*), serta aksesibilitas informasi tentang TB yang belum optimal. Memang informasi TB pada pasien sudah baik, namun bagi masyarakat secara luas, informasi tentang TB masih dirasa kurang. Informasi terkait hak-hak lainnya seperti hak atas privasi bagi pasien juga tidak cukup baik dipahami oleh orang dengan TB. Pada aspek penerimaan (*acceptability*), efek samping obat merupakan hal yang paling sulit dihadapi oleh orang dengan TB. Efek samping sangat mempengaruhi kepatuhan pengobatan bahkan aspek-aspek lainnya di luar dari perawatan seperti rutinitas sehari-hari. Selain itu, lamanya waktu tunggu juga menjadi hambatan bagi orang dengan TB pada saat mengakses perawatan. Orang dengan TB juga masih menghadapi berbagai pelanggaran hak atas kesehatan seperti mendapatkan penolakan untuk mendapatkan perawatan, tidak mendapatkan perawatan yang berkualitas.

Isu Pemenuhan Hak atas Perlindungan Sosial

Orang dengan TB tidak hanya menghadapi permasalahan yang berkaitan dengan klinis TB, tetapi juga masalah-masalah nutrisi, sosial dan ekonomi. Banyak orang dengan TB di Indonesia mengalami *wasting*, kondisi dimana tubuh mengalami penurunan berat badan yang drastis sehingga menyebabkan badan menjadi kurus dan tidak bertenaga. Hal ini sangat berkaitan dengan status gizi dan nutrisi dari makanan yang dikonsumsi. Kesembuhan pasien TB sangat tergantung kepada asupan gizi yang cukup. Hal tersebut dipicu oleh masalah kemiskinan dan minimnya tingkat pendapatan karena kurangnya kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan ataupun pendidikan. Selain itu, hak atas perumahan yang layak adalah masalah yang dapat meningkatkan risiko penularan TB menjadi meningkat. Terakhir, kompleksitas isu gender juga menjadi tantangan dan hambatan di dalam penanggulangan. Mitigasi dampak negatif dari permasalahan dapat dilakukan dengan mengidentifikasi kelompok atau populasi yang rentan terhadap pelanggaran HAM pada konteks TB.

²⁹ Albert Wiryana dan Fuji Aotari, *Ancaman bagi Kesehatan Populasi Kunci HIV dan TB: Sebuah Laporan Pelanggaran HAM*, (Jakarta: Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat, 2017), hal. 83.

i	<p>Right to Breathe Community Scorecard In Indonesia</p> <p>Right to Breathe merupakan penilaian kepada komunitas terhadap aspek layanan kesehatan maupun sosial bagi orang dengan TB atau penyintas TB. Asesmen ini bertujuan untuk melakukan transformasi program TB yang lebih memperhatikan hak asasi manusia. Beberapa proses indikator yang diukur pada penilaian ini adalah sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Quality of information on TB</i> ● <i>Quality of information on the rights of people affected by TB</i> ● <i>Human rights literacy for people affected by TB</i> ● <i>Availability and quality of legal services</i> ● <i>Quality of TB healthcare services</i> ● <i>National TB program/response toward community</i> ● <i>Treatment literacy</i> ● <i>Access to affordable medicines and TB treatment</i> <p>Berdasarkan hasil penilaian proses indikator, hasil dari penilaian setiap indikator berada pada skor dibawah rata-rata (0-4). Hasil penilaian tersebut dapat dijadikan acuan di dalam mencapai keberhasilan rencana aksi CRG-TB, khususnya pada area hak asasi.</p>
----------	---

Stigma & Diskriminasi

Stigma terhadap pasien TB menjadi permasalahan, dimana stigma ini dapat dipicu oleh edukasi dan pemahaman terhadap TB yang masih kurang optimal di masyarakat secara luas. Stigma yang melekat pada TB di Indonesia yaitu TB merupakan penyakit orang miskin dan dikaitkan juga dengan aspek kebersihan diri. TB seringkali dianggap sebagai penyakit yang tidak dapat disembuhkan. Tidak sedikit juga masyarakat yang memahami penularan TB karena orang tersebut telah dikutuk atau telah berbuat sesuatu yang tidak bermoral. Rasa takut terinfeksi oleh TB, anggapan bahwa TB dekat dengan kemiskinan dan juga adanya keterhubungan antara TB dengan HIV juga turut menjadi penyebab timbulnya stigma pada masyarakat³⁰.

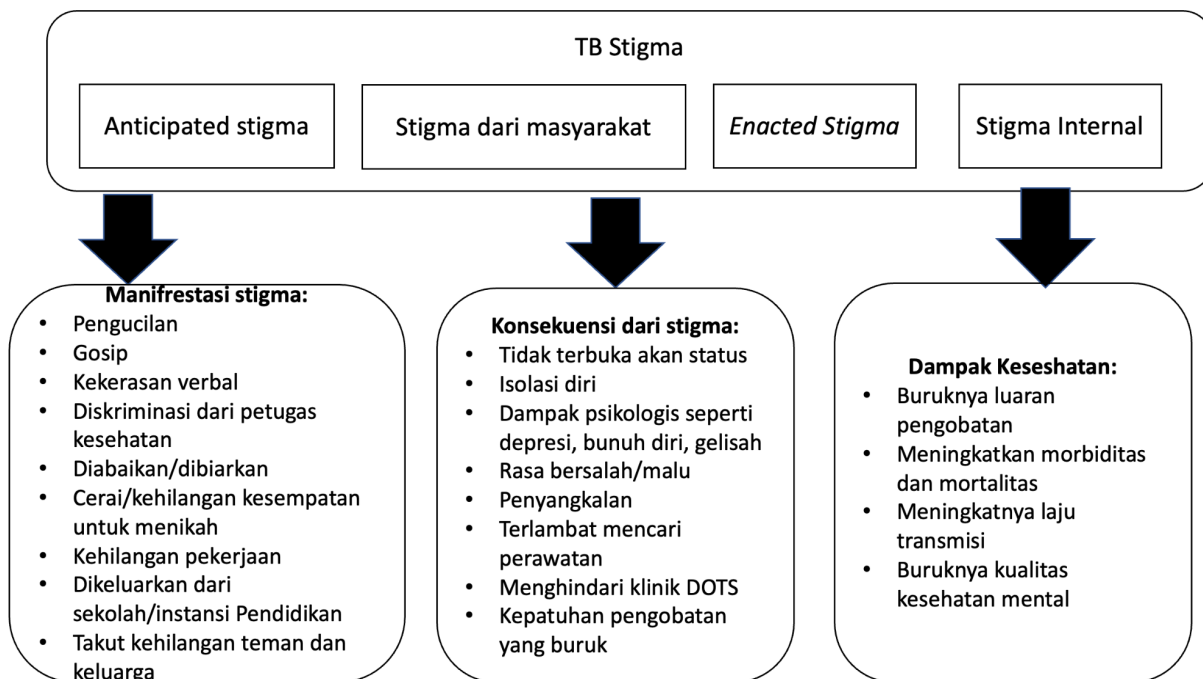
Berdasarkan laporan kajian TB HAM dan gender, pasien TB mendapatkan pelayanan yang tidak ramah dari petugas kesehatan seperti tidak diperbolehkan masuk ke dalam fasilitas kesehatan. Terlebih, sikap yang berkembang pada masyarakat secara luas seperti pengucilan dan dijauhi merupakan stigma yang kerap kali dihadapi oleh orang dengan TB. Stigma eksternal tersebut kemudian diinternalisasi dan membuat suatu pemikiran buruk terhadap diri sendiri (*self-stigma*). Stigma internal ini dapat berdampak pada rasa bersalah dan menganggap diri sendiri tidak berarti. Dampak lainnya dapat menyebabkan seseorang mengisolasi diri, tidak terbuka terhadap statusnya, memutuskan hubungan dengan orang lain atau menjauhi kelompok komunitas. Ditambah lagi, perlakuan diskriminasi pada orang dengan TB merambat kepada aspek kehidupan pekerjaannya. Banyak orang dengan TB yang akhirnya tidak dapat mendapatkan pekerjaan karena proses rekrutmen yang tidak menerima orang dengan TB untuk bekerja. Pasien TB yang sudah bekerja pun juga banyak yang akhirnya dipecat atau mengundurkan diri dari pekerjaannya. Situasi tersebut sangat membahayakan status pengobatan pasien yang dapat berdampak pada *lost to follow up* karena untuk mengakses layanan kesehatan, orang dengan TB membutuhkan finansial.

Hasil asesmen TB stigma di Indonesia menyebutkan stigma terbesar yang dialami oleh orang dengan TB adalah di dukung kepatuhan pengobatan sebesar 25%, diikuti pada tahap pengenalan gejala TB sebesar 17%, dan juga stigma yang ditemui di komunitas/dari tetangga sebesar 84%. Stigma pada orang dengan TB juga dirasakan oleh populasi kunci, terutama transgender dan juga orang dengan TB yang di daerah pedesaan dan pemukiman kumuh perkotaan³¹. Komunitas atau masyarakat secara umum memberikan stigma kepada orang dengan TB yang disebut dengan stigma eksternal. Stigma ini dapat berupa stereotip sampai dengan perilaku menjauhi diri dari orang dengan

³⁰ Courtwright, A., & Turner, A. N. (2010). Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Public health reports*, 125(4_suppl), 34-42.

³¹ Konsorsium Komunitas Penabulu - STPI. 2022. Penilaian Stigma TBC di Indonesia.

TB atau penyintas TB. Hasil asesmen stigma TB di Indonesia menyebutkan bahwa masih adanya stigma yang datang dari keluarga, kelompok komunitas/tetangga, serta petugas kesehatan kepada orang dengan TB atau penyintas TB. Bentuk stigma yang diberikan oleh petugas kesehatan meliputi: 1) Pasien TB sangat berbahaya, 2) Pasien TB harus diisolasi, dan 3) Pengobatan pasien TB mungkin harus dipaksakan ketika dibutuhkan. Selain itu, hasil asesmen juga menyebutkan bahwa adanya stigma internal atau *self-stigma* yang dirasakan oleh orang dengan TB sebesar 35% dan juga dirasakan oleh anggota keluarganya sebesar 33%.



Gambar 3 Kerangka Konseptual Dimensi Stigma dan Dampaknya kepada Pasien TB

Berbagai bentuk stigma di atas dapat memiliki dampak buruk. Dampak terhadap stigma bermacam dari mulai dampak secara sosial, ekonomi, maupun kesehatan³². Dari segi sosio-ekonomi, terdapat dampak seperti (1) kehilangan pekerjaan, (2) pendidikan, (3) diabaikan oleh keluarga maupun masyarakat, (4) kekerasan verbal. Dalam segi akses kesehatan TB, beberapa poin yang dihimpun dari *TB Stigma Assessment Indonesia* menyebutkan bahwa stigma dapat berdampak pada (1) kesulitan untuk mengetahui gejala, (2) *health-seeking behavior*, (3) diagnosis, (4) inisiasi pengobatan, (5) mendapatkan dukungan pengobatan, (6) mendapatkan layanan *follow-up* pasca pengobatan. Selain kesehatan terkait TB, perlu juga diperhatikan dampak terkait kesehatan psikis yang juga mungkin memburuk akibat stigma. Perlindungan terhadap orang dengan TB untuk mencegah atau memitigasi dampak dari stigma & diskriminasi merupakan poin penting yang harus diselesaikan. Penguatan peraturan, hukum, ataupun kebijakan yang berbicara tentang perlindungan ini harus ditingkatkan agar tidak menurunkan kualitas hidup orang dengan TB.

Lingkungan Hukum

Perihal regulasi atau peraturan, pemerintah Indonesia telah membuat berbagai macam peraturan yang dibentuk untuk melindungi hak asasi bagi pasien TB yang cakupannya meliputi: hak untuk terbebas dari diskriminasi, hak untuk mendapatkan informasi, hak untuk mengakses layanan, hak untuk mendapatkan privasi/kerahasiaan, hak

³² Mukerji, R. and Turan, J.M., 2018. Exploring Manifestations of TB-Related Stigma Experienced by Women in Kolkata, India. *Annals of Global Health*, 84(4), pp.727–735. DOI: <http://doi.org/10.29024/aogh.2383>

untuk mendapatkan persetujuan/*informed consent*, hak untuk terbebas dari paksaan melakukan isolasi, dan hak untuk mendapatkan pekerjaan yang aman. Dalam aspek kebijakan, telah tersedia cakupan kebijakan yang membahas mengenai hak untuk mengakses layanan kesehatan, hak untuk mendapatkan privasi oleh pasien, hak untuk menentukan atau *informed consent*, dan hak untuk terbebas dari isolasi yang dipaksa. Namun masih banyak lagi peraturan atau kebijakan yang kemudian harus dibentuk. Seperti contoh yang disebutkan di dalam hasil diskusi terarah penilaian stigma TB di Indonesia, bahwa belum tersedianya kebijakan yang melindungi hak penyintas TB terhadap pekerjaan bahkan masih adanya kebijakan atau peraturan yang dapat menghambat hak pasien TB untuk terbebas dari diskriminasi.

Pemenuhan hak atas kesehatan bagi orang dengan TB juga sudah tertuang di dalam Standar Norma dan Pengaturan (SNP) nomor 4 tentang Hak Kesehatan Komisi Nasional Hak Asasi Manusia tahun 2021 dimana TB dikategorikan sebagai penyakit menular kronis yang rentan terhadap diskriminasi. Oleh karena itu, di dalam SNP disebutkan bahwa orang dengan TB harus mendapatkan perawatan yang berkualitas, yang terlindungi dari sikap stigma dan diskriminatif, intoleransi, dan nir empati. Perlindungan dari diskriminasi pada saat menjalani perawatan TB pun secara jelas juga termaktub di dalam Pasal 12 ayat (8) Peraturan Presiden Nomor 67 tahun 2021. Namun, dikutip dari laporan Kajian HAM dan Gender pada TB, menyebutkan bahwa turunan petunjuk teknis atau implementasi dari pelaksanaan perlindungan tersebut masih belum jelas. Pendampingan yang disebutkan pun tidak secara spesifik membahas tentang perlindungan hukum, sehingga sampai saat ini belum tersedia mekanisme umpan balik bagi orang dengan TB untuk melaporkan kasus stigma dan diskriminasi. Ditambah, orang dengan TB juga masih banyak yang tidak memahami hak-hak mereka sebagai pasien. Arus informasi tentang pelaporan kasus diskriminasi, layanan respon tindak lanjut, dan juga literasi terkait hak-hak pasien TB harus ditingkatkan agar pemenuhan hak atas kesehatan maupun perlindungan dari stigma dan diskriminasi dapat terwujud. Selain itu, peran media massa juga yang seharusnya dapat meningkatkan kesadaran masyarakat secara keseluruhan atau mengubah pandangan perspektif pemangku kebijakan juga tidak menjalankan perannya dengan baik.

Tabel 6 Kebijakan Terkait Anti Stigma dan Anti Diskriminasi di Indonesia

Undang-undang	Peraturan Pemerintah dan Presiden	Peraturan Tingkat Kementerian	Peraturan Daerah
Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1984 tentang Pengesahan Konvensi Tentang Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Terhadap Perempuan	PPPA No. 11 Tahun 2011 tentang Kebijakan Pembangunan Kabupaten/Kota Layak Anak	Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor Per.02/MEN/1980 Tentang Pemeriksaan Kesehatan Tenaga Kerja Dalam Penyelenggaraan Keselamatan Kerja	Malinau Nomor 10 Tahun 2012 tentang Pengakuan dan Perlindungan Hak Masyarakat Adat
Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1995 Tentang Pemasarakatan	Peraturan Presiden Nomor 53 Tahun 2021 tentang RAN HAM Tahun 2021-2025	Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor M.HH- 172.PL.02.03 Tahun 2011 tentang Pedoman Pengadaan Bahan Pangan Bagi Narapidana, Narapidana, dan Anak Terdidik Lapas di Lembaga Pemasarakatan dan Rumah Tahanan di Lingkungan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia	Sragen Nomor 8 Tahun 2015 tentang Pelaksanaan Hak Asasi Manusia
TAP MPR Nomor XVII/MPR/1998 tentang Hak Asasi Manusia		Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor M.HH.02.UM.06.04 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan di Lingkungan	Karanganyar Nomor 4 Tahun 2018 tentang Pelaksanaan Hak Asasi Manusia

		Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia	
Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1998 tentang Konvensi Menentang Penyiksaan dan Perlakuan atau Penghukuman Lain yang Kejam, Tidak Manusiawi atau Merendahkan Martabat		Peraturan Kepala Kepolisian Negara Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2011 Tentang Kode Etik Profesi Kepolisian Negara Republik Indonesia	Perda Kota Bandung Nomor 15 Tahun 2019 Tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas
Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1998 tentang Kebebasan Menyampaikan Pendapat		Peraturan Menteri Hukum dan HAM Nomor 11 Tahun 2013 tentang Kriteria Kabupaten/Kota Peduli HAM	Pekanbaru Nomor 7 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Kota Layak Anak
Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.		Permenkumham No. 32 Tahun 2016 tentang Layanan Komunikasi Publik tentang Hak Asasi Manusia	
Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1998 tentang Kemandirian Menyampaikan Pendapat di Depan Umum		Permenkumham No. 24 Tahun 2017 tentang Pedoman Muatan Hak Asasi Manusia dalam Peraturan Perundang- undangan	
Undang-Undang Nomor 19 Tahun 1999 tentang Pengesahan Konvensi ILO No. 105 Tentang Penghapusan Kerja Paksa		Norma dan Peraturan Baku Nomor 4 tentang Hak atas Kesehatan Tahun 2020	
Undang-Undang Nomor 20 Tahun 1999 tentang Pengesahan Konvensi ILO No. 138 Tentang Usia Minimum untuk Diperbolehkan Bekerja			
Undang-Undang Nomor 21 Tahun 1999 tentang Pengesahan Konvensi ILO No. 111 Tentang Diskriminasi Dalam Pekerjaan dan Jabatan			
Undang-Undang Nomor 26 Tahun 1999 tentang pencabutan UU Subversi			
Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1999 tentang Pengesahan Konvensi Internasional Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Ras 1965			

Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia			
Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2000 tentang Pengesahan Konvensi ILO Nomor 182 Mengenai Pelarangan Dan Tindakan Segera Penghapusan Bentuk- Bentuk Pekerjaan Terburuk Untuk Anak			
Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2000 tentang Pengadilan HAM			
Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2002 tentang Hak Cipta			
Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.			
Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga			
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pengesahan Kovenan Internasional Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya			
Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2006 tentang Kewarganegaraan			
Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2006 tentang Perlindungan Saksi dan Korban			
Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2006 tentang Administrasi Kependudukan			
Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2007 tentang Pemberantasan Tindak			

Pidana Perdagangan Orang			
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 37 Tahun 2008 tentang Ombudsman Republik Indonesia Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2008 tentang Penghapusan Diskriminasi Ras dan Etnis			
Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik			
Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik			
Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak			
Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas			
Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2017 tentang Perlindungan Pekerja Migran Indonesia			
Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2019 tentang Sumber Daya Air			
Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja			

INTERVENSI KOLEKTIF

Setelah mengetahui kemajuan dari implementasi upaya penguatan sistem komunitas, hak asasi, dan gender pada program penanggulangan TB di Indonesia, temuan-temuan tersebut kemudian menghasilkan rincian implementasi rencana aksi CRG-TB di Indonesia. Pada bagian ini akan dijelaskan tujuan umum, tujuan khusus, cakupan, pendekatan & strategi CRG-TB di Indonesia.

Tujuan Umum Rencana Aksi CRG-TB Indonesia

Tujuan dari rencana aksi CRG - TB ini adalah sebagai acuan dalam mengintegrasikan program TB dengan perspektif sistem komunitas, hak, serta kesetaraan gender sampai dengan tahun 2026.

Cakupan Rencana Aksi CRG-TB Indonesia

Cakupan yang diharapkan dari Rencana Aksi CRG-TB selama 3 tahun (2024-2026) adalah untuk menjadi acuan bagi proses implementasi program penanggulangan TB di Indonesia bagi pemerintah, CSO, atau organisasi komunitas lokal yang bergerak di dalam intervensi pencegahan, diagnosa, dan perawatan TB. Pelaksanaan CRG-TB berotasi pada populasi kunci ataupun populasi yang terdampak oleh TB yang disebutkan di dalam dokumen, yaitu orang yang berisiko tinggi terhadap penularan TB yang disebabkan karena lingkungan kerja, atau karena faktor biologis dan perilaku, serta orang yang memiliki akses terbatas ke layanan TB yang berkualitas.

Dokumen ini bersifat fleksibel, artinya dapat berubah mengikuti dinamika temuan secara operasional maupun tinjauan ilmiah yang membahas pengembangan program TB ke depan. Rencana Aksi CRG-TB akan mengakomodasi adanya pendekatan yang baru yang dibutuhkan agar dokumen ini dapat selalu relevan untuk menjawab permasalahan yang ada di lapangan. Adapun target pengguna dokumen, yaitu CSO/Komunitas lokal yang bergerak pada isu TB namun tetap terhubung dengan program TB nasional. CSO/komunitas lokal serta pemerintah dapat melakukan review terhadap proses implementasi CRG TB setiap tahun untuk memberikan inovasi perubahan atau menyesuaikan rencana-rencana yang tertulis di dalam dokumen ini.

Tujuan Khusus Rencana Aksi CRG-TB Indonesia

Adapun tujuan khusus Rencana Aksi CRG-TB ini adalah untuk:

- Menjamin perlindungan hukum dan meningkatkan kesadaran terkait hak atas kesehatan melalui kebijakan, panduan, maupun sistem.
- Mempromosikan intervensi berbasis kesadaran gender (*gender-awareness*) untuk mengurangi hambatan akses layanan pencegahan, diagnosis, dan pengobatan TB.
- Membangun pendekatan yang berpusat pada kebutuhan pasien dan keluarga di dalam pelayanan kesehatan TB yang berfokus pada kebutuhan orang dengan TB atau terdampak TB.
- Mengurangi stigma dan diskriminasi kepada orang dengan TB atau yang terdampak TB dan meningkatkan peran mereka di dalam perencanaan, pelaksanaan sampai dengan evaluasi program.

Pendekatan & Strategi Rencana Aksi CRG-TB Indonesia

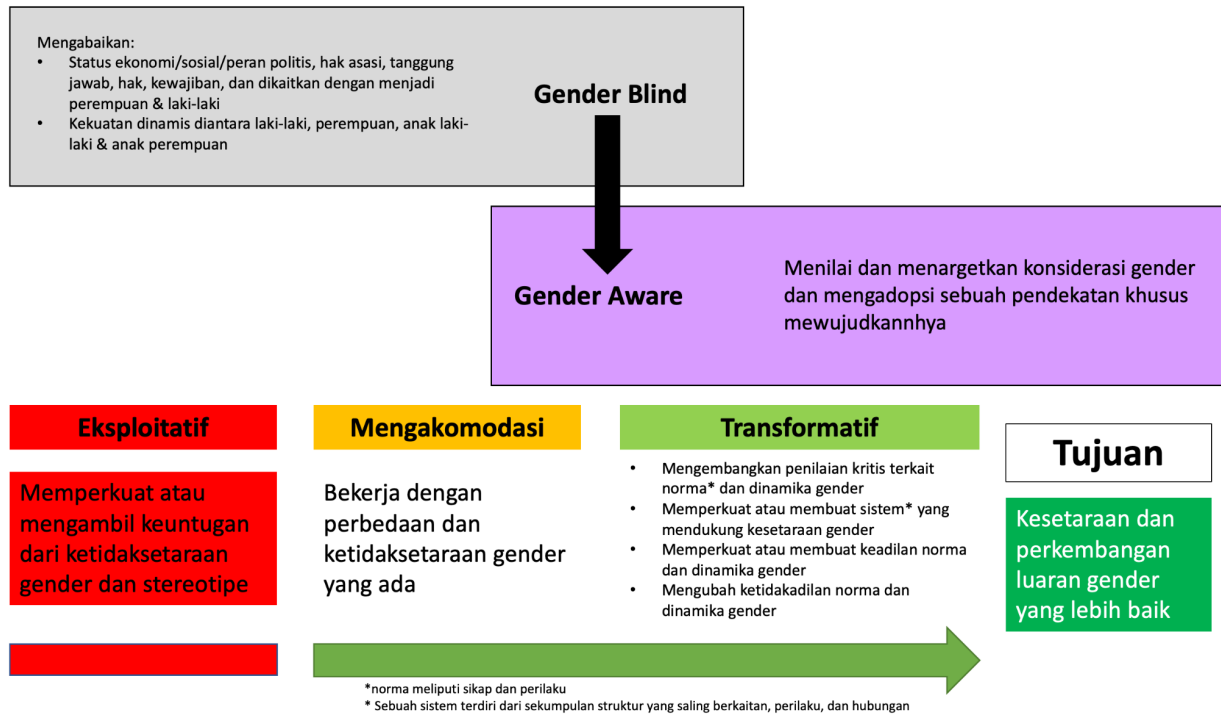
Komunitas: Dari layanan terpusat kepada pasien dan keluarga sampai dengan monitoring yang dipimpin oleh komunitas (*community-led monitoring*)

Peran serta komunitas di dalam penanggulangan TB sangat penting karena TB merupakan penyakit dengan implikasi sosial. Pelibatan berarti komunitas TB menjadi fokus dari CRG ini sehingga strategi yang dapat dibentuk

untuk memenuhi kebutuhan komunitas. Beberapa strategi yang diusung untuk mencapai tujuan tersebut adalah sebagai berikut:

1. **Advokasi pemenuhan kebutuhan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui pendekatan *community led-monitoring* oleh komunitas TB:** Salah satu pendekatan yang dapat mendorong peran aktif komunitas di dalam perjalanan program adalah *community led-monitoring* (CLM). CLM sendiri merupakan sebuah mekanisme atau model untuk mendorong partisipasi komunitas untuk mengumpulkan, menganalisa, dan menggunakan data dan informasi untuk memberikan masukan kepada penyedia layanan sehingga dapat meningkatkan akses, kualitas, serta dampak dari layanan. Pada proses implementasi CLM, komunitas dapat berperan aktif di beberapa area sasaran yang meliputi: peningkatan pengetahuan terkait TB serta pemahaman norma peraturan yang menjadi standar sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan pencegahan, pengobatan, perawatan serta dukungan. Penguatan edukasi tersebut dapat mendorong komunitas untuk melihat pengalaman atau perspektif melalui pengumpulan data atau informasi. Data yang terkumpul dapat digunakan di dalam bagian-bagian diskusi bersama pemangku kebijakan untuk bersama menciptakan (*co-creation*) solusi dari setiap temuan permasalahan. Produk yang dihasilkan melalui CLM adalah produk-produk advokasi seperti kebijakan, peraturan, dan lain sebagainya yang berguna untuk menyelesaikan sebuah permasalahan. Pada konteks Indonesia, kegiatan evaluasi di dalam meningkatkan kualitas pelayanan tuberkulosis didukung penuh oleh pemerintah dengan menggunakan konsep *community-based monitoring feedback* (CBMF), dimana implementasinya bertumpu kepada sebuah kanal pelaporan www.laportbc.id, sebuah mekanisme pelaporan yang diisi oleh pasien untuk menggambarkan perkembangan pengobatan. Namun pelaksanaan CBMF memiliki tantangan, salah satunya wadah ini belum mampu digunakan sebagai mekanisme pemberian umpan balik dari komunitas kepada penyedia layanan untuk meningkatkan kualitas layanan TB dikarenakan kurangnya kehadiran *focal point* untuk menjembatani aspirasi komunitas yang diikuti dengan kolaborasi organisasi yang bergerak pada isu TB yang belum solid. Konsep *CLM* di dalam CRG-TB kan dijalankan oleh PR konsorsium, komunitas *sub-recipient* tematik, dan komunitas *sub-recipient* bekerja sama dengan pemerintah dan organisasi non-pemerintah di Indonesia dengan harapan dapat menyempurnakan mekanisme *CBMF* yang telah dijalankan sebelumnya. Adapun beberapa komponen aktivitas untuk strategi ini adalah sebagai berikut:
 - a. Membentuk kolaborasi komunitas TB yang berdaya dan berkelanjutan di dalam implementasi program CRG-TB
 - b. Pengembangan alat dan panduan pelaksanaan *CLM* untuk komunitas orang dengan TB
 - c. Meningkatkan kapasitas jaringan nasional orang dengan TB di dalam melaksanakan *CLM* dan pemenuhan hak atas kesehatan serta aktivitas advokasi
 - d. Melaksanakan *CLM* dengan membentuk sinergi antara komunitas lokal dengan *multi-stakeholders* sebagai bentuk advokasi kebutuhan
2. **Mendorong konsep layanan berpusat pada pasien dan keluarga di dalam proses pemberian layanan TB dari mulai pencegahan, diagnosis, dan juga pengobatan:** Terdapat lima cakupan aspek akses perawatan yang diukur melalui pendekatan layanan berpusat pada pasien dan keluarga, yaitu *availability* seperti: ketersediaan staf, layanan, dan program; *accessibility* seperti: akses fisik, jam operasional, waktu tunggu dan sebagainya; *affordability* seperti: biaya transport; *acceptability* seperti: penerimaan efek samping dari pengobatan, dan *quality*.
 - a. Perawatan berorientasi kepada kebutuhan komunitas TB baik pasien, penyintas, keluarga pasien, maupun kelompok rentan TB
 - b. Pendampingan pasien dan keluarga agar dapat mengakses layanan dari tes, diagnosis dan pengobatan

Pendekatan Kesetaraan Gender pada program TB



Gambar 4 Gender Equality Continuum, konsep pendekatan transformasi gender³³

Permasalahan TB sangat erat kaitannya dengan isu gender. Implementasi program yang mengkonsiderasikan gender diperlukan untuk menyelesaikan hambatan-hambatan seperti ekonomi, peran sosial yang berasosiasi pada perempuan atau laki-laki. Konsiderasi gender harus didasari oleh data dan bukti yang ditemui di lapangan, sedangkan faktanya data yang menunjukkan disparitas gender pada program TB belum cukup memadai di Indonesia. Untuk itu, transformasi program yang didasari oleh sensitivitas gender mendorong berbagai aktivitas penelitian yang menyuarakan dinamika peran atau kekuatan antara perempuan dan laki-laki. Adapun strategi yang diusung melalui pendekatan ini adalah: **Melakukan sensitisasi terkait kesetaraan gender termasuk SOGIESC pada program TB mulai dari pencegahan, diagnosa dan pengobatan.**

Pendekatan gender pada intervensi program TB yang diusung di dalam dokumen Rencana Aksi CRG-TB ini menggunakan kerangka kerja *gender equality continuum* dimana tujuan utamanya adalah untuk mengubah wajah program penanggulangan TB menjadi lebih sadar terhadap hambatan serta mendorong kesetaraan antara perempuan dan laki-laki dengan beberapa prinsip, yaitu 1) mendorong penelitian secara kritis terhadap ketidaksetaraan dan peran, norma dan dinamika gender yang ada pada konteks implementasi upaya penanggulangan TB dan faktor sosial serta budaya masyarakat Indonesia yang mendorong ketidaksetaraan tersebut, 2) mengakui dan memperkuat norma-norma positif yang mendukung kesetaraan dan lingkungan yang kondusif di dalam pemenuhan hak atas kesehatan pada konteks pelayanan TB, 3) mempromosikan posisi perempuan, anak perempuan dan kelompok terpinggirkan, dan menyelesaikan permasalahan struktural terkait gender yang dapat menghambat akses pelayanan TB. Secara spesifik, strategi tersebut dibagi menjadi beberapa langkah yang dapat dilakukan yang terdiri dari:

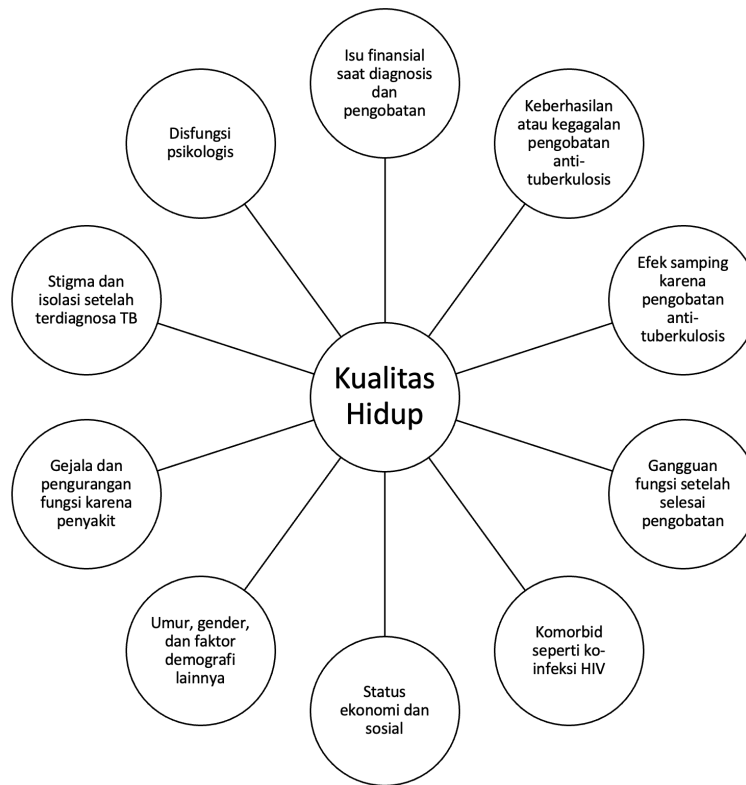
1. Membangun bukti untuk pengembangan layanan yang sensitif SOGIESC dengan melakukan riset dan/atau penilaian terkait kebutuhan dan hambatan gender yang dihadapi oleh laki-laki maupun perempuan pada proses perawatan TB. Fungsi utama riset terhadap isu gender ini adalah untuk menemukan dinamika perubahan peran sosial-politik maupun isu hambatan ekonomi yang berkaitan dengan laki-laki dan perempuan secara berkala

³³ Interagency Gender Working Group. Gender Integration Continuum Categories. Available at: <https://www.igwg.org/wp-content/uploads/2017/05/GendrContinuumCategories.pdf>

karena peran sosial mungkin saja berubah seiring berjalannya waktu. Penelitian mencakup beberapa topik seperti: penelitian terkait kerentanan akibat pekerjaan yang dilakukan oleh perempuan/laki-laki secara spesifik, penelitian terkait keterhubungan antara TB dan kehamilan, penelitian terkait perbedaan hambatan akses terhadap layanan TB pada perempuan dan laki-laki. Hasil penelitian diharapkan dapat melahirkan berbagai rekomendasi yang secara efektif mampu mendorong penguatan akses ke layanan baik bagi perempuan maupun laki-laki.

2. Membangun kesadaran SOGIESC para pemangku kebijakan TB dengan mendorong pembuatan panduan maupun sistem penanggulangan TB di Indonesia yang sensitif gender yang dapat digunakan oleh penyedia layanan maupun komunitas orang dengan TB dalam memahami kerentanan dan kebutuhan baik laki-laki maupun perempuan. Modul tersebut juga dapat meningkatkan kapasitas sumber daya manusia yang lebih sadar gender pada penyedia layanan dan komunitas.

Hak Asasi: Konsep Kerangka Berpikir untuk mencapai kualitas hidup komunitas TB



Gambar 5 Konsep kualitas hidup pada orang dengan TB³⁴

Prinsip pemenuhan hak pada orang dengan TB mengacu kepada konsep kualitas hidup yang dibuat oleh Aggarwal (2019). Kualitas hidup sendiri merupakan konsep multidimensional yang mempersatukan aspek kehidupan fisik, sosial, psikologi, ekonomi, spiritual, dan lainnya. Konsep ini kemudian dilihat melalui kacamata individu orang dengan TB. Beberapa indikator untuk mewujudkan hidup orang dengan TB yang berkualitas dirangkum sebagai berikut:

- Memperkuat akses pelayanan TB yang berkualitas bagi orang dengan TB dari mulai diagnosis sampai dengan perawatan termasuk bagi orang dengan TB resisten obat

³⁴ Aggarwal, A. N. (2019). Quality of life with tuberculosis. *Journal of clinical tuberculosis and other mycobacterial diseases*, 17, 100121.

- Kapasitas orang dengan TB untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan berfungsi sebagaimana mestinya di dalam berbagai bidang kehidupan dari mulai pekerjaan sampai dengan kehidupan sosial tidak terganggu karena gejala ataupun efek samping pengobatan
- Terlindungi dan terbebas dari stigma dan diskriminasi sehingga orang dengan TB mampu menjalani kehidupan sosial bermasyarakat layaknya seperti orang pada umumnya
- Mendapatkan dukungan psikososial dan juga pelayanan kesehatan mental
- Orang dengan TB mendapatkan dukungan finansial atau ekonomi karena kebanyakan pasien TB berada pada usia produktif dan seringkali mereka mengalami pengurangan pendapatan dan juga pengeluaran biaya yang lebih besar untuk mengakses layanan kesehatan
- Mendapatkan akses pelayanan kesehatan komorbid atau ko-infeksi seperti diabetes dan juga HIV
- Mendapatkan perawatan untuk efek dari pengobatan yang mungkin dialami oleh orang dengan TB pasca pengobatan

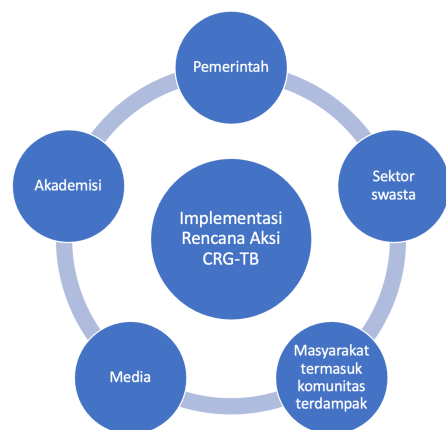
Berangkat dari beberapa indikator tersebut, CRG-TB ini mengusung beberapa strategi yang relevan untuk dilakukan di Indonesia Untuk meningkatkan kualitas hidup pada orang dengan TB adalah sebagai berikut:

1. **Meningkatkan kualitas dan menguatkan integrasi layanan TB-HIV dan layanan kesehatan lainnya.** Mengingat TB juga berkorelasi dengan penyakit komorbid atau koinfeksi seperti diabetes dan HIV, strategi ini memiliki tujuan untuk menguatkan hubungan dan aksesibilitas pasien TB dalam memperoleh layanan lain yang dibutuhkannya.
 - a. Perawatan dengan akses terjangkau dan ramah bagi komunitas TB
 - b. Peningkatan kualitas perawatan TB yang mengikutsertakan komunitas di berbagai program intervensi TB yang terfokus pada layanan primer
2. **Penguatan aspek fundamental sosial ekonomi bagi komunitas TB melalui pemberdayaan masyarakat, dukungan sosial dan lain sebagainya.** Dukungan aspek sosial dan ekonomi menjadi krusial bagi orang dengan TB untuk tetap dapat menjalani pengobatan dan juga menyelesaikan faktor determinan sosial yang menghambat penyembuhan. Adapun beberapa komponen aktivitas untuk strategi ini antara lain sebagai berikut:
 - a. Meningkatkan kesejahteraan sosio-ekonomi secara merata orang dengan TB dan penyintas TB
 - b. Mengidentifikasi permasalahan dan memelihara kesehatan mental atau dukungan psikososial orang dengan TB dan penyintas TB
 - c. Menjamin terpenuhinya hak untuk mendapatkan pekerjaan bagi penyintas TB
3. **Advokasi pemenuhan dan perlindungan hak atas kesehatan terhadap komunitas TB dengan dilahirkannya berbagai macam produk kebijakan, panduan, ataupun sistem.** Perlindungan orang dengan TB atau penyintas TB dari segala bentuk stigma dan diskriminasi merupakan salah satu komponen yang sangat penting untuk memastikan orang dengan TB dapat memenuhi hak atas kesehatannya. Adapun komponen aktivitas untuk strategi ini adalah mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap pasien TB

Strategi Kerja Sama

Strategi yang telah dirancang akan diimplementasikan melalui kerjasama dan kolaborasi aktif dari berbagai kelembagaan. Strategi kerjasama yang dapat dilakukan melalui beberapa mekanisme seperti: *stakeholders mapping*, *consensus decision-making*, dan *technical support*. Mekanisme tersebut diperankan oleh 5 elemen pelaksana dalam CRG-action plan yang meliputi:

1. Pemerintah: dalam hal ini pemangku kepentingan program penanggulangan TB nasional maupun tingkat provinsi serta



kabupaten kota, ataupun lembaga lainnya seperti Kementerian Sosial, Komisi Nasional Hak Asasi Manusia, dan sebagainya. Selain itu, pemerintah juga termasuk di dalamnya fasilitas kesehatan sebagai aktor pemegang titik vital dalam pelaksanaan klinis penanggulangan program TB dari tahap tes, diagnosis, hingga perawatan. Kewajiban fasilitas kesehatan adalah menjamin pemenuhan kebutuhan terkait hak atas kesehatan bagi pasien orang dengan TB.

2. Sektor swasta: ikut serta dalam respon dalam isu TB dan ikut serta di dalam menampung aspirasi kebutuhan dengan berbagai keluaran program yang dapat membantu orang dengan TB atau komunitas terdampak TB.
3. Masyarakat termasuk komunitas terdampak TB: sebagai penerima manfaat (pasien TB dan penyintas TB) baik secara individu maupun berkelompok yang diharapkan dalam terlibat juga di dalam perancangan, pelaksanaan, monitoring, evaluasi, dan advokasi.
4. Media: di dalam beberapa aktivitas CRG-TB, media dapat berperan di dalam menyebarluaskan informasi dan edukasi terkait TB. Peran media juga dapat memberikan kesadaran terkait hak asasi untuk mengurangi stigma dan diskriminasi serta meningkatkan kesadaran terhadap kesetaraan gender untuk mengurangi disparitas gender pada program penanggulangan TB di Indonesia.
5. Akademisi: akademisi berperan untuk melakukan review, memvalidasi, merekomendasi serta memberikan asistensi teknis terkait aktivitas CRG-TB yang bersifat ilmiah. Kehadiran akademisi juga dapat menjadi peluang untuk menjalin kerjasama di dalam meningkatkan kesadaran terkait TB di ranah institusi pendidikan.

Lini Masa & Langkah Kunci dari Rencana Aksi

Tabel 7 Rencana Aksi CRG-TB Indonesia

Pendekatan: Komunitas Strategi 1: Advokasi pemenuhan kebutuhan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui pendekatan <i>community led-monitoring</i> pada komunitas TB. Tujuan Khusus: Membangun pendekatan yang berpusat pada kebutuhan pasien dan keluarga di dalam pelayanan kesehatan TB yang berfokus pada kebutuhan orang dengan TB atau terdampak TB.						
Nomor Aktivitas	Program	Aktivitas	Indikator (output/proses)	Hasil	Waktu	Pemangku Kepentingan yang bertanggung jawab
Aktivitas 1.1	Membentuk kolaborasi komunitas TB yang berdaya dan berkelanjutan di dalam implementasi program CRG-TB	1.1.1 Penguatan dan perluasan wadah nasional untuk komunitas TB (termasuk TB RO dan SO)	Pemetaan jumlah komunitas lokal TB di setiap daerah Jumlah pertemuan dan hasil <i>pre-post test</i> jumlah kab/kota yang bekerja sama dengan organisasi penyintas	Terbentuk jaringan nasional orang dengan TB Terlaksananya peningkatan kapasitas organisasi nasional TB Bertambahnya kerjasama antara pemerintah daerah dengan organisasi lokal Dokumen peta kelompok populasi kunci & terdampak TB di Indonesia	Semester 1 tahun 2024 Semester 1 tahun 2024 Semester 1 tahun 2024	Organisasi Penyintas TB, Pemerintah Daerah, Kementerian Kesehatan RI, Dinas kesehatan provinsi/kota/kabupaten, Dinas Sosial provinsi/kota/kabupaten, Akademisi

		1.1. 2 Melakukan pemetaan kelompok populasi kunci, populasi terdampak TB di Indonesia	Pemetaan kelompok populasi kunci dan terdampak TB melalui jejaring lintas komunitas	Dokumen hasil penelitian serta rekomendasi	Semester 1 tahun 2024	
		1.1.3Melakukan analisis kebutuhan dan akses pemberdayaan komunitas lokal yang bergerak di isu TB melalui penelitian	Prioritas kebutuhan dan menilai akses terhadap pemberdayaan komunitas lokal yang bergerak di isu TB	Terbentuknya policy brief	Semester 1 tahun 2024	
		1.1.4Produk kebijakan berdasarkan hasil analisis kebutuhan dan akses pemberdayaan komunitas lokal untuk meningkatkan peran serta komunitas di dalam program TB di level daerah	jumlah <i>policy brief</i>		Semester 1 tahun 2024	

Aktivitas 1.2	Pengembangan alat dan panduan pelaksanaan <i>community-led monitoring</i> untuk komunitas orang dengan TB	1.2.1 Mengembangkan alat dan panduan terkait pelaksanaan <i>community-led monitoring</i> bagi komunitas TB	Tersedianya panduan CLM bagi komunitas TB	Dokumen panduan CLM bagi komunitas TB	Semester 2, tahun 2024	PR konsorsium, POP TB, SR TB komunitas, Pemerintah Daerah, Kementerian Kesehatan RI, Dinas kesehatan provinsi/kota/kabupaten, provinsi/kota/kabupaten
		1.2.2 Sosialisasi mekanisme program CLM kepada pengguna (orang dengan TBC)	Jumlah pertemuan yang diadakan, jumlah peserta sosialisasi (cakupan komunitas)	Terlaksananya kegiatan sosialisasi	Semester 2, tahun 2024	
		1.2.3 Sosialisasi mekanisme program CLM kepada mitra program	Jumlah pertemuan yang diadakan (layanan kesehatan)	Terlaksananya kegiatan sosialisasi	Semester 2, tahun 2024	
		1.2.4 Sosialisasi mekanisme program CLM kepada pemangku kebijakan	Jumlah pertemuan yang diadakan (layanan kesehatan)	Terlaksananya kegiatan sosialisasi	Semester 2, tahun 2024	
Aktivitas 1.3	Meningkatkan kapasitas jaringan nasional orang dengan TB di dalam	1.3.1 Melakukan peningkatan kapasitas jarnas	Jumlah pelatihan terkait	Terlaksananya kegiatan disertai dengan laporan hasil penilaian	Semester 2, tahun 2024	PR konsorsium, POP TB, SR TB komunitas,

	<p>melaksanakan <i>community-led monitoring</i> dan pemenuhan hak atas kesehatan serta aktivitas advokasi</p>	<p>orang dengan TB terkait konsep <i>community-led monitoring</i></p> <p>1.3.2 Melakukan peningkatan kapasitas komunitas lokal TB dalam hal pemenuhan hak atas kesehatan atau Hak asasi manusia bagi orang dengan TB</p> <p>1.3.3 Peningkatan kapasitas terkait advokasi dan aktivitas paralegal kepada komunitas lokal TB</p>	<p><i>community-led monitoring</i>, dan hasil <i>pre-post test</i></p> <p>Jumlah pelatihan terkait pemenuhan hak atas kesehatan atau hak asasi manusia bagi orang dengan TB kepada komunitas</p> <p>Jumlah pelatihan terkait advokasi dan aktivitas paralegal, dan dokumen <i>road map advocacy</i></p>	<p>keberhasilan peningkatan kapasitas (<i>pre-post test</i>, dll) terkait CLM</p> <p>Terlaksananya kegiatan disertai dengan laporan hasil penilaian keberhasilan peningkatan kapasitas (<i>pre-post test</i>, dll) terkait hak atas kesehatan</p> <p>Terlaksananya kegiatan disertai dengan laporan hasil penilaian keberhasilan peningkatan kapasitas (<i>road map advocacy</i>, dll) terkait advokasi</p>	<p>Semester 3, tahun 2025</p>	<p>akademisi, Lembaga Bantuan Hukum, Komnas HAM</p>
--	---	--	---	---	-------------------------------	---

					Semester 3, tahun 2025	
Aktivitas 1.4	Melaksanakan <i>community-led monitoring</i> dengan membentuk sinergi antara komunitas lokal TB dengan multi-stakeholders sebagai bentuk advokasi kebutuhan	<p>1.4.1 Melaksanakan <i>community led-monitoring</i> untuk memberikan umpan balik terhadap kualitas perawatan bagi orang dengan TB melalui kegiatan pengumpulan data rutin mengenai perspektif komunitas (<i>community score card</i>) termasuk stigma & diskriminasi dan gender di fasilitas kesehatan tingkat pertama</p> <p>1.4.2 Pertemuan koordinasi bersama mitra pelaksana program TB di level nasional maupun daerah</p> <p>1.4.3 Pertemuan diseminasi dan advokasi hasil penilaian CLM kepada pemangku kebijakan</p>	<p>Jumlah laporan atau hasil penilaian <i>community score card</i> terhadap akses dan kualitas fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam pelayanan TB</p> <p>Jumlah pertemuan yang diadakan</p> <p>Jumlah pertemuan yang diadakan</p>	<p>Terkumpulnya dokumen laporan atau hasil penilaian <i>community score card</i></p> <p>terlaksananya kegiatan pertemuan koordinasi</p> <p>terlaksananya kegiatan pertemuan diseminasi</p>	<p>Semester 3-6, tahun 2024-2026</p> <p>Semester 3-6, tahun 2024-2026</p>	<p>Kementerian Kesehatan RI, PR konsorsium, POP TB, SR TB komunitas, LBH, Komnas HAM, Dinas Kesehatan provinsi, Dinas kesehatan kota/kabupaten</p>

		(pemerintah pusat, dinas kesehatan provinsi/kota/kabupaten)			Semester 3-6, tahun 2024-2026	
<p>Pendekatan: Komunitas</p> <p>Strategi 2: Mendorong konsep <i>patient and family-centered approach</i> di dalam proses pemberian layanan TB dari mulai pencegahan, diagnosis, dan juga pengobatan</p> <p>Tujuan Khusus: Membangun pendekatan yang berpusat pada kebutuhan pasien dan keluarga di dalam pelayanan kesehatan TB yang berfokus pada kebutuhan orang dengan TB atau terdampak TB.</p>						
Nomor Aktivitas	Program	Aktivitas	Indikator (output/proses)	Hasil	Waktu	Pemangku Kepentingan yang bertanggung jawab
Aktivitas 2.1	Perawatan berorientasi kepada kebutuhan komunitas TB baik pasien, penyintas, keluarga pasien, maupun kelompok rentan TB	<p>2.1.1 Pengembangan panduan/kajian <i>patient-family centered approach</i></p> <p>2.1.2 Peningkatan kapasitas bagi tenaga kesehatan terkait konsep <i>patient-family</i></p>	<p>Jumlah panduan/kajian <i>patient-family centered approach</i></p> <p>Jumlah pelatihan tenaga kesehatan terkait <i>patient-family centered</i> (nasional)</p>	<p>Dokumen panduan terkait <i>patient-family centered approach</i></p> <p>Terlaksananya pelatihan terkait <i>patient-family centered approach</i> (hasil diskusi, <i>case study, best case practice</i> secara kualitatif)</p>	<p>Semester 1, tahun 2024</p> <p>Semester 2-3 tahun 2024-2025</p>	Stop TB Partnership, PR Konsorsium, POP TB Indonesia, Kementerian Kesehatan RI, Unit Kerja TB, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas kesehatan kota/kabupaten

		<i>centered care</i> TB di layanan primer				
Aktivitas 2.2	Pendampingan pasien dan keluarga agar dapat mengakses layanan dari tes, diagnosis dan pengobatan	<p>2.2.1 Penyediaan pendampingan pasien dari komunitas untuk membantu proses dari diagnosis dan selama pasien menjalankan perawatan sampai sembuh</p> <p>2.2.2 Peningkatan kapasitas komunitas pendamping terkait TB dan komunikasi efektif</p> <p>2.2.3 Pendirian kelompok dukungan sebaya</p>	<p>Jumlah pendamping pasien dari komunitas, jumlah cakupan wilayah intervensi pendampingan</p> <p>Jumlah pelatihan berkala yang terlaksana, dan hasil <i>pre-post test</i></p>	<p>Tersedianya pendamping pasien dari komunitas yang terintegrasi dengan layanan kesehatan</p> <p>Terlaksananya kegiatan disertai dengan laporan hasil penilaian keberhasilan peningkatan kapasitas (<i>pre-post test</i>, evaluasi terkait kegiatan dll) terkait TB & Komunikasi efektif</p> <p>berdirinya kelompok dukungan sebaya per provinsi</p>	<p>Semester 3-6, tahun 2025-2026</p> <p>Semester 3-6, tahun 2025-2026</p>	<p>Kemenkes, Dinkes, CSO, OPT, POP TB Indonesia, Dinas Kesehatan, Layanan kesehatan</p> <p>Jaringan Nasional orang dengan TB, PR Konsorsium, SR Komunitas</p> <p>PR Konsorsium, POP TB, SR Komunitas</p>

		di level provinsi atau kota/kabupaten yang terintegrasi dengan organisasi nasional	Jumlah kelompok dukungan sebaya per provinsi, jumlah provinsi yang memiliki kelompok dukungan sebaya		Semester 3-6, tahun 2025-2026	
<p>Pendekatan: Hak Asasi</p> <p>Strategi 3: Meningkatkan kualitas dengan menguatkan integrasi layanan kesehatan TB-HIV dan layanan kesehatan lainnya</p> <p>Tujuan Khusus: Menjamin perlindungan hukum dan meningkatkan kesadaran terkait hak atas kesehatan melalui kebijakan, panduan, maupun sistem.</p>						
Nomor Aktivitas	Program	Aktivitas	Indikator (output/proses)	Hasil	Waktu	Pemangku Kepentingan yang bertanggung jawab
Aktivitas 3.1	Perawatan dengan akses terjangkau dan ramah bagi komunitas TB	<p>3.1.1 Penelitian terkait keterjangkauan biaya akses perawatan serta cakupan dan kepuasan terhadap JKN/BPJS di dalam mengakomodir perawatan TB melalui perspektif komunitas</p> <p>3.1.2 Membuat workshop edukasi dan pemberian</p>	<p>Jumlah penelitian mengenai coverage BPJS/JKN dan rekomendasi dari hasil penelitian dan diseminasi kepada komunitas</p> <p>Jumlah workshop yang terlaksana</p>	<p>dokumen penelitian dan rekomendasi hasil penelitian</p> <p>Terlaksananya</p>	Semester 2, tahun 2024	<p>Akademisi, Jetset TB, STPI, Kementerian Kesehatan RI (NTP), Kemko PMK, Asisten Deputi 2 Jaminan Sosial, Asisten Deputi Bantuan dan Subsidi tepat sasaran, Dinas Kesehatan/Sosial level Provinsi, Kabupaten/Kota, Komunitas</p> <p>Kementerian Kesehatan RI, BPJS, Komunitas Lokal</p>

		informasi terkait BPJS (bagaimana alur dsb) kepada komunitas	dan jumlah peserta yang mengikuti workshop	workshop terkait BPJS	Semester 3, tahun 2025	
Aktivitas 3.2	Peningkatan kualitas perawatan TB yang mengikutsertakan komunitas di berbagai program intervensi TB yang terfokus pada layanan primer	<p>3.2.1 Penelitian mengenai kualitas perawatan (<i>quality of care</i>) TB secara setiap tahun melalui perspektif komunitas</p> <p>3.2.2 Asesmen awal mengenai kebutuhan dan kesiapan perawatan berbasis rumah (<i>home-based care</i>) melalui perspektif komunitas dan layanan kesehatan</p>	<p>Jumlah penelitian mengenai kualitas perawatan dan rekomendasi dari hasil penelitian dan diseminasi</p> <p>Laporan penilaian awal melalui metode diskusi kelompok terarah (FGD) kebutuhan dan kesiapan <i>home-based care</i> melalui perspektif komunitas dan layanan kesehatan</p>	<p>Dokumen penelitian dan rekomendasi dari hasil penelitian</p> <p>Dokumen hasil penilaian awal dan rekomendasi</p>	<p>Semester 1 (tahun 2024), Semester 3 (tahun 2025) dan Semester 5 (tahun 2026)</p> <p>Semester 2, tahun 2024</p>	<p>Akademisi, Jetset TB, Kemenko PMK Deputi 3 Asisten Deputi peningkatan pelayanan, STPI, Kementerian Kesehatan RI (NTP), Dinas Kesehatan/Sosial level Kabupaten/Kota, Komunitas</p> <p>Akademisi Jetset TB, STPI, Kementerian Kesehatan RI (NTP), Dinas Kesehatan/Sosial level Kabupaten/Kota, Komunitas</p>

Pendekatan: Hak Asasi

Strategi 4: Penguatan aspek fundamental sosial ekonomi bagi komunitas TB melalui pemberdayaan masyarakat, dukungan bantuan sosial dan lian sebagainya

Tujuan Khusus: Menjamin perlindungan hukum dan meningkatkan kesadaran terkait hak atas kesehatan melalui kebijakan, panduan, maupun sistem

Nomor Aktivitas	Program	Aktivitas	Indikator (output/proses)	Hasil	Waktu	Pemangku Kepentingan yang bertanggung jawab
Aktivitas 4.1	Meningkatkan kesejahteraan sosio-ekonomi secara merata orang dengan TB dan penyintas TB.	<p>4.1.1 Penilaian kebutuhan orang dengan TB untuk pelaksanaan program <i>cash voucher assistance</i></p> <p>4.1.2 Melaksanakan program bantuan ekonomi (<i>cash voucher assistance</i>) untuk orang dengan TB pada aspek biaya untuk mengakses layanan kesehatan, pemenuhan kebutuhan sehari-hari, serta perbaikan tempat tinggal</p>	<p>Hasil penilaian pemetaan kebutuhan, metode bantuan, mitra pelaksana</p> <p>Jumlah orang dengan TB yang mendapatkan program bantuan, dan cakupan wilayah intervensi</p>	<p>Dokumen hasil penilaian</p> <p>Terlaksananya program bantuan bagi orang dengan TB</p>	<p>Semester 4 tahun 2025</p> <p>Semester 5-6, tahun 2026</p>	<p>PR Konsorsium, SR tematik, NGO, Kemenko PMK, Dinas Sosial</p> <p>PR Konsorsium, SR tematik, CSO, NGO, Kementerian kesehatan, kementerian sosial, dinas kesehatan, dinas sosial, Kemenko PMK</p>
Aktivitas 4.2	Mengidentifikasi permasalahan dan memelihara kesehatan mental atau dukungan psikososial pasien TB	4.2.1 Penelitian mengenai kebutuhan terhadap kesehatan mental atau dukungan psikososial bagi orang dengan TB	Jumlah penelitian mengenai kualitas perawatan dan rekomendasi dari hasil penelitian dan diseminasi kepada komunitas	Dokumen hasil penilaian awal dan rekomendasi	Semester 2, tahun 2024	Akademisi, STPI, Kementerian Kesehatan RI (NTP), Dinas Kesehatan/Sosial level Kabupaten/Kota, Kemenko PMK

		<p>maupun pegiat TB</p> <p>4.2.2 Pelatihan terkait kesehatan mental dan TB bagi orang dengan TB, pendamping, keluarga pasien TB, hingga tenaga kesehatan</p>	jumlah kegiatan pelatihan	Terlaksananya pelatihan kesehatan mental	Semester 3, tahun 2025	Layanan kesehatan, dinas kesehatan, CSO, Kemenko PMK
Aktivitas 4.3	Menjamin terpenuhinya hak untuk mendapatkan pekerjaan bagi penyintas TB	<p>4.3.1 Pertemuan konsultatif bersama komunitas TB dan multi stakeholder untuk membahas pemenuhan hak atas pekerjaan dan kesetaraan kesempatan bagi penyintas TB</p> <p>4.3.2 Pertemuan advokasi multi stakeholder membahas pemenuhan hak atas pekerjaan berdasarkan data pertemuan konsultatif</p> <p>4.3.3 Menghasilkan produk kebijakan/ Mendorong implementasi</p>	<p>Jumlah pertemuan, hasil konsultatif berupa dokumen laporan</p> <p>Jumlah pertemuan, dan pencatatan <i>follow-up action plan</i> dari stakeholders</p>	<p>Terlaksananya kegiatan, dan dokumen laporan</p> <p>Terlaksananya kegiatan, dan dokumen laporan</p>	<p>Semester 4 tahun 2025</p> <p>Semester 4 tahun 2025</p>	ILO,STPI, Departemen Ketenagakerjaan, APINDO, CSO, NGO, LBH,Kemko PMK, IDI

		kebijakan permenaker penanggulangan TB di tempat kerja dan prosedur ketetapan standar pemeriksaan TB	Jumlah fact sheet atau rekomendasi	Terbentuknya dokumen fact sheet atau rekomendasi	Semester 4 tahun 2025	
<p>Pendekatan: Rights</p> <p>Strategi 5: Advokasi pemenuhan dan perlindungan hak atas kesehatan terhadap komunitas TB dengan dilahirkannya berbagai macam produk kebijakan, panduan, ataupun sistem</p> <p>Tujuan Khusus: Mengurangi stigma dan diskriminasi kepada orang dengan TB atau yang terdampak TB dan meningkatkan peran mereka di dalam pelaksanaan sampai dengan evaluasi program</p>						
Nomor Aktivitas	Program	Aktivitas	Indikator (output/proses)	Hasil	Waktu	Pemangku Kepentingan yang bertanggung jawab
Aktivitas 5.1	Mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap pasien TB	<p>5.1.1 Diseminasi terkait hasil TB stigma assessment di lingkungan pelayanan kesehatan, tempat kerja, instansi pendidikan, serta keluarga pasien TB</p> <p>5.1.2 Membuat workshop bersama komunitas lokal, CSO, NGO untuk membentuk guidelines, information packages untuk</p>	<p>Jumlah pertemuan diseminasi, umpan balik terhadap rekomendasi</p> <p>jumlah kegiatan workshop, dokumen panduan, dokumen information</p>	<p>Terlaksananya diseminasi serta umpan balik terhadap rekomendasi</p> <p>Terlaksananya workshop dan dokumen panduan serta information packages</p>	<p>Semester 1 tahun 2024</p> <p>Semester 3 tahun 2025</p>	<p>Kementerian Kesehatan RI, PR Konsorsium, CSO, NGO, instansi pendidikan, perusahaan, tokoh masyarakat, Yahintara, Kemenko PMK, Forum Rektor Indonesia (30 Universitas Swasta Indonesia), Forum Rektor Universitas Negeri</p>

		<p>meningkatkan Human Rights and Gender pada pasien TB</p> <p>Melakukan sensitisasi TB dan HAM kepada tenaga kesehatan</p> <p>5.1.3 Pembuatan modul stigma reduction & human rights protection of TB di dalam aspek pekerjaan, pendidikan</p> <p>5.1.4 Pertemuan multipihak dalam bidang pendidikan untuk mensosialisasikan TB</p> <p>5.1.5 Sensitisasi terkait TB kepada pengusaha dan pekerja</p> <p>5.1.6 Bantuan rumah sehat bagi pasien kurang mampu untuk</p>	<p>packages</p> <p>Jumlah pertemuan sensitisasi, hasil diskusi</p> <p>Jumlah modul, kerja sama multisektor</p> <p>Jumlah pertemuan per provinsi, jumlah stakeholders yang menjadi target</p> <p>Jumlah pertemuan, jumlah perusahaan yang menjadi</p>	<p>Terlaksananya pertemuan dan hasil diskusi</p> <p>Terbentuknya draft modul dan bentuk kerja sama multisektor</p> <p>Terlaksananya pertemuan sosialisasi</p> <p>Terlaksananya pertemuan sensitisasi</p> <p>Terlaksananya program bantuan rumah sehat</p>	<p>Semester 5 tahun 2026</p> <p>Semester 3 tahun 2025</p> <p>Semester 4 tahun 2025</p>	
--	--	---	--	---	--	--

		<p> Pencegahan dan pengendalian infeksi</p> <p> 5.1.7 Penyediaan Rumah singgah (shelter) bagi pasien kurang mampu untuk membantu kepatuhan pengobatan</p> <p> 5.1.8 Penelitian TB Stigma Assessment 2.0 di Indonesia</p>	<p> target</p> <p> hasil penilaian awal, Jumlah orang dengan TB yang mendapatkan program bantuan, dan cakupan wilayah intervensi</p> <p> jumlah rumah singgah per provinsi, jumlah orang dengan TB yang dapat mengakses, dan cakupan wilayah intervensi</p> <p> Jumlah penelitian mengenai kualitas perawatan dan rekomendasi dari hasil penelitian dan diseminasi kepada komunitas</p>	<p> bagi orang dengan TB</p> <p> Terlaksananya program bantuan rumah singgah bagi orang dengan TB</p> <p> Dokumen hasil penilaian awal dan rekomendasi</p>	<p> Semester 4 tahun 2025</p> <p> Semester 5-6 tahun 2026</p> <p> Semester 5-6 tahun 2026</p>	
--	--	--	---	--	---	--

					Semester 5-6 tahun 2026	
<p>Pendekatan: Gender</p> <p>Strategi 6: Melakukan sensitisasi terkait kesetaraan gender termasuk SOGIESC pada program TB mulai dari pencegahan, diagnosa, dan pengobatan</p> <p>Tujuan Khusus: Mempromosikan intervensi berbasis kesadaran gender (<i>gender-awareness</i>) untuk mengurangi hambatan akses layanan pencegahan, diagnosis, dan pengobatan TB</p>						
Nomor Aktivitas	Program	Aktivitas	Indikator (output/proses)	Hasil	Waktu	Pemangku Kepentingan yang bertanggung jawab
Aktivitas 6.1	Kesadaran SOGIESC pada pemangku kepentingan TB	<p>6.1.1 Pelatihan tentang TB dan SOGIESC kepada tenaga komunitas (<i>patient supporter</i>, manajer kasus, kader, responder <i>hotline</i>)</p> <p>6.1.3 Pelatihan tentang TB dan SOGIESC kepada tenaga kesehatan Faskes (perawat, dokter)</p> <p>6.1.3. Pelatihan tentang TB dan SOGIESC kepada pembuatan kebijakan TB (Dinas Kesehatan)</p>	Jumlah pelatihan dan hasil penilaian <i>pre-post test, case study, dll</i>	Terlaksananya kegiatan disertai dengan laporan hasil penilaian keberhasilan peningkatan kapasitas (<i>pre-post test, dll</i>) terkait TB & SOGIESC	<p>Semester 5 tahun 2026</p> <p>Semester 5 tahun 2026</p> <p>Semester 6 tahun 2026</p>	Kementerian Kesehatan RI, PR konsorsium, SR komunitas, Dinas Kesehatan level provinsi dan kab/kota, layanan kesehatan

Aktivitas 6.2	Kesadaran TB & Gender pada masyarakat	6.2.1 Media campaign dengan membuat konten terkait TB dan gender melalui sosial media atau media massa dalam bentuk video, poster oleh komunitas, dan lainnya	jumlah engagement, jumlah konten yang dibuat	Publikasi terkait konten TB dan gender	Semester 5 tahun 2026	PR Konsorsium, SR tematik, SR komunitas
		6.2.2 Media campaign dengan membuat konten terkait TB pada kehamilan dan penggunaan alat kontrasepsi melalui sosial media atau media massa dalam bentuk video, poster oleh komunitas, dan lainnya	jumlah engagement, jumlah konten yang dibuat	Publikasi terkait konten TB dan gender	Semester 5 tahun 2026	
		6.2.3 Pembuatan dan Pencetakan, serta distribusi buku saku (KIE) tentang TB pada kehamilan dan penggunaan alat kontrasepsi	Jumlah buku saku yang dibuat, pendistribusian buku saku ke penyedia layanan	Terbentuknya buku saku	Semester 4 tahun 2025	

Aktivitas 6.3	Membangun bukti untuk pengembangan layanan TBC yang sensitif SOGIESC	6.3.1 Penelitian kualitatif tentang faktor-faktor SOGIESC yang mempengaruhi akses ke layanan TB (termasuk pengalaman stigma/diskriminasi)	Jumlah penelitian dan rekomendasi dari hasil penelitian dan diseminasi kepada komunitas	Dokumen penelitian dan rekomendasi dari hasil penelitian	Semester 2 tahun 2024 dan semester 4 tahun 2025	Akademisi, STPI, Kementerian Kesehatan RI (NTP), Dinas Kesehatan/Sosial level Kabupaten/Kota, Kemenko PMK
		6.3.2 Penelitian pengalaman Ibu Hamil terdampak TB mengakses layanan kesehatan	Jumlah penelitian dan rekomendasi dari hasil penelitian dan diseminasi kepada komunitas	Dokumen penelitian dan rekomendasi dari hasil penelitian	Semester 3 tahun 2025	

Pertimbangan Rencana Biaya

Sumber pendanaan CRG-TB dapat berupa dukungan melalui dua skema, yaitu skema pendanaan oleh donor dan pemerintah. Pembiayaan setiap aktivitas yang CRG-TB hanya bersifat ilustratif, artinya masih dapat disesuaikan dengan kebutuhan dan perkembangan program. Perhitungan pembiayaan CRG-TB mempertimbangkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Wilayah yang menjadi target program penanggulangan TB secara nasional
2. Ketersediaan jejaring kelompok/organisasi komunitas TB yang akan menjadi unit pelaksana implementasi berbagai macam aktivitas dari komponen CRG-TB
3. Unit cost pelaksanaan kegiatan mengacu kepada besaran pembiayaan setiap kegiatan berdasarkan *funding request* Global Fund (lampiran 4)
4. Waktu pelaksanaan setiap strategi sampai dengan turunan kegiatan CRG-TB

Wilayah yang menjadi target di dalam pelaksanaan CRG TB dipilih berdasarkan beberapa pertimbangan, yaitu fokus wilayah komunitas, cakupan pengobatan, dan juga target intervensi program nasional penanggulangan TB di Indonesia. Oleh karena itu, beberapa daerah yang menjadi target di dalam pelaksanaan CRG-TB adalah sebagai berikut:

1. 8 provinsi berdasarkan wilayah fokus komunitas dapat dilihat melalui lampiran 1
2. 17 provinsi berdasarkan wilayah fokus komunitas (8 provinsi) + wilayah dengan cakupan pengobatan rendah pada tahun 2022 (9 Provinsi)
3. 30 provinsi berdasarkan wilayah target intervensi program nasional penanggulangan TB di Indonesia

Melalui pertimbangan tersebut, pelaksanaan CRG-TB dapat dilakukan melalui dua mekanisme yang direkomendasikan, yaitu:

1. **Mekanisme berkala:** terbagi atas 3 tahun pelaksanaan kegiatan/*timeline*, yaitu tahun 2024, 2025, dan 2026. Pada tahun 2024, terdapat 8 provinsi yang ditargetkan untuk melaksanakan strategi CRG-TB sesuai dengan waktu pelaksanaan yang telah tertera pada tabel 8. Pemilihan wilayah ini diambil berdasarkan wilayah fokus komunitas TB. Pada tahun berikutnya, jumlah provinsi meningkat menjadi 17 provinsi dengan total 172 kabupaten/kota yang menjadi target wilayah intervensi CRG-TB. Wilayah yang dipilih merupakan wilayah dengan *treatment coverage* rendah pada tahun 2022. Pada akhir tahun pelaksanaan CRG-TB, jumlah provinsi akan dinaikkan menjadi 30 provinsi dengan total 229 kabupaten/kota, mengikuti jumlah target yang ditentukan oleh program nasional penanggulangan TB di Indonesia. Peningkatan jumlah provinsi setiap tahunnya juga akan melihat ketercapaian indikator setiap aktivitas di masing-masing strategi yang telah dijelaskan pada tabel 7. Mekanisme pembiayaan dengan skema ini dapat dilihat melalui tabel 8.

Tabel 8 Mekanisme pembiayaan berkala CRG-TB tahun 2024, 2025, dan 2026

Wilayah	Strategi	Timeline			Kebutuhan biaya
		2024	2025	2026	
Skala 1: 8 provinsi: Sumatera Utara, Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulawesi Selatan, Nusa Tenggara Timur (kab/kota: 141)	Strategi 1. Advokasi kebutuhan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dengan membangun konsep program berbasis community led-monitoring pada komunitas lokal orang dengan TB.	Rp30,696,000,000	-	-	Rp30,696,000,000
	Strategi 2. Mendorong konsep patient and family-centered approach di dalam proses pemberian layanan TB dari mulai tes, diagnosis, dan juga pengobatan	Rp10,184,000,000	-	-	Rp10,184,000,000
	Strategi 3. Meningkatkan kualitas perawatan dengan meningkatkan integrasi program TB-HIV dan layanan lainnya	Rp3,752,000,000	-	-	Rp3,752,000,000
	Strategi 4. Penguatan aspek fundamental sosial ekonomi bagi orang dengan TB atau penyintas TB serta bagi orang yang terdampak dengan TB	Rp1,384,000,000	-	-	Rp1,384,000,000
	Strategi 5. Aspek-aspek kualitas hidup akan dijamin melalui penguatan atas pemenuhan dan perlindungan hak atas kesehatan pada isu TB dengan	Rp4,400,000,000	-	-	Rp4,400,000,000

	dilahirkannya berbagai macam produk kebijakan, panduan, ataupun sistem				
	Strategi 6. Melakukan penguatan kesetaraan gender pada intervensi program TB, mulai dari pencegahan, diagnosa, dan pengobatan.	Rp3,460,000,000	-	-	Rp3,460,000,000
Skala 2: 17 Provinsi: Sumatera Utara, Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulawesi Selatan, Nusa Tenggara Timur, Kepulauan Riau, Kalimantan Selatan, Papua Barat, Kalimantan Tengah, Riau, Bangka Belitung, Bengkulu, Jambi, Bali (kab/kota: 172)	Strategi 1. Advokasi kebutuhan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dengan membangun konsep program berbasis community led-monitoring pada komunitas lokal orang dengan TB.	-	Rp126,694,000,000	-	Rp126,694,000,000
	Strategi 2. Mendorong konsep patient and family-centered approach di dalam proses pemberian layanan TB dari mulai tes, diagnosis, dan juga pengobatan	-	Rp82,684,000,000	-	Rp82,684,000,000
	Strategi 3. Meningkatkan kualitas perawatan dengan meningkatkan integrasi program TB-HIV dan layanan lainnya	-	Rp8,881,000,000	-	Rp8,881,000,000
	Strategi 4. Penguatan aspek fundamental sosial ekonomi bagi orang dengan TB atau penyintas TB serta bagi orang yang terdampak dengan TB	-	Rp10,251,000,000	-	Rp10,251,000,000
	Strategi 5. Aspek-aspek kualitas hidup akan dijamin melalui penguatan atas pemenuhan dan perlindungan hak atas kesehatan pada isu TB dengan dilahirkannya berbagai macam produk kebijakan, panduan, ataupun sistem	-	Rp28,216,500,000	-	Rp28,216,500,000
	Strategi 6. Melakukan penguatan kesetaraan gender pada intervensi program TB, mulai dari pencegahan, diagnosa, dan pengobatan.	-	Rp83,905,000,000	-	Rp83,905,000,000

Skala 3: 30 Provinsi: Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Kepulauan Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Bangka Belitung, Bengkulu, Lampung Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, Bali, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Papua, Papua Barat (kab/kota: 229)	Strategi 1. Advokasi kebutuhan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dengan membangun konsep program berbasis community led-monitoring pada komunitas lokal orang dengan TB.	-	-	Rp160,105,000,000	Rp160,105,000,000
	Strategi 2. Mendorong konsep patient and family-centered approach di dalam proses pemberian layanan TB dari mulai tes, diagnosis, dan juga pengobatan	-	-	Rp89,664,000,000	Rp89,664,000,000
	Strategi 3. Meningkatkan kualitas perawatan dengan meningkatkan integrasi program TB-HIV dan layanan lainnya	-	-	Rp5,190,000,000	Rp5,190,000,000
	Strategi 4. Penguatan aspek fundamental sosial ekonomi bagi orang dengan TB atau penyintas TB serta bagi orang yang terdampak dengan TB	-	-	Rp108,000,000,000	Rp108,000,000,000
	Strategi 5. Aspek-aspek kualitas hidup akan dijamin melalui penguatan atas pemenuhan dan perlindungan hak atas kesehatan pada isu TB dengan dilahirkannya berbagai macam produk kebijakan, panduan, ataupun sistem	-	-	Rp32,235,000,000	Rp32,235,000,000
	Strategi 6. Melakukan penguatan kesetaraan gender pada intervensi program TB, mulai dari pencegahan, diagnosa, dan pengobatan.	-	-	Rp34,002,000,000	Rp34,002,000,000
Total		Rp53,876,000,000	Rp340,631,500,000	Rp429,196,000,000	Rp823,703,500,000

2. **Mekanisme total wilayah:** mekanisme ini dibuat sebagai bentuk rekomendasi implementasi CRG-TB dengan skema menggunakan total provinsi. Pelaksana CRG-TB akan menentukan dari awal jumlah total provinsi yang akan ditargetkan berdasarkan pemilihan wilayah yang telah ditentukan dengan kebutuhan biaya yang berbeda. Mekanisme pembiayaan dengan skema ini dapat dilihat melalui tabel 9. Adapun penjelasan masing-masing skema total provinsi adalah sebagai berikut:

- a. Skema 1 yaitu berjumlah 8 provinsi yang terdiri Sumatera Utara, Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulawesi Selatan, dan Nusa Tenggara Timur. Pada skema ini, 8 provinsi tersebut akan dijadikan target intervensi pelaksanaan strategi CRG-TB dari mulai strategi 1-6 selama kurun waktu tiga tahun (2024-2026). Adapun total kebutuhan biaya yang dibutuhkan untuk menjalankan skema ini adalah Rp. 496,392,000,000 atau sebesar 33,256,874 USD (kurs: Rp 15,000 sama dengan 1 USD).
- b. Skema 2 yaitu berjumlah 17 provinsi yang terdiri dari Sumatera Utara, Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulawesi Selatan, Nusa Tenggara Timur, Kepulauan Riau, Kalimantan Selatan, Papua Barat, Kalimantan Tengah, Riau, Bangka Belitung, Bengkulu, Jambi, Bali dengan sebanyak 172 kabupaten/kota yang dapat dilihat pada lampiran 2. 17 Provinsi tersebut akan menjadi target intervensi CRG-TB mulai dari strategi 1-6 dalam kurun waktu tiga tahun (2024-2026). Adapun total kebutuhan biaya yang dibutuhkan untuk menjalankan skema ini adalah Rp. 737,842,500,000 atau sebesar 49,433,381 USD (kurs: Rp 15,000 sama dengan 1 USD).
- c. Skema 3 yaitu berjumlah 30 provinsi yang terdiri dari Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Kepulauan Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Bangka Belitung, Bengkulu, Lampung Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, Bali, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Papua, Papua Barat dengan total 229 kabupaten/kota (dapat dilihat pada lampiran 3) untuk proses pelaksanaan strategi 1-6 pada CRG-TB dalam kurun waktu 3 tahun (2024, 2025, dan 2026). Adapun total kebutuhan biaya yang dibutuhkan untuk menjalankan skema ini adalah Rp. 1,115,571,000,000 atau sebesar 74,740,133 USD (kurs: Rp 15,000 sama dengan 1 USD).

Tabel 9 Mekanisme pembiayaan total wilayah CRG-TB tahun 2024, 2025, dan 2026

Wilayah	Strategi	Timeline			Kebutuhan biaya
		2024	2025	2026	
Skema 1: 8 provinsi: Sumatera Utara, Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulawesi Selatan, Nusa Tenggara Timur (kab/kota: 141)	Strategi 1. Advokasi kebutuhan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dengan membangun konsep program berbasis community led-monitoring pada komunitas lokal orang dengan TB.	Rp30,696,000,000	Rp100,761,000,000	Rp97,449,000,000	Rp228,906,000,000
	Strategi 2. Mendorong konsep patient and family-centered approach di dalam proses pemberian layanan TB dari mulai tes, diagnosis, dan juga pengobatan	Rp10,184,000,000	Rp57,544,000,000	Rp48,744,000,000	Rp116,472,000,000
	Strategi 3. Meningkatkan kualitas perawatan dengan meningkatkan integrasi program TB-HIV dan layanan lainnya	Rp3,752,000,000	Rp4,354,000,000	Rp1,384,000,000	Rp9,490,000,000

	Strategi 4. Penguatan aspek fundamental sosial ekonomi bagi orang dengan TB atau penyintas TB serta bagi orang yang terdampak dengan TB	Rp1,384,000,000	Rp5,454,000,000	Rp28,800,000,000	Rp35,638,000,000
	Strategi 5. Aspek-aspek kualitas hidup akan dijamin melalui penguatan atas pemenuhan dan perlindungan hak atas kesehatan pada isu TB dengan dilahirkannya berbagai macam produk kebijakan, panduan, ataupun sistem	Rp4,400,000,000	Rp13,488,000,000	Rp8,596,000,000	Rp26,484,000,000
	Strategi 6. Melakukan penguatan kesetaraan gender pada intervensi program TB, mulai dari pencegahan, diagnosa, dan pengobatan.	Rp3,460,000,000	Rp63,720,000,000	Rp12,222,000,000	Rp79,402,000,000
Total		Rp53,876,000,000	Rp245,321,000,000	Rp197,195,000,000	Rp496,392,000,000
Skema 2: 17 Provinsi: Sumatera Utara, Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulawesi Selatan, Nusa Tenggara Timur, Kepulauan Riau, Kalimantan Selatan, Papua Barat, Kalimantan Tengah, Riau, Bangka Belitung, Bengkulu, Jambi, Bali (kab/kota: 172)	Strategi 1. Advokasi kebutuhan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dengan membangun konsep program berbasis community led-monitoring pada komunitas lokal orang dengan TB.	Rp60,774,000,000	Rp126,694,000,000	Rp119,656,000,000	Rp246,350,000,000
	Strategi 2. Mendorong konsep patient and family-centered approach di dalam proses pemberian layanan TB dari mulai tes, diagnosis, dan juga pengobatan	Rp21,641,000,000	Rp82,684,000,000	Rp63,984,000,000	Rp146,668,000,000
	Strategi 3. Meningkatkan kualitas perawatan dengan meningkatkan integrasi program TB-HIV dan layanan lainnya	Rp7,973,000,000	Rp8,881,000,000	Rp2,941,000,000	Rp11,822,000,000
	Strategi 4. Penguatan aspek fundamental sosial ekonomi bagi orang dengan TB atau penyintas TB serta bagi orang yang terdampak dengan TB	Rp2,941,000,000	Rp10,251,000,000	Rp61,200,000,000	Rp71,451,000,000

	Strategi 5. Aspek-aspek kualitas hidup akan dijamin melalui penguatan atas pemenuhan dan perlindungan hak atas kesehatan pada isu TB dengan dilahirkannya berbagai macam produk kebijakan, panduan, ataupun sistem	Rp9,350,000,000	Rp28,216,500,000	Rp18,266,500,000	Rp46,483,000,000
	Strategi 6. Melakukan penguatan kesetaraan gender pada intervensi program TB, mulai dari pencegahan, diagnosa, dan pengobatan.	Rp7,352,500,000	Rp83,905,000,000	Rp21,132,000,000	Rp105,037,000,000
Total		Rp110,031,500,000	Rp340,631,500,000	Rp287,179,500,000	Rp737,842,500,000
Skema 3: 30 Provinsi: Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Kepulauan Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Bangka Belitung, Bengkulu, Lampung Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, Bali, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Papua, Papua Barat (kab/kota: 229)	Strategi 1. Advokasi kebutuhan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dengan membangun konsep program berbasis community led-monitoring pada komunitas lokal orang dengan TB.	Rp104,220,000,000	Rp172,525,000,000	Rp160,105,000,000	Rp436,850,000,000
	Strategi 2. Mendorong konsep patient and family-centered approach di dalam proses pemberian layanan TB dari mulai tes, diagnosis, dan juga pengobatan	Rp38,190,000,000	Rp122,664,000,000	Rp89,664,000,000	Rp250,518,000,000
	Strategi 3. Meningkatkan kualitas perawatan dengan meningkatkan integrasi program TB-HIV dan layanan lainnya	Rp14,070,000,000	Rp15,420,000,000	Rp5,190,000,000	Rp34,680,000,000
	Strategi 4. Penguatan aspek fundamental sosial ekonomi bagi orang dengan TB atau penyintas TB serta bagi orang yang terdampak dengan TB	Rp5,190,000,000	Rp17,180,000,000	Rp108,000,000,000	Rp130,370,000,000
	Strategi 5. Aspek-aspek kualitas hidup akan dijamin melalui penguatan atas pemenuhan dan perlindungan hak atas kesehatan pada isu TB dengan dilahirkannya berbagai macam produk kebijakan, panduan, ataupun sistem	Rp16,500,000,000	Rp49,491,000,000	Rp32,235,000,000	Rp98,226,000,000

	Strategi 6. Melakukan penguatan kesetaraan gender pada intervensi program TB, mulai dari pencegahan, diagnosa, dan pengobatan.	Rp12,975,000,000	Rp117,950,000,000	Rp34,002,000,000	Rp164,927,000,000
Total		Rp191,145,000,000	Rp495,230,000,000	Rp429,196,000,000	Rp1,115,571,000,000

Perhitungan *cost plan* CRG-TB secara keseluruhan dapat diakses dengan mengirimkan email secara resmi kepada PR Konsorsium.

Referensi

1. Global tuberculosis report 2022. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
2. Rancangan Teknokratik. RPJMN 2020-2024 (Kementerian PPN/Bappenas Republik Indonesia, 2020)
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024. Available at: https://tbindonesia.or.id/wp-content/uploads/2021/06/NSP-TB-2020-2024-Ind_Final_-BAHASA.pdf
4. Stop TB Partnership Indonesia. 2022. Policy Brief: Jaminan Sosial bagi Orang Terdampak Tuberkulosis Resisten Obat. Available at: <https://drive.google.com/file/d/1B8AqVxXy4jpNSej50U3TD4p8Y4MP7cJU/view>
5. Fuady, A., Houweling, T. A. J., Mansyur, M., & Richardus, J. H. (2018). Catastrophic total costs in tuberculosis-affected households and their determinants since Indonesia's implementation of universal health coverage. *Infectious Diseases of Poverty*, 7(3), 14. <https://doi.org/10.1186/s40249-017-0382-3>
6. Fuady, A., Houweling, T. A. J., Mansyur, M., Burhan, E., & Richardus, J. H. (2019). Effect of financial support on reducing the incidence of catastrophic costs among tuberculosis-affected households in Indonesia: Eight simulated scenarios. *Infectious Diseases of Poverty*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40249-019-0519-7>
7. Natalius, J. (2019). *TB Laten di Lapas Rutan Suatu Keniscayaan (Policy Brief)* (No. 1; Oktober 2019).
8. Handayani, R. (2019). *Faktor Risiko Tuberkulosis Paru Pada Narapidana Di Lembaga Perumahan Narkotika Jakarta*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat: Media Komunikasi Komunitas Kesehatan Masyarakat*, 11(2), 194-198
9. TB Alliance. Maternal & Child Health. Available at: <https://www.tballiance.org/why-new-tb-drugs/maternal-and-child-health>
10. Guiding Principles for Internal Refugees, UNOCHA, June 2001, p iv.
11. Komnas Perempuan. 2008. Suara lesbian gay bisexual dan transgender. Available at: <http://www.komnasperempuan.or.id/en/2008/10/from-suara-lesbian-gay-bisexual-dan-transgender-lgbt-street-oth-er-understand-hak-minority/>
12. KataData. 2020. Sebaran Masyarakat Adat. Available at: <https://katadata.co.id/padjar/infografik/5f8030631f92a/sebaran-masyarakat-adat>
13. CNN Indonesia. 2022. Menyoal tentang suku Baduy dan tuberkulosis. Available at: <https://www.stoptbindonesia.org/single-post/menyoal-tentang-suku-baduy-dan-tuberkulosis>
14. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Dashboard TB Indonesia. Available at: <https://tbindonesia.or.id/pustaka-tbc/dashboard-tb/>
15. WHO. Community Engagement Tuberculosis. [internet]. 2014. Available from: <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/community-engagement-tuberculosis.pdf>
16. WHO. 2020. Indonesia- A community led advocacy campaign to mobilize local funding for tuberculosis. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337104/9789240013551-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. APCASO. Strengthening Community, Rights, and Gender Concepts for Communities and Civil Society on CCM [internet]. 2017. Available from: <https://apcaso.org/apcrg/wp-content/uploads/2017/09/CRG-Guidance-Tool-layout-FINAL.pdf>
18. WHO. Gender and Health [internet]. Available from: https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1
19. Rokhmah, D., 2013. Gender dan Penyakit Tuberkulosis: Implikasinya Terhadap Akses Layanan Kesehatan Masyarakat Miskin yang Rendah. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)*, 7(10), pp.447-452.
20. Karim, F. et al., Gender differences in delays in diagnosis and treatment of tuberculosis, *Health Policy and Planning* 2007; 22:329–334.
21. Begum, V., P. de Colombani, S. Das Gupta et al., Tuberculosis and patient gender in Bangladesh: sex differences in diagnosis and treatment outcome, *Int J Tuberc Lung Dis* 2001; 5:604–10.
22. Stop TB Partnership. Support Gender Equality in TB. Available at: <https://www.stoptb.org/communities-rights-and-gender-crg/support-gender-equality-tb>
23. Ahmed Y., P. Mwaba, C. Chintu, J.M. Grange, A. Ustianowski and A. Zumla, A study of maternal mortality at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia: the emergence of tuberculosis as a major non-obstetric cause of maternal death, *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3:675–80; Getahun, H. et al., Prevention, diagnosis, and treatment of tuberculosis in children and mothers: evidence for action for maternal, neonatal, and child health services, *Journal of Infectious Diseases* 2012; 205 (Suppl 2):S216–S227, Epub 22 March 2012; Khan, M., T. Pillay, J.M. Moodley and C.A. Connolly, Maternal mortality associated with tuberculosis-HIV-1 co-infection in Durban, South Africa, *AIDS* 2001; 15:1857–63; Menendez, C., C. Romagosa, M.R. Ismail et al., An autopsy study of maternal mortality in Mozambique: the contribution of infectious diseases, *PLoS Med* 2008; 5:e44; Panchabhai, T.S., P.D.

- Patil, D.R. Shah and A.S. Joshi, An autopsy study of maternal mortality: a tertiary healthcare perspective, *J Postgrad Med* 2009; 55:8–11.
24. Gupta, A. et al., Maternal tuberculosis: a risk factor for mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus, *Journal of Infectious Diseases* 2011; 203(3):358–63; Gupta, A., U. Nayak, M. Ram et al., Postpartum tuberculosis incidence and mortality among HIV-infected women and their infants in Pune, India, 2002–2005, *Clin Infect Dis* 2007; 45:241–9; Khan, M., T. Pillay, J.M. Moodley and C.A. Connolly, Maternal mortality associated with tuberculosis-HIV-1 co-infection in Durban, South Africa, *AIDS* 2001; 15:1857–63.
 25. WHO. <http://www.who.int/tb/areas-of-work/population-groups/gender/en/>
 26. Stop TB Partnership Indonesia. 2019. Deklarasi hak orang yang terdampak tuberkulosis. Available at: <https://tbckomunitas.id/wp-content/uploads/2022/11/Deklarasi-Hak-Orang-yang-Terdampak-Tuberkulosis.pdf>
 27. Albert Wirya dan Fuji Aotari, *Ancaman bagi Kesehatan Populasi Kunci HIV dan TB: Sebuah Laporan Pelanggaran HAM*, (Jakarta: Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat, 2017), hal. 83.
 28. Courtwright, A., & Turner, A. N. (2010). Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Public health reports*, 125(4_suppl), 34-42.
 29. Konsorsium Komunitas Penabulu - STPI. 2022. Penilaian Stigma TBC di Indonesia.
 30. Mukerji, R. and Turan, J.M., 2018. Exploring Manifestations of TB-Related Stigma Experienced by Women in Kolkata, India. *Annals of Global Health*, 84(4), pp.727–735. DOI: <http://doi.org/10.29024/aogh.2383>
 31. Interagency Gender Working Group. Gender Integration Continuum Categories. Available at: <https://www.igwg.org/wp-content/uploads/2017/05/GendrContinuumCategories.pdf>
 32. Aggarwal, A. N. (2019). Quality of life with tuberculosis. *Journal of clinical tuberculosis and other mycobacterial diseases*, 17, 100121.

Lampiran

Lampiran 1. 8 Provinsi berdasarkan wilayah fokus komunitas

No	PROVINSI	KOTA/KABUPATEN
1	Sumatera Utara	ASAHAN
2		DELI SERDANG
3		KARO
4		KOTA BINJAI
5		KOTA MEDAN
6		KOTA PADANGSIDIMPUAN
7		KOTA PEMATANG SIANTAR
8		LABUHAN BATU
9		LANGKAT
10		MANDAILING NATAL
11		SERDANG BEDAGAI
12		SIMALUNGUN
13	Banten	KOTA CILEGON
14		KOTA SERANG
15		KOTA TANGERANG
16		KOTA TANGERANG SELATAN
17		LEBAK
18		PANDEGLANG
19		SERANG
20		TANGERANG
21	DKI Jakarta	KOTA JAKARTA BARAT
22		KOTA JAKARTA PUSAT
23		KOTA JAKARTA SELATAN
24		KOTA JAKARTA TIMUR
25		KOTA JAKARTA UTARA
26	Jawa Barat	BANDUNG
27		BANDUNG BARAT
28		BEKASI
29		BOGOR
30		CIAMIS
31		CIANJUR
32		CIREBON
33		GARUT
34		INDRAMAYU

35		KARAWANG
36		KOTA BANDUNG
37		KOTA BANJAR
38		KOTA BEKASI
39		KOTA BOGOR
40		KOTA CIMAHI
41		KOTA CIREBON
42		KOTA DEPOK
43		KOTA SUKABUMI
44		KOTA TASIKMALAYA
45		KUNINGAN
46		MAJALENGKA
47		PANGANDARAN
48		PURWAKARTA
49		SUBANG
50		SUKABUMI
51		SUMEDANG
52		TASIKMALAYA
53		BANJARNEGARA
54		BANYUMAS
55		BATANG
56		BLORA
57		BOYOLALI
58		BREBES
59		CILACAP
60		DEMAK
61		GROBOGAN
62		JEPARA
63		KARANGANYAR
64	Jawa Tengah	KEBUMEN
65		KENDAL
66		KLATEN
67		KOTA MAGELANG
68		KOTA PEKALONGAN
69		KOTA SALATIGA
70		KOTA SEMARANG
71		KOTA SURAKARTA
72		KOTA TEGAL
73		KUDUS
74		MAGELANG

75		PATI
76		PEKALONGAN
77		PEMALANG
78		PURBALINGGA
79		PURWOREJO
80		REMBANG
81		SEMARANG
82		SRAGEN
83		SUKOHARJO
84		TEGAL
85		TEMANGGUNG
86		WONOGIRI
87		WONOSOBO
88	Jawa Timur	BANGKALAN
89		BANYUWANGI
90		BLITAR
91		BOJONEGORO
92		BONDOWOSO
93		GRESIK
94		JEMBER
95		JOMBANG
96		KEDIRI
97		KOTA BATU
98		KOTA BLITAR
99		KOTA KEDIRI
100		KOTA MADIUN
101		KOTA MALANG
102		KOTA MOJOKERTO
103		KOTA PASURUAN
104		KOTA PROBOLINGGO
105		KOTA SURABAYA
106		LAMONGAN
107		LUMAJANG
108		MADIUN
109		MAGETAN
110		MALANG
111		MOJOKERTO
112		NGANJUK
113		NGAWI
114		PACITAN

115		PAMEKASAN
116		PASURUAN
117		PONOROGO
118		PROBOLINGGO
119		SAMPANG
120		SIDOARJO
121		SITUBONDO
122		SUMENEP
123		TRENGGALEK
124		TUBAN
125		TULUNGAGUNG
126	Sulawesi Selatan	BONE
127		BULUKUMBA
128		GOWA
129		JENEPONTO
130		KOTA MAKASSAR
131		KOTA PALOPO
132		MAROS
133		PINRANG
134		SIDENRENG RAPPANG
135		WAJO
136	Nusa Tenggara Timur	ENDE
137		KOTA KUPANG
138		KUPANG
139		SIKKA
140		SUMBA BARAT DAYA
141		TIMOR TENGAH SELATAN

Lampiran 2. 17 Provinsi berdasarkan fokus wilayah komunitas & cakupan pengobatan terendah tahun 2022

No	PROVINSI	KOTA/KABUPATEN
1	Sumatera Utara	ASAHAN
2		DELI SERDANG
3		KARO
4		KOTA BINJAI
5		KOTA MEDAN
6		KOTA PADANGSIDIMPUAN
7		KOTA PEMATANG SIANTAR
8		LABUHAN BATU
9		LANGKAT

10		MANDAILING NATAL
11		SERDANG BEDAGAI
12		SIMALUNGUN
13	Riau	BENGKALIS
14		INDRAGIRI HILIR
15		KAMPAR
16		KOTA DUMAI
17		KOTA PEKANBARU
18		PELALAWAN
19		ROKAN HILIR
20		ROKAN HULU
21		SIAK
22	Kepulauan Riau	KARIMUN
23		KOTA BATAM
24		KOTA TANJUNG PINANG
25	Jambi	BUNGO
26		KOTA JAMBI
27		MUARO JAMBI
28	Bangka Belitung	BANGKA
29		KOTA PANGKAL PINANG
30	Bengkulu	KOTA BENGKULU
31		REJANG LEBONG
32	Banten	KOTA CILEGON
33		KOTA SERANG
34		KOTA TANGERANG
35		KOTA TANGERANG SELATAN
36		LEBAK
37		PANDEGLANG
38		SERANG
39		TANGERANG
40		DKI Jakarta
41	KOTA JAKARTA PUSAT	
42	KOTA JAKARTA SELATAN	
43	KOTA JAKARTA TIMUR	
44	KOTA JAKARTA UTARA	
45	Jawa Barat	BANDUNG
46		BANDUNG BARAT
47		BEKASI
48		BOGOR
49		CIAMIS

50		CIANJUR
51		CIREBON
52		GARUT
53		INDRAMAYU
54		KARAWANG
55		KOTA BANDUNG
56		KOTA BANJAR
57		KOTA BEKASI
58		KOTA BOGOR
59		KOTA CIMAHI
60		KOTA CIREBON
61		KOTA DEPOK
62		KOTA SUKABUMI
63		KOTA TASIKMALAYA
64		KUNINGAN
65		MAJALENGKA
66		PANGANDARAN
67		PURWAKARTA
68		SUBANG
69		SUKABUMI
70		SUMEDANG
71		TASIKMALAYA
72		BANJARNEGARA
73		BANYUMAS
74		BATANG
75		BLORA
76		BOYOLALI
77		BREBES
78		CILACAP
79		DEMAK
80		GROBOGAN
81	Jawa Tengah	JEPARA
82		KARANGANYAR
83		KEBUMEN
84		KENDAL
85		KLATEN
86		KOTA MAGELANG
87		KOTA PEKALONGAN
88		KOTA SALATIGA
89		KOTA SEMARANG

90		KOTA SURAKARTA
91		KOTA TEGAL
92		KUDUS
93		MAGELANG
94		PATI
95		PEKALONGAN
96		PEMALANG
97		PURBALINGGA
98		PURWOREJO
99		REMBANG
100		SEMARANG
101		SRAGEN
102		SUKOHARJO
103		TEGAL
104		TEMANGGUNG
105		WONOGIRI
106		WONOSOBO
107		BANGKALAN
108		BANYUWANGI
109		BLITAR
110		BOJONEGORO
111		BONDOWOSO
112		GRESIK
113		JEMBER
114		JOMBANG
115		KEDIRI
116		KOTA BATU
117		KOTA BLITAR
118	Jawa Timur	KOTA KEDIRI
119		KOTA MADIUN
120		KOTA MALANG
121		KOTA MOJOKERTO
122		KOTA PASURUAN
123		KOTA PROBOLINGGO
124		KOTA SURABAYA
125		LAMONGAN
126		LUMAJANG
127		MADIUN
128		MAGETAN
129		MALANG

130		MOJOKERTO
131		NGANJUK
132		NGAWI
133		PACITAN
134		PAMEKASAN
135		PASURUAN
136		PONOROGO
137		PROBOLINGGO
138		SAMPANG
139		SIDOARJO
140		SITUBONDO
141		SUMENEP
142		TRENGGALEK
143		TUBAN
144		TULUNGAGUNG
145	Kalimantan Tengah	KOTA PALANGKA RAYA
146		KOTAWARINGIN TIMUR
147	Kalimantan Selatan	BANJAR
148		KOTA BANJAR BARU
149		KOTA BANJARMASIN
150		TANAH BUMBU
151	Sulawesi Selatan	BONE
152		BULUKUMBA
153		GOWA
154		JENEPONTO
155		KOTA MAKASSAR
156		KOTA PALOPO
157		MAROS
158		PINRANG
159		SIDENRENG RAPPANG
160		WAJO
161	Bali	BADUNG
162		BULELENG
163		GIANYAR
164		KOTA DENPASAR
165		TABANAN
166	Nusa Tenggara Timur	ENDE
167		KOTA KUPANG
168		KUPANG
169		SIKKA

170		SUMBA BARAT DAYA
171		TIMOR TENGAH SELATAN
172	Papua Barat	KOTA SORONG

Lampiran 3. 30 Provinsi berdasarkan target intervensi program nasional penanggulangan TB

No	PROVINSI	KOTA/KABUPATEN
1	Sumatera Utara	ASAHAN
2		DELI SERDANG
3		KARO
4		KOTA BINJAI
5		KOTA MEDAN
6		KOTA PADANGSIDIMPUAN
7		KOTA PEMATANG SIANTAR
8		LABUHAN BATU
9		LANGKAT
10		MANDAILING NATAL
11		SERDANG BEDAGAI
12		SIMALUNGUN
13	Riau	BENGKALIS
14		INDRAGIRI HILIR
15		KAMPAR
16		KOTA DUMAI
17		KOTA PEKANBARU
18		PELALAWAN
19		ROKAN HILIR
20		ROKAN HULU
21		SIAK
22	Kepulauan Riau	KARIMUN
23		KOTA BATAM
24		KOTA TANJUNG PINANG
25	Jambi	BUNGO
26		KOTA JAMBI
27		MUARO JAMBI
28	Bangka Belitung	BANGKA
29		KOTA PANGKAL PINANG
30	Bengkulu	KOTA BENGKULU
31		REJANG LEBONG
32	Banten	KOTA CILEGON
33		KOTA SERANG

34		KOTA TANGERANG
35		KOTA TANGERANG SELATAN
36		LEBAK
37		PANDEGLANG
38		SERANG
39		TANGERANG
40	DKI Jakarta	KOTA JAKARTA BARAT
41		KOTA JAKARTA PUSAT
42		KOTA JAKARTA SELATAN
43		KOTA JAKARTA TIMUR
44		KOTA JAKARTA UTARA
45	Jawa Barat	BANDUNG
46		BANDUNG BARAT
47		BEKASI
48		BOGOR
49		CIAMIS
50		CIANJUR
51		CIREBON
52		GARUT
53		INDRAMAYU
54		KARAWANG
55		KOTA BANDUNG
56		KOTA BANJAR
57		KOTA BEKASI
58		KOTA BOGOR
59		KOTA CIMAHI
60		KOTA CIREBON
61		KOTA DEPOK
62		KOTA SUKABUMI
63		KOTA TASIKMALAYA
64		KUNINGAN
65		MAJALENGKA
66		PANGANDARAN
67		PURWAKARTA
68		SUBANG
69		SUKABUMI
70		SUMEDANG
71		TASIKMALAYA
72	Jawa Tengah	BANJARNEGARA
73		BANYUMAS

74		BATANG
75		BLORA
76		BOYOLALI
77		BREBES
78		CILACAP
79		DEMAK
80		GROBOGAN
81		JEPARA
82		KARANGANYAR
83		KEBUMEN
84		KENDAL
85		KLATEN
86		KOTA MAGELANG
87		KOTA PEKALONGAN
88		KOTA SALATIGA
89		KOTA SEMARANG
90		KOTA SURAKARTA
91		KOTA TEGAL
92		KUDUS
93		MAGELANG
94		PATI
95		PEKALONGAN
96		PEMALANG
97		PURBALINGGA
98		PURWOREJO
99		REMBANG
100		SEMARANG
101		SRAGEN
102		SUKOHARJO
103		TEGAL
104		TEMANGGUNG
105		WONOGIRI
106		WONOSOBO
107		BANGKALAN
108		BANYUWANGI
109		BLITAR
110	Jawa Timur	BOJONEGORO
111		BONDOWOSO
112		GRESIK
113		JEMBER

114		JOMBANG
115		KEDIRI
116		KOTA BATU
117		KOTA BLITAR
118		KOTA KEDIRI
119		KOTA MADIUN
120		KOTA MALANG
121		KOTA MOJOKERTO
122		KOTA PASURUAN
123		KOTA PROBOLINGGO
124		KOTA SURABAYA
125		LAMONGAN
126		LUMAJANG
127		MADIUN
128		MAGETAN
129		MALANG
130		MOJOKERTO
131		NGANJUK
132		NGAWI
133		PACITAN
134		PAMEKASAN
135		PASURUAN
136		PONOROGO
137		PROBOLINGGO
138		SAMPANG
139		SIDOARJO
140		SITUBONDO
141		SUMENEP
142		TRENGGALEK
143		TUBAN
144		TULUNGAGUNG
145	Kalimantan Tengah	KOTA PALANGKA RAYA
146		KOTAWARINGIN TIMUR
147	Kalimantan Selatan	BANJAR
148		KOTA BANJAR BARU
149		KOTA BANJARMASIN
150		TANAH BUMBU
151	Sulawesi Selatan	BONE
152		BULUKUMBA
153		GOWA

154		JENEPONTO
155		KOTA MAKASSAR
156		KOTA PALOPO
157		MAROS
158		PINRANG
159		SIDENRENG RAPPANG
160		WAJO
161	Bali	BADUNG
162		BULELENG
163		GIANYAR
164		KOTA DENPASAR
165		TABANAN
166	Nusa Tenggara Timur	ENDE
167		KOTA KUPANG
168		KUPANG
169		SIKKA
170		SUMBA BARAT DAYA
171		TIMOR TENGAH SELATAN
172	Papua Barat	KOTA SORONG

Lampiran 4. Acuan Budget Funding Request Global Fund

		Tanpa Menginap + Transport Lokal	Jika Menginap per hari (tanpa Transport)
PERTEMUAN KOORDINASI			
pertemuan dalam kota/kabupaten	per orang per hari	Rp 250	Rp 750
pertemuan kab/kota ke provinsi	per orang per hari	Rp 350	Rp 950
pertemuan kab/kota ke pusat	per orang per hari		Rp 1,450
pertemuan provinsi dalam provinsi	per orang per hari	Rp 500	Rp 1,100
pertemuan provinsi ke pusat	per orang per hari		Rp 1,850
Pertemuan di Pusat	per orang per hari	Rp 650	Rp 1,250
PERTEMUAN ADVOKASI			
Pertemuan Advokasi di Desa	per orang per hari	Rp 150	Rp 500
Pertemuan Advokasi di Kab/Kota	per orang per hari	Rp 175	Rp 675
Pertemuan Advokasi di Provinsi	per orang per hari	Rp 300	Rp 800
Pertemuan Advokasi di Pusat	per orang per hari	Rp 600	Rp 1,300

PENINGKATAN KAPASITAS (Bimtek, Pelatihan, Workshop, dll)			
Peningkatan kapasitas kab/kota di kab/kota	per orang per hari	Rp 250	Rp 750
Peningkatan kapasitas kab/kota di provinsi	per orang per hari		Rp 1,750
Peningkatan kapasitas provinsi di provinsi	per orang per hari	Rp 400	Rp 900
Peningkatan kapasitas provinsi di pusat	per orang per hari		Rp 2,050
Peningkatan kapasitas pemerintah pusat	per orang per hari	Rp 750	Rp 1,250
PERJALANAN DINAS SUPERVISI MONEV			
Supervisi di Pusat	per orang per hari	Rp 500	Rp 1,100
Supervisi Pusat Ke Provinsi	per orang per hari		Rp 1,400
Supervisi Pusat Ke Kabupaten	per orang per hari		Rp 1,400
Supervisi di Provinsi	per orang per hari	Rp 350	Rp 850
Supervisi Provinsi Ke Kabupaten	per orang per hari		Rp 850
Supervisi Kabupaten	per orang per hari	Rp 150	Rp 650
TRANSPORTASI			
Jawa Bali	pergi pulang	Rp 2,500	
Sumatera, Kalimantan	pergi pulang	Rp 3,200	
NTB NTT	pergi pulang	Rp 3,000	
Sulawesi Maluku dan Maluku Utara	pergi pulang	Rp 4,500	
Papua dan Papua Barat	pergi pulang	Rp 6,000	
PERTEMUAN BERBASIS ELEKTRONIK			
Pertemuan Daring	per orang per pertemuan	Rp 150	
SOSIALISASI			
Pertemuan Sosialisasi di Kabupaten Kota	per orang per kegiatan	Rp 250	
Pertemuan Sosialisasi di Provinsi	per orang per kegiatan	Rp 350	
Pertemuan Sosialisasi di Pusat	per orang per kegiatan	Rp 450	
ASUMSI PESERTA PERTEMUAN			Biaya Tetap Penyelenggaraan
Pertemuan Kecil Desa/Kabupaten Kota	orang per kegiatan	5 sampai 10	Rp 1,000
Pertemuan Besar di Desa/Kabupaten Kota	orang per kegiatan	11 sampai 20	Rp 1,000
Pertemuan Kecil Provinsi	orang per kegiatan	5 sampai 10	Rp 2,500
Pertemuan Besar di Provinsi	orang per kegiatan	11 sampai 25	Rp 2,500

Pertemuan Kecil Pusat	orang per kegiatan	10 sampai 25	Rp 5,000
Pertemuan Besar di Pusat	orang per kegiatan	26 sampai 100	Rp 5,000