

KAJIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL PENYAKIT TUBERKULOSIS TERKAIT INDIKATOR MILLENIUM DEVELOPMENT GOALS

(Review the Tuberculosis Minimum Health Service Standard Associated to Indicators of Millinium Development Goals)

Agung Dwi Laksono¹, Wahyu Dwi Astuti¹, Erna Waty², Atto'llah²

ABSTRACT

Background: Pulmonary tuberculosis is one of the chronic infectious disease that became a global issue that were targeted in the MDGs and also listed in the SPM (Minimum Service Standards) of health. In Indonesia, the disease include a national priority for disease control programs for broad impact on quality of life and economy, and often result in death. Nevertheless, indicators of efforts to operationalize Tuberculosis is based on the MDGs as well as health SPM has not been done. In order to finance the efficiency of the national development efforts need synchronization with reference to the achievement of the MDGs SPM. For it is necessary to attempt the translation of operational and phasing of each indicator SPM that supports the achievement of the MDGs target indicators to be more easily understood and applicable. This step needs to be done to improve the accuracy of the policy in the budget allocation has been minimal so completely on target. This research is explorative research type. This research carried out by purposive sampling study, was conducted in West Papua Province (Sorong and Raja Ampat) and East Java Province (Blitar and Tulungagung). **Methods:** The data collection is carried out through by NGT on field implementers and by FGD on tuberculosis experts as well as in-depth interview on the program managers in the field. **Results:** The results found three sub-indicators of tuberculosis that can be used as an indicator of the health sector SPM for tuberculosis, the invention Indicators of discovery with suspected tuberculosis with an indication of cough with phlegm for more than 2 weeks of unexplained causes. If the child has a history of contacts of patients diagnosed with tuberculosis. Handling Indicators of success rate of 90% with a minimum of 85% cure rate. **Conclusion:** Indicator of the validity of the surveillance recording & reporting standards. To operationalize this sub-indicators into SPM studies are still needed for the formulation of tuberculosis diagnosis methods and the formulation of how to measure the validity of a standardized recording and reporting. Also further study is needed for the determination of target achievement every year.

Key words: SPM, tuberculosis, indicators MDGs

ABSTRAK

Latar Belakang: Tuberkulosis paru merupakan salah satu penyakit menular kronis yang menjadi isu global yang menjadi sasaran di dalam MDGs dan juga tercantum di dalam SPM kesehatan. Di Indonesia penyakit ini termasuk salah satu prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit karena berdampak luas terhadap kualitas hidup dan ekonomi, serta sering mengakibatkan kematian. Meski demikian upaya operasionalisasi indikator penyakit Tuberkulosis yang berdasarkan MDGs sekaligus SPM kesehatan belum pernah dilakukan. Dalam rangka efisiensi pembiayaan pembangunan nasional diperlukan upaya sinkronisasi pencapaian SPM dengan merujuk pada MDGs. Perlu dilakukan upaya penjabaran operasional serta pentahapan dari setiap indikator SPM yang mendukung tercapainya indikator target MDGs agar lebih mudah dipahami dan aplikatif. Langkah ini perlu dilakukan guna meningkatkan ketepatan kebijakan dalam pengalokasian anggaran yang sudah minim agar benar-benar tepat sasaran. **Metode:** Penelitian ini merupakan jenis penelitian eksploratif. Dengan purposif sampling penelitian ini dilaksanakan di Propinsi Papua Barat (Kota Sorong dan Kabupaten Raja Ampat) serta Propinsi Jawa Timur (Kota Blitar dan Kabupaten Tulungagung). Pengumpulan data dilaksanakan melalui NGT pada pelaksana lapangan dan FGD pada para pakar tuberkulosis serta wawancara mendalam pada pelaksana program di

¹ Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jl. Indrapura 17 Surabaya

² Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga
Alamat korespondensi: E-mail: agungdl@yahoo.com

lapangan. **Hasil:** Menemukan 3 sub indikator penyakit tuberkulosis yang bisa dijadikan sebagai indikator SPM bidang kesehatan untuk penyakit tuberkulosis, yaitu Indikator Penemuan berupa penemuan suspek tuberkulosis dengan indikasi batuk berdahak lebih dari 2 minggu yang tidak bisa dijelaskan penyebabnya. Bila pada anak ada riwayat kontak pasien yang didiagnosa tuberkulosis. Indikator Penanganan berupa success rate 90% dengan cure rate minimal 85%. **Kesimpulan:** Indikator surveilans berupa validitas pencatatan & pelaporan yang standar. Untuk mengoperasionalkan sub indikator ini ke dalam SPM masih dibutuhkan kajian untuk formulasi metode diagnosa tuberkulosis serta formulasi cara pengukuran validitas pencatatan dan pelaporan yang standar. Selain itu kajian lebih lanjut dibutuhkan untuk penentuan target pencapaian setiap tahunnya.

Kata kunci: SPM, tuberkulosis, indikator

Naskah Masuk: 7 Februari 2012, Review 1: 15 Februari 2012, Review 2: 15 Februari 2012, Naskah layak terbit: 2 Maret 2012

PENDAHULUAN

Sasaran Pembangunan Millennium (*Millennium Development Goals* atau disingkat dalam bahasa Inggris *MDGs*) adalah delapan tujuan yang diupayakan untuk dicapai pada tahun 2015 merupakan tantangan utama pembangunan di seluruh dunia. Tantangan ini sendiri diambil dari seluruh tindakan dan target yang dijabarkan dalam Deklarasi Milenium yang diadopsi oleh 189 negara dan ditandatangani oleh 147 kepala pemerintahan dan kepala negara pada saat Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium di New York pada bulan September 2000 (<http://www.undp.org>).

Setiap negara yang berkomitmen dan menandatangani perjanjian diharapkan membuat laporan *MDGs*. Pemerintah Indonesia melaksanakannya dibawah koordinasi Bappenas dibantu dengan Kelompok Kerja PBB dan telah menyelesaikan laporan *MDGs* pertamanya yang ditulis dalam Bahasa Indonesia dan kemudian diterjemahkan ke dalam bahasa Inggris untuk menunjukkan rasa kepemilikan pemerintah Indonesia atas laporan tersebut. Laporan Sasaran Pembangunan Milenium ini menjabarkan upaya awal pemerintah untuk menginventarisasi situasi pembangunan manusia yang terkait dengan pencapaian sasaran *MDGs*, mengukur, dan menganalisa kemajuan seiring dengan upaya menjadikan pencapaian ini menjadi kenyataan, sekaligus mengidentifikasi dan meninjau kembali kebijakan dan program pemerintah yang dibutuhkan untuk memenuhi sasaran ini. Dengan tujuan utama mengurangi jumlah orang dengan pendapatan dibawah upah minimum regional antara tahun 1990 dan 2015, Laporan ini menunjukkan bahwa Indonesia berada dalam jalur untuk mencapai tujuan tersebut. Namun, pencapaiannya lintas provinsi tidak seimbang (Wikipedia, 2010).

Selain itu, di Indonesia juga dikembangkan Standar Pelayanan Minimal. Berdasarkan Peraturan Pemerintah (PP) No. 25/2000 tentang Kewenangan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Provinsi tentang otonomi daerah, maka diterbitkan surat keputusan (SK) Menteri Kesehatan dan Sosial (Menkesos) Nomor 1747/2000 tentang Pedoman Penetapan Standar Pelayanan Minimal dalam Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota (SPM Kesehatan). Pelaksanaan PP 25/2000 ditegaskan melalui surat edaran Menteri Dalam Negeri (Mendagri) No. 100/757/OTDA tentang Pelaksanaan Kewenangan Wajib dan SPM yang ditujukan ke Gubernur dan Bupati/Walikota se Indonesia. SK Menkesos Nomor 1747/2000 kemudian dianulir dengan SK Menteri Kesehatan (Menkes) Nomor 1457/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota yang mempertimbangkan perlu ditetapkannya kembali SPM bidang kesehatan oleh Menteri Kesehatan. Kebijakan ini berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target pada tahun 2010. SK Menkes No. 1457/2003 ini diikuti SK Menkes No. 1091/2004 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

Dengan berkembangnya waktu, UU Nomor 22/1999 tentang Pemerintah Daerah direvisi dengan UU Nomor 32/2004. Selain itu juga diterbitkan PP Nomor 65/2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal. Secara ringkas, PP ini memberikan rujukan bahwa SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal terutama yang berkaitan dengan pelayanan dasar baik daerah provinsi maupun daerah kabupaten/kota.

Selain itu, peraturan Mendagri No. 6/2007 tentang petunjuk teknis penyusunan dan penetapan standar pelayanan minimal diterbitkan. Dalam peraturan Mendagri ini pada pasal 29 ayat (3) dikatakan bahwa SPM yang ditetapkan pemerintah daerah dapat dilaksanakan sampai dengan Menteri/Pimpinan Lembaga Pemerintah Non-Departemen menyusun dan menetapkan SPM yang baru sesuai PP Nomor 65/2005. Untuk Departemen Kesehatan (Depkes) terwujud melalui peraturan Menkes Nomor 741/2008 yang menganulir SK Menteri Kesehatan Nomor 1457/2003. Peraturan Menkes Nomor 741/2008 berisi indikator kinerja dan target pelayanan kesehatan pada tahun 2010 sampai dengan tahun 2015. Surat keputusan ini diikuti SK Menkes Nomor 828/2008 tentang Petunjuk Teknis SPM Bidang Kesehatan sebagai acuan penyusunan SPM bidang kesehatan di kabupaten/kota dan meniadakan SK Menkes Nomor 1091/2004.

Kini *MDGs* telah menjadi referensi penting pembangunan di Indonesia, mulai dari tahap perencanaan seperti yang tercantum pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) hingga pelaksanaannya. Walaupun mengalami kendala, namun pemerintah memiliki komitmen untuk mencapai sasaran ini dan dibutuhkan kerja keras serta kerja sama dengan seluruh pihak, termasuk masyarakat madani, pihak swasta, dan lembaga donor. Pencapaian *MDGs* di Indonesia akan dijadikan dasar untuk perjanjian kerja sama dan implementasinya di masa depan. Hal ini termasuk kampanye untuk perjanjian tukar guling hutang untuk negara berkembang sejalan dengan Deklarasi Jakarta mengenai *MDGs* di daerah Asia dan Pasifik (Bappenas, 2008; Okezone, 2008).

Upaya Pemerintah Indonesia merealisasikan Sasaran Pembangunan Milenium pada tahun 2015 akan sulit karena pada saat yang sama pemerintah juga harus menanggung beban pembayaran hutang yang sangat besar. Program *MDGs* seperti pendidikan, kemiskinan, kelaparan, kesehatan, lingkungan hidup, kesetaraan gender, dan pemberdayaan perempuan membutuhkan biaya yang cukup besar. Merujuk data Direktorat Jenderal Pengelolaan Hutang Departemen Keuangan, per 31 Agustus 2008, beban pembayaran hutang Indonesia terbesar akan terjadi pada tahun 2009–2015 dengan jumlah berkisar dari Rp. 97,7 triliun (2009) hingga Rp. 81,54 triliun (2015) rentang waktu yang sama untuk pencapaian *MDGs*. Jumlah pembayaran hutang Indonesia, baru menurun

drastis (2016) menjadi Rp. 66,70 triliun. Tanpa upaya negosiasi pengurangan jumlah pembayaran hutang Luar Negeri, Indonesia akan gagal mencapai tujuan *MDGs* (Okezone, 2008).

Untuk itu, dalam rangka efisiensi pembiayaan pembangunan nasional diperlukan upaya sinkronisasi pencapaian SPM dengan merujuk pada *MDGs*. Perlu dilakukan upaya penjabaran operasional serta pentahapan dari setiap indikator SPM yang mendukung tercapainya indikator target *MDGs* agar lebih mudah dipahami dan aplikatif. Langkah ini perlu dilakukan guna meningkatkan ketepatan kebijakan dalam pengalokasian anggaran yang sudah minim agar benar-benar tepat sasaran.

Tuberkulosis paru merupakan salah satu penyakit menular kronis yang menjadi isu global yang menjadi sasaran di dalam *MDGs* dan juga tercantum di dalam SPM kesehatan. Menurut *WHO Global Tuberculosis Control* (2010), saat ini peringkat Indonesia sudah menurun menjadi peringkat 5 dunia setelah India, Cina, Afrika Selatan dan Nigeria, dari sebelumnya peringkat ke-3 dalam beban penderita tuberkulosis.

Di Indonesia penyakit ini termasuk salah satu prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit karena berdampak luas terhadap kualitas hidup dan ekonomi, serta sering mengakibatkan kematian (Risesdas, 2007). Meski demikian upaya operasionalisasi indikator penyakit tuberkulosis yang berdasarkan *MDGs* sekaligus SPM kesehatan tidak dilakukan, indikator SPM penyakit tuberkulosis hanya 'penemuan kasus baru', yang indikator ini belum secara penuh menggambarkan upaya penanganan penyakit tuberkulosis yang dilakukan.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, permasalahan penelitian yang diangkat adalah: Bagaimanakah operasionalisasi indikator SPM penyakit Tuberkulosis yang terkait dengan pencapaian target indikator *MDGs*? Untuk itu tujuan dari penelitian ini adalah mengembangkan indikator SPM 'Cakupan Penemuan dan Penanganan Pasien Baru Tuberkulosis BTA Positif dan Surveilans' yang lebih sensitif yang terkait dengan indikator *MDGs*.

METODE

Penelitian ini adalah jenis penelitian eksploratif dengan desain penelitian yang dilakukan secara deskriptif eksploratif, yaitu menggambarkan proses penyusunan indikator SPM TB terkait dengan

MDGs. Secara purposive penelitian dilaksanakan di Kabupaten Raja Ampat dan Kota Sorong di Propinsi Papua Barat, serta Kabupaten Tulungagung dan Kota Blitar di Propinsi Jawa Timur. Masing-masing kabupaten/kota dipilih 4 puskesmas, 2 daerah rural dan 2 daerah urban, untuk mendapatkan variasi terbaik.

Langkah operasional penelitian terdiri atas beberapa langkah sebagai berikut; Langkah pertama eksplorasi sub indikator SPM penyakit tuberkulosis yang terkait dengan indikator MDGs. Pada langkah ini upaya pengembangan sub indikator dilakukan oleh peneliti berdasarkan *review* isi dokumen kebijakan dan konsultasi dengan pakar. Pada tahap ini akan dihasilkan *draft* sub indikator SPM penyakit tuberkulosis yang terkait dengan MDGs. Langkah kedua adalah pelaksanaan *Nominal Group Technique* (NGT) pada pelaksana lapangan untuk eksplorasi sekaligus penentuan sub-indikator SPM penyakit tuberkulosis yang terkait dengan indikator MDGs. NGT dilaksanakan di daerah penelitian. Langkah ini dilakukan untuk mencari kesepakatan para pelaksana kebijakan di lapangan terhadap *draft* sub-indikator SPM penyakit tuberkulosis yang terkait dengan indikator MDGs. Pada tahap ini akan didapatkan keterkaitan indikator SPM dan MDGs terkait penyakit tuberkulosis. Langkah terakhir adalah pelaksanaan *Focus Group Discussion* (FGD) pada pakar penyakit tuberkulosis untuk penentuan sub indikator SPM penyakit tuberkulosis yang terkait dengan indikator MDGs, dengan berbasis pada temuan lapangan di dua propinsi yang diteliti.

HASIL

Berdasarkan hasil *review* pada kebijakan penanggulangan penyakit tuberkulosis di level nasional maupun global, maka dilakukan eksplorasi dan dilanjutkan dengan pengelompokan setiap indikator berdasarkan tahapan tindakan penanggulangan penyakit tuberkulosis, yaitu tahap penemuan, penanganan dan surveilans.

Indikator Penemuan

Ada 5 (lima) item yang berhasil dieksplorasi dan disimpulkan peneliti pada tahapan penemuan kasus tuberkulosis, yaitu;

1. Pengembangan penentuan kriteria suspek Tuberculosis Indikator; Angka Penjaringan Suspek.

2. Modifikasi pemeriksaan/pengambilan sampel sputum Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS) untuk yang transportasinya sulit terjangkau Indikator;
 - a) Proporsi BTA (+) di antara suspek;
 - b) Proporsi BTA (+) di antara seluruh seluruh penderita Tuberculosis
3. Optimalisasi Foto Thorax untuk mendukung SPS Indikator;
 - a) Angka penjaringan suspek
 - b) Angka penemuan kasus (*Case Detection Rate/CDR*)
4. Penegakan diagnosis Tuberculosis pada anak berdasarkan *scoring system* Indikator; Proporsi Tuberculosis anak di antara seluruh penderita Tuberculosis
5. Identifikasi dan evaluasi kontak intensif Indikator;
 - a) Angka penemuan kasus (*Case Detection Rate/CDR*)
 - b) Angka notifikasi kasus Indikator Penanganan.

Ada 5 (lima) item yang berhasil dieksplorasi dan disimpulkan oleh peneliti pada tahapan penanganan penderita tuberkulosis, yaitu;

1. Pengukuran kepatuhan minum obat Indikator;
 - a) Angka konversi
 - b) Angka kesembuhan
 - c) Angka keberhasilan pengobatan
2. Manajemen persediaan obat Indikator; Tersedia/tidak
3. Penilaian respon obat:

Pemeriksaan sputum 2 spesimen pada akhir fase intensif. Pemeriksaan sputum 1 X pada akhir bulan ke-5. Pemeriksaan sputum 1 X pada akhir terapi (bulan ke Indikator;

 - a) Angka konversi
 - b) Angka kesembuhan
 - c) Angka keberhasilan pengobatan (*Success Rate/SR*)
4. Konseling dan uji HIV untuk Penderita Tuberculosis Indikator; Dilakukan/tidak
- 5) Ketersediaan Obat Anti-Tuberculosis (OAT) lini kedua Indikator; Tersedia/tidak, Indikator Surveilans

Ada 4 (empat) item yang berhasil dieksplorasi dan disimpulkan peneliti pada tahapan surveilans tuberkulosis, yaitu;

1. Pengembangan Kultur Sputum untuk BTA (+) Indikator; Angka kesalahan laboratorium (*Error Rate*)

2. Pengembangan kultur untuk Penderita Tuberculosis BTA (-) Indikator; Angka kesalahan laboratorium (*Error Rate*)
3. Kelengkapan *medical record* Indikator; Lengkap/tidak
4. Pelaporan: kasus baru, kasus ulangan, hasil pengobatan. Indikator; Dilakukan/tidak

NGT pada Pelaksana Lapangan

Nominal Group Technique (NGT) pada pelaksana lapangan dilakukan untuk eksplorasi sekaligus penentuan sub indikator SPM penyakit tuberkulosis yang terkait dengan indikator MDGs. NGT dilaksanakan di daerah penelitian. Langkah ini dilakukan untuk mencari kesepakatan para pelaksana kebijakan di lapangan terhadap *draft* sub indikator SPM penyakit tuberkulosis yang terkait dengan indikator MDGs.

NGT dilaksanakan 3 (tiga) kali untuk menemukan masing-masing indikator dalam upaya penanggulangan

kasus tuberkulosis. Tiga upaya tersebut adalah penemuan, penanganan dan surveilans. Hasil NGT pada para pelaksana lapangan di tingkat Kabupaten/ Kota dan Puskesmas pada sub indikator penemuan, penanganan dan surveilans Tuberkulosis dapat dilihat pada Tabel 1, 2, dan 3.

FGD oleh Pakar Penyakit Tuberculosis

Langkah terakhir adalah pelaksanaan *Focus Group Discussion* (FGD). FGD dilaksanakan dengan melibatkan para pakar penyakit tuberkulosis yang beraliran *public health* (kesehatan masyarakat). Untuk itu maka dipilih para pakar yang terdiri dari akademisi (Universitas Airlangga, Universitas Jember, Universitas Brawijaya), klinisi (Rumah Sakit Paru Jember, Rumah Sakit Paru Surabaya, RSUD dr. Soetomo), dan pemegang program (Sub Direktorat Tuberkulosis Kementerian Kesehatan, pemegang program tuberkulosis Propinsi Jawa Timur, dan penanggung jawab program DOTS penyakit

Tabel 1. Sub Indikator Penemuan Pasien Tuberkulosis Hasil *Nominal Group Technique*

Provinsi Papua Barat		Provinsi Jawa Timur	
Kota Sorong	Kabupaten Raja Ampat	Kota Blitar	Kabupaten Tulungagung
1. Pemeriksaan BTA	1. Berdasarkan tanda dan gejala saja	1. Angka penjarangan suspek TB	1. Penemuan gejala klinis
2. Gejala klinis	2. Pemeriksaan SPS	2. Angka penemuan kasus/penderita TB paru BTA positif	2. Penemuan gejala batuk berulang lebih 2 minggu dengan tanda keluhan klinis
3. <i>Scoring</i> pada anak	3. <i>Scoring</i> pada anak	3. Pemeriksaan kontak langsung dengan penderita TB yang BTA positif	3. Pemeriksaan kontak dan atau serumah
4. Pemeriksaan ulang sputum pada penderita dengan hasil SPS negatif tapi klinis mendukung	4. Menghitung angka penjarangan suspek	4. Proporsi TB anak pada penderita TB dengan BTA positif	4. Pemeriksaan TB pada pengidap HIV positif
5. Riwayat kontak	5. Foto thorax	5. Proporsi suspek TB paru dengan penderita paru positif	5. Pemeriksaan BTA pada dewasa, sedangkan pada anak dengan sistem skoring, pada penderita asma bronchiale & bronchitis kronis
6. Hasil rontgen	6. OAT profilaksis	6. Proporsi BTA + pada seluruh penderita TB	6. Pembacaan kuman
7. Modifikasi SPS, salah satunya sputum pagi	7. <i>Screening</i> (SPS dan <i>scoring</i> pada anak) pada puskesmas keliling	7. Penderita TB yang positif dalam keluarga	7. Sweeping ke rumah <i>suspect</i> penderita
	8. <i>Active case finding</i>		8. Pemeriksaan BTA pada sklofuroderma
			9. Proporsi penggunaan kategori 2 di antara kategori 1
			10. Dukungan pemeriksaan laboratorium LED & jumlah Leukosit pada penderita dengan BTA (-) yang batuk lebih dari 2 minggu
			11. Proporsi penemuan MDR TB diantara penderita TB dalam 1 wilayah
			12. Penemuan gejala batuk berulang lebih 1 minggu dengan angka penggunaan obat <i>symtom</i> hampir setiap bulan dalam 1 tahun

Keterangan: Sumber data primer

Tabel 2. Sub Indikator Penanganan Pasien Tuberkulosis Hasil *Nominal Group Technique*

Propinsi Papua Barat		Propinsi Jawa Timur	
Kota Sorong	Kabupaten Raja Ampat	Kota Blitar	Kabupaten Tulungagung
1. Kepatuhan minum obat	1. Pemeriksaan photo thorax	1. Angka konversi setelah masa intensif	1. Tingkat kepatuhan minum obat
2. Ketersediaan OAT	2. Angka konversi	2. Angka Kesembuhan penderita TB paru dengan BTA positif	2. Jumlah penderita drop out
3. Keaktifan petugas TB	3. Pemeriksaan sputum selama 3 kali jika setelah diberikan pengobatan 3 hari tidak ada perubahan	3. Angka Konseling pada penderita TB	3. Proporsi konversi penderita TB
4. Ketersediaan SDM yang profesional dalam menangani kasus pasien TB	4. Jumlah pasien cek BTA (foto thorax) setelah fase pengobatan	4. Ketersediaan OAT	4. Proporsi kesembuhan di antara penderita
5. Keaktifan PMO	5. Keteraturan/kepatuhan minum obat	5. Pengawasan minum obat yang aktif	5. Kunjungan rumah pada penderita TB oleh petugas
6. Ketersediaan logistik non obat	6. Penilaian respon obat	6. Jumlah kasus MDR yang ditangani	6. Frekuensi konseling penderita TB
7. Cure rate	7. Rujukan ke RS untuk pemeriksaan sputum	7. Konseling uji HIV untuk penderita TB yang gagal pengobatan atau tidak sembuh	7. Peningkatan berat badan penderita
8. Angka konversi	8. Ketersediaan PMO	8. Proporsi kasus TB yang di PHN	8. Pendataan kepatuhan minum obat
9. Jumlah pelacakan kasus drop out	9. Keaktifan petugas TB	9. Kepatuhan minum obat	9. Jumlah kematian akibat TB selama masa pengobatan
10. Kolaborasi TB HIV	10. Ketersediaan obat		10. Jumlah obat yang terdistribusi
11. Jumlah pelatihan	11. Ketersediaan OAT lini kedua		
12. Success rate	12. Pemeriksaan HIV		
13. Ketersediaan obat lini kedua	13. Ketersediaan konseling		
14. Pemeriksaan sputum bulan ke 5 dan akhir pengobatan untuk cure rate dan success rate	14. Pengumpulan data survei datang sendiri		
15. Implementasi Angka konversi pada kasus dengan sisipan negative	15. Makan makanan TKTP		
	16. Kebersihan rumah dan diri serta pola makan		

Keterangan: Sumber data primer

Tabel 3. Sub Indikator Surveilans Penyakit Tuberkulosis Hasil *Nominal Group Technique*

Propinsi Papua Barat		Propinsi Jawa Timur	
Kota Sorong	Kabupaten Raja Ampat	Kota Blitar	Kabupaten Tulungagung
1. Pemantauan dahak awal pengobatan, fase intensif, dan fase akhir pengobatan	1. Jumlah pasien sembuh/ berhasil	1. Laporan jumlah kasus baru	1. Pelaporan & pemetaan kasus baru, kasus ulangan & hasil pengobatan
2. Monitoring hasil pelaporan	2. Angka pasien berobat tuntas	2. Kelengkapan TB 01 sd TB 13	2. Kelengkapan medical record
3. Jumlah kasus TB dengan HIV	3. Ketersediaan konseling untuk penderita TB-HIV	3. Angka kesalahan laboratorium	3. Pelacakan TB mangkir
4. Jumlah kasus drop out	4. Angka keberhasilan minum obat	4. Laporan jumlah gagal kambuh	4. Jumlah UPK (unit pelayanan kesehatan) yang melaksanakan uji silang laboratorium
5. Kelengkapan medical record	5. Angka kepatuhan minum obat	5. Laporan jumlah kasus TB yang ditemukan dan diobati dan dirujuk ke UPK lain	5. Jejaring informasi penderita TB yang ditemukan
6. Dilakukan cross check pada slide yang diperiksa	6. Ketersediaan PMO	6. Laporan jumlah psien TB mangkir yang ditindaklanjuti	6. Pemeriksaan kultur pada penderita HIV dengan BTA (-)
7. Pelaporan kasus baru, ulang dan hasil pengobatan	7. Ketersediaan OAT	7. Laporan jumlah kasus TB anak	
8. Jumlah tenaga laboratorium yang terlatih	8. Angka rujukan pemeriksaan sputum	8. Laporan jumlah kasus TB HIV	
9. Cakupan penderita TB yang gagal	9. Pemeriksaan HIV pada penderita TB	9. Laporan jumlah kasus TB MDR	
10. Kultur pada kasus kronis	10. Melakukan health education kebersihan rumah dan diri, makanan bergizi		
11. Pengembangan kartu monitoring khusus pada kasus pengobatan ulang (kategori 2)	11. Ketersediaan OAT lini kedua		
	12. Pemberian antibiotik		

Keterangan: Sumber data primer

tuberkulosis RSUD Dr. Soetomo Propinsi Jawa Timur).

Pada awal FGD didahului dengan paparan hasil NGT di empat daerah penelitian terpilih, sebagai salah satu acuan yang menjadi bahan pertimbangan. Dalam pelaksanaan FGD ini para pakar bersepakat bahwa sub indikator penyakit tuberkulosis dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan yang terkait dengan *Millenium Development Goals* (MDGs) akan dibuat sesederhana mungkin tetapi masih bisa mewakili seluruh kegiatan penanggulangan penyakit tuberkulosis. Untuk itu para pakar peserta diskusi kurang sependapat dengan pendapat pelaksana lapangan dalam hasil NGT yang menurut para pakar cenderung mempersulit pelaksanaan di lapangan.

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* sub indikator Standar Pelayanan Minimal yang terkait dengan *Millenium Development Goals* adalah sebagai berikut:

1. Indikator penemuan penderita tuberkulosis
Penemuan suspek penderita tuberkulosis yang berupa batuk berdahak lebih dari 2 minggu yang tidak bisa dijelaskan penyebabnya. Sedang pada anak ada riwayat kontak dengan pasien yang didiagnosa menderita penyakit tuberkulosis.
Untuk sub indikator penemuan ini para pakar peserta diskusi merekomendasikan masih diperlukannya formulasi metode diagnosa penyakit tuberkulosis yang baku sebagai acuan seluruh pelaksana di lapangan.
2. Indikator penanganan pasien tuberkulosis
Success rate 90% dengan *cure rate* minimal 85%.
Success rate adalah tingkat keberhasilan minum obat atau persentase yang menyelesaikan minum obat dari seluruh penderita penyakit tuberkulosis yang berhasil ditemukan. Sedang *cure rate* adalah tingkat keberhasilan/kesembuhan dari seluruh penderita penyakit tuberkulosis yang berhasil ditemukan dan diobati.
3. Indikator surveilans penyakit tuberkulosis
Tingkat validitas pencatatan & pelaporan yang standar. Untuk melaksanakan indikator ke-tiga ini para pakar peserta diskusi merekomendasikan masih perlunya sebuah formulasi pencatatan pelaporan yang baku dan cara pengukuran validitasnya.

PEMBAHASAN

Kebijakan Tuberkulosis

Diperkirakan sekitar sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Pada tahun 1995, diperkirakan ada 9 juta pasien TB baru dan 3 juta kematian akibat TB diseluruh dunia. Diperkirakan 95% kasus TB dan 98% kematian akibat TB didunia, terjadi pada negara-negara berkembang (Kemenkes RI., 2009).

Sekitar 75% pasien TB adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15–50 tahun). Diperkirakan seorang pasien TB dewasa, akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20–30%. Jika ia meninggal akibat TB, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TB juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat (Kemenkes RI., 2009; WHO, 2011).

Di level global, situasi penyakit tuberkulosis semakin memburuk, jumlah kasus penyakit tuberkulosis meningkat dan banyak yang tidak berhasil disembuhkan, terutama pada negara yang dikelompokkan dalam 22 negara dengan masalah penyakit tuberkulosis besar (*high burden countries*). Menyikapi hal tersebut, pada tahun 1993, WHO mencanangkan penyakit tuberkulosis sebagai kedaruratan dunia (*global emergency*) (Kemenkes RI., 2009).

Munculnya pandemi HIV/AIDS di dunia menambah permasalahan penyakit tuberkulosis. Koinfeksi dengan HIV akan meningkatkan risiko kejadian penyakit tuberkulosis secara signifikan. Pada saat yang sama, kekebalan ganda kuman penyakit tuberkulosis terhadap obat anti tuberkulosis (*Multi Drug Resistance = MDR*) semakin menjadi masalah akibat kasus yang tidak berhasil disembuhkan. Keadaan tersebut pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya epidemi tuberkulosis yang sulit ditangani. Diperkirakan pada tahun 2004, setiap tahun ada 539.000 kasus baru dan kematian 101.000 orang dengan Insidensi kasus TB BTA positif sekitar 110 per 100.000 penduduk (Kemenkes RI., 2009).

Di tingkat global WHO telah merekomendasikan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) sebagai strategi dalam penanggulangan TB sejak tahun 1995. Bank Dunia menyatakan strategi DOTS sebagai salah satu intervensi kesehatan yang paling efektif. Integrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar sangat dianjurkan demi efisiensi dan efektifitasnya. Satu studi *cost benefit* yang dilakukan oleh WHO di Indonesia menggambarkan bahwa dengan menggunakan strategi DOTS dapat menghemat biaya program penanggulangan TB sebesar US\$ 55 selama 20 tahun (Kemenkes RI., 2009).

Rencana global untuk penanggulangan tuberkulosis (Global Plan to Stop TB) menetapkan agenda yang ambisius untuk menjangkau lebih banyak orang daripada sebelumnya dengan metode diagnosis tuberkulosis yang akurat dan pengobatan yang efektif. Saat ini ada kekurangan lebih dari US \$ 10 miliar dalam pendanaan yang diperlukan untuk memenuhi ambisi tersebut saat ini sampai dengan tahun 2015, namun dengan pertimbangan *human cost* (biaya kemanusiaan) yang lebih besar jika dunia gagal untuk mencapainya (WHO, 2010).

Strategi DOTS sendiri terdiri dari 5 (lima) komponen kunci. Kelima komponen tersebut adalah: 1) Komitmen politis, 2) Pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya, 3) Pengobatan jangka pendek yang standar bagi semua kasus TB dengan tatalaksana kasus yang tepat, termasuk pengawasan langsung pengobatan, 4) Jaminan ketersediaan OAT yang bermutu, 5) Sistem pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program secara keseluruhan (Kemenkes RI., 2009; WHO, 2010).

Tuberkulosis termasuk salah satu tujuan dari Tujuan Pembangunan Global (*Millenium Development Goals/MDGs*). Tuberkulosis masuk pada tujuan ke-6, yaitu '*Combat HIV/AIDS, Malaria and Other Diseases*' (Penanggulangan HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Lainnya). Masuk sebagai Target 6c, yaitu '*Halt and begin to reverse the incidence of malaria and other major diseases*' (Menghentikan dan mulai membalik tingkat penyebaran malaria dan penyakit utama lainnya), Indikator 6.9, yaitu '*Incidence, prevalence and death rates associated with TB*' (Insidensi, prevalensi dan angka kematian yang berhubungan dengan tuberkulosis) (WHO, 2011).

Di tingkat nasional, situasi perkembangan penyakit tuberkulosis sama saja dengan situasi di level global. Fakta menunjukkan bahwa penyakit tuberkulosis masih merupakan masalah utama kesehatan masyarakat Indonesia. Indonesia merupakan negara dengan pasien TB terbanyak ke-3 di dunia setelah India dan Cina. Diperkirakan jumlah pasien TB di Indonesia sekitar 10% dari total jumlah pasien TB didunia.

Tahun 1995, hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa penyakit TB merupakan penyebab kematian nomor tiga (3) setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan pada semua kelompok usia, dan nomor satu (1) dari golongan penyakit infeksi. Sedang hasil Survei Prevalensi TB di Indonesia tahun 2004 menunjukkan bahwa angka prevalensi TB BTA positif secara Nasional 110 per 100.000 penduduk. Berdasarkan hasil survey yang sama, diperkirakan penurunan insiden TB Basil Tahan Asam (BTA) positif secara Nasional 2–3% setiap tahunnya. Sampai tahun 2005, program Penanggulangan penyakit tuberkulosis dengan Strategi DOTS menjangkau 98% Puskesmas, sementara rumah sakit dan Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM)/Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM)/Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru/Rumah Sakit Paru (RSP) baru sekitar 30% (Kemenkes RI., 2009).

Kebijakan penanggulangan penyakit tuberkulosis termaktub dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 364/Menkes/SK/V/2009 tentang Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis. Secara garis besar ada 14 (empat belas) poin dari isi kebijakan tersebut, antara lain:

1. Penanggulangan TB dilaksanakan sesuai dengan azas desentralisasi yaitu kabupaten/kota sebagai titik berat manajemen program yang meliputi: perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta menjamin ketersediaan sumber daya manusia, sarana dan prasarana.
2. Penanggulangan TB dilaksanakan dengan menggunakan strategi DOTS
3. Penguatan kebijakan untuk meningkatkan komitmen daerah terhadap program penanggulangan TB.
4. Pengembangan strategi DOTS untuk peningkatan mutu pelayanan, kemudahan akses, penemuan dan pengobatan sehingga mampu memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya TB-MDR

5. Penanggulangan TB dilaksanakan oleh seluruh sarana pelayanan kesehatan, meliputi Puskesmas, Rumah Sakit Umum Pemerintah dan Swasta, Rumah Sakit Paru (RSP), Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM), Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM), Balai Pengobatan Penyakit Paru Paru (BP4), dan Klinik Pengobatan lain serta Dokter Praktik Swasta (DPS).
6. Pengembangan pelaksanaan program penanggulangan TB di tempat kerja (*TB in workplaces*), Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan (*TB in prison*), TNI dan POLRI.
7. Program penanggulangan TB dengan pendekatan program DOTS Plus (MDR), Kolaborasi TB-HIV, PAL (*Practical Approach to Lung Health*), dan HDL (*Hospital DOTS Linkages*).
8. Penanggulangan TB dilaksanakan melalui promosi, penggalangan kerja sama/kemitraan dengan lintas program dan sektor terkait, pemerintah dan swasta dalam wadah Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan TB (Gerdunas TB).
9. Peningkatan kemampuan laboratorium TB di berbagai tingkat pelayanan ditujukan untuk peningkatan mutu pelayanan dan jejaring.
10. Menjamin ketersediaan Obat Anti TB (OAT) untuk penanggulangan TB dan diberikan kepada pasien secara cuma-cuma.
11. Menjamin ketersediaan sumberdaya manusia yang kompeten dalam jumlah yang memadai untuk meningkatkan dan mempertahankan kinerja program.
12. Penanggulangan TB lebih diprioritaskan kepada kelompok miskin dan kelompok rentan terhadap TB.
13. Menghilangkan stigma masyarakat terhadap Pasien TB agar tidak dikucilkan dari keluarga, masyarakat dan pekerjaannya.
14. Memperhatikan komitmen internasional yang termuat dalam MDGs.

Bila kebijakan penanggulangan penyakit tuberkulosis yang sudah selaras antara kebijakan di tingkat global maupun tingkat nasional ini betul-betul dijalankan dengan konsekuen, maka bisa diprediksikan kita akan mampu menurunkan prevalensi penyakit

yang sangat lekat dengan stigma dan kemiskinan ini di level nasional.

Sub Indikator SPM Tuberkulosis

Penemuan pasien merupakan langkah pertama dalam kegiatan program penanggulangan TB. Kegiatan penemuan pasien terdiri dari penjarangan suspek, diagnosis, penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien (Kemenkes RI., 2009).

Strategi penemuan pasien tuberkulosis yang dipakai oleh Kementerian Kesehatan seperti tertulis dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 364/Menkes/SK/V/2009 tentang Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis adalah sebagai berikut;

1. Penemuan pasien TB dilakukan secara pasif dengan promosi aktif. Penjarangan tersangka pasien dilakukan di unit pelayanan kesehatan; didukung dengan penyuluhan secara aktif, baik oleh petugas kesehatan maupun masyarakat, untuk meningkatkan cakupan penemuan tersangka pasien TB.
2. Pemeriksaan terhadap kontak pasien TB, terutama mereka yang BTA positif dan pada keluarga anak yang menderita TB yang menunjukkan gejala sama, harus diperiksa dahaknya.
3. Penemuan secara aktif dari rumah ke rumah, dianggap tidak *cost* efektif.

Berdasarkan kesepakatan dalam FGD para pakar penyakit tuberkulosis memilih '*Penemuan Suspek Penderita Tuberkulosis Yang Berupa Batuk Berdahak Lebih dari 2 Minggu yang Tidak Bisa Dijelaskan Penyebabnya. Sedang pada Anak Ada Riwayat Kontak dengan Pasien yang Didiagnosa Menderita Penyakit Tuberkulosis*' sebagai sub indikator penemuan pasien tuberkulosis. Dibedakannya penemuan suspek pada anak dari orang dewasa lebih karena metode penemuan suspek pada orang dewasa tidak *applicable* bila diterapkan pada anak-anak. Metode penemuan suspek pasien tuberkulosis pada anak-anak ini belum terwadahi dalam kebijakan penanggulangan penyakit tuberkulosis yang telah ada sebelumnya.

Indikator penanganan pasien tuberkulosis yang merupakan titik berat pada proses pengobatan menurut para pakar sudah cukup baik penanganannya. Sistem pengobatan di tingkat nasional juga sudah *up to date* sesuai dengan perkembangan pengobatan di tingkat

global. Untuk itu para pakar penyakit tuberkulosis mengajukan '*Success Rate 90% dengan Cure Rate Minimal 85%*' sebagai sub indikator penanganan pasien tuberkulosis.

Success rate adalah tingkat keberhasilan minum obat atau persentase yang menyelesaikan minum obat dari seluruh penderita penyakit tuberkulosis yang berhasil ditemukan. Sedang *cure rate* adalah tingkat keberhasilan/kesembuhan dari seluruh penderita penyakit tuberkulosis yang berhasil ditemukan dan diobati (Kemenkes RI., 2009).

Proses surveilans menduduki proses yang sangat penting selain dua proses sebelumnya. Menurut WHO, surveilans adalah proses pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data secara sistematis dan terus menerus serta penyebaran informasi kepada unit yang membutuhkan untuk dapat mengambil tindakan (Kemenkes RI., 2003a). Sedang menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, seperti termaktub dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1479/Menkes/SK/X/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit tidak Menular Terpadu, surveilans adalah kegiatan analisis secara sistematis dan terus menerus terhadap penyakit atau masalah-masalah kesehatan dan kondisi yang memengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah-masalah kesehatan tersebut, agar dapat melakukan tindakan penanggulangan secara efektif dan efisien melalui proses pengumpulan data, pengolahan dan penyebaran informasi epidemiologi kepada penyelenggara program kesehatan (Kemenkes RI., 2003c.).

Pemilihan '*Tingkat Validitas Pencatatan & Pelaporan yang Standar*' oleh para pakar peserta FGD sebagai sub indikator surveilans penyakit tuberkulosis semakin menegaskan betapa vitalnya informasi yang valid yang dimulai dari proses pencatatan dan pelaporan yang valid.

Dalam diskusi bersama pakar penyakit tuberkulosis yang berkembang adalah bahwa usulan para pelaksana lapangan yang merupakan hasil *Nominal Group Technique* (NGT) sering kali terlalu rumit dan tidak *applicable*. Menurut para pakar sub indikator itu cenderung sulit dan bahkan tidak bisa dilaksanakan di lapangan, dan cenderung mempersulit para pelaksana lapangan itu sendiri.

Salah satu contohnya adalah pemilihan foto thorax sebagai indikator penemuan suspect

penderita tuberkulosis, yang menurut para pakar hal tersebut tidak berhubungan. Sub indikator ini justru dikemukakan para pelaksana lapangan di dua kabupaten/kota di Propinsi Papua Barat yang seperti diketahui bersama ketersediaan sarana-prasarana masih menjadi masalah.

Contoh lainnya adalah usulan ketersediaan obat anti tuberkulosis (OAT) yang diusulkan tersedia di level pelayanan. Para pakar terutama dari pemegang program kurang setuju dengan usulan para pelaksana lapangan ini, mereka menyatakan bahwa untuk OAT lini ke-dua seharusnya hanya tersedia di level program saja, bukannya di level pelayanan. Hal ini menjadi masuk akal bila kita beranggapan bahwa OAT lini ke-dua lebih merupakan pengobatan lanjutan bila OAT lini pertama menemui kegagalan.

Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini metodologi untuk pemilihan para pelaksana lapangan peserta *Nominal Group Technique* (NGT) diserahkan sepenuhnya pada pemegang program tuberkulosis di tingkat kabupaten/kota. Kriterianya adalah pelaksana lapangan (kepala puskesmas atau dokter puskesmas dan pemegang program) di puskesmas dengan tingkat pencapaian indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan untuk penanggulangan penyakit tuberkulosis yang mewakili prevalensi tinggi, sedang dan rendah.

Konsekuensi dari metode pemilihan ini menurut para pakar peserta *Fokus Group Discussion* (FGD) adalah keterbatasan bahwa ada kemungkinan para pelaksana lapangan yang terpilih tersebut belum terlatih dalam hal penyakit tuberkulosis. Meski dalam pemilihan metode ini peneliti beralasan bahwa pemilihan pelaksana lapangan sebagai peserta NGT berdasarkan kondisi realitas yang ada di lapangan, dan bahwa akan dimungkinkan terpilihnya petugas pelaksana lapangan yang belum terlatih, maka hal tersebut merupakan gambaran realitas yang ada di lapangan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian maka dapat disimpulkan bahwa kebijakan penanggulangan penyakit tuberkulosis di tingkat nasional maupun global sudah *pro poor*, atau mengadopsi kepentingan rakyat miskin, sudah berpihak kepada rakyat miskin.

Ada 3 (tiga) sub indikator penanggulangan penyakit tuberkulosis yang dapat dipergunakan sebagai indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan yang terkait dengan indikator Millenium Development Goals (MDGs), yaitu: a) Indikator Penemuan; Penemuan suspek penderita tuberkulosis yang berupa batuk berdarah lebih dari 2 minggu yang tidak bisa dijelaskan penyebabnya. Sedang pada anak ada riwayat kontak dengan pasien yang didiagnosa menderita penyakit tuberkulosis; b) Indikator Penanganan; *Success rate* 90% dengan *cure rate* minimal 85%; c) Indikator Surveilans; Tingkat validitas pencatatan & pelaporan yang standar.

Saran

Program perlu mengaplikasikan indikator penanggulangan penyakit tuberkulosis yang lebih sensitif, yang bisa mewakili seluruh kegiatan penanggulangan penyakit tuberkulosis.

Masih diperlukan kajian lebih lanjut untuk indikator penemuan dengan menentukan metode diagnosa penyakit tuberkulosis yang baku sebagai acuan seluruh pelaksana di lapangan.

Masih diperlukan kajian lebih lanjut untuk indikator surveilans, yaitu untuk menyusun sebuah formulasi pencatatan pelaporan yang baku dan cara pengukuran validitasnya.

Bila sub indikator penemuan, penanganan dan surveilans penyakit tuberkulosis ini disepakati sebagai indikator SPM bidang Kesehatan untuk penyakit tuberkulosis, maka perlu kajian lebih lanjut untuk penentuan target pencapaian setiap tahunnya.

DAFTAR PUSTAKA

Badan Litbang, Kemenkes RI. 2009. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007*, Jakarta.

Bappenas. 2008. *Laporan Millenium Development Goals (MDG) Indonesia*, Jakarta.

Kemenkes RI. 2003a. *Kepmenkes No. 1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan*, Jakarta.

Kemenkes RI. 2003b. *Kepmenkes No. 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*, Jakarta.

Kemenkes RI. 2003c. *Kepmenkes No. 1479/Menkes/SK/X/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit tidak Menular Terpadu*, Jakarta.

Kemenkes RI. 2007. *Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal*, Jakarta.

Kemenkes RI. 2008a. *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*, Jakarta.

Kemenkes RI. 2008b. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*, Jakarta.

Kemenkes RI. 2009. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 364/Menkes/SK/V/2009 tentang Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis (TB)*. Jakarta.

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2010. *Laporan Trimester Pertama Perkembangan HIV-AIDS di Indonesia*, Jakarta. KPAN.

Krippendorff, Klaus, 2004. *Content Analysis, An Introduction to Its Methodology*. Sage Publications, California.

Murti B. 2006. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press.

Okezone. 2008. *Pencapaian Target MDGs Terkendala Beban Utang*. Diunduh dari <http://economy.okezone.com/index.php/ReadStory/2008/09/25/20/149390/pencapaian-target-mdgs-terkendala-beban-utang> pada bulan Juli 2010.

Republik Indonesia. 2005. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal*, Jakarta.

Republik Indonesia. 2007. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota*. Jakarta.

Setiawan, Nugraha, 2005. *Perubahan Konsep Perkotaan di Indonesia dan Implikasinya terhadap Analisis Urbanisasi*. Universitas Padjadjaran, Bandung.

Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2006. *International Standards for Tuberculosis Care (ISTC)*. The Hague: Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, Geneva.

UNDP, 2010. *Basic facts about MDGs*. Diunduh dari <http://www.undp.org> pada bulan Juli 2010-07-10.

United Nations. 2010. *Millenium Development Goals*.

Wikipedia. 2010. *Sasaran Pembangunan Milenium*. Diunduh dari <http://id.wikipedia.org> pada bulan Juli 2010.

World Health Organisation, 2011. *Global Tuberculosis Control; WHO Report*. WHO, Geneva.

World Health Organization. 2004. *Kebijakan Sementara Kegiatan Kerja sama TB/HIV (Terjemahan)*. Stop TB Department and Department of HIV/AIDS, WHO, Geneva.

World Health Organization. 2010. *The Global Plan to Stop TB 2011–2015, Transforming the Fight Toward*

Elimination of Tuberculosis. Stop TB Department, WHO, Geneva.

World Health Organization. 2010. *Treatment of Tuberculosis Guidelines, Fourth Edition*. WHO, Geneva.