

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Upaya peningkatan kualitas hidup manusia di bidang kesehatan, merupakan suatu usaha yang sangat luas dan menyeluruh, usaha tersebut meliputi peningkatan kesehatan masyarakat baik secara fisik maupun non-fisik¹ Bahder Johan Nasution lebih lanjut mengemukakan bahwa jika dilihat dari aspek yuridisnya, dengan dikembangkannya sistem kesehatan nasional, sudah tiba saatnya untuk mengkaji kembali dan melengkapi peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan, dengan mengeluarkan berbagai produk pokok hukum yang lebih sesuai serta dapat:

1. Mendukung adanya sarana pelayanan, program, dan kegiatan dalam seluruh upaya kesehatan yang sudah atau akan dikembangkan, baik oleh pemerintah maupun masyarakat termasuk sektor swasta;
2. Memperhatikan kepentingan daerah dan diselaraskan dengan peraturan perundang-undangan di sektor lain yang berkaitan dengan upaya kesehatan;

¹ Bahder Johan Nasution, "Upaya Peningkatan Kualitas Hidup Manusia Di Bidang Kesehatan," *Www. Mpr. Go. Id*, 2018, 31.

3. Berfungsi mendorong pengembangan upaya kesehatan yang diinginkan di masa mendatang sesuai dengan tuntutan masyarakat yang dilayani;
4. Mengatur kewenangan tiap tingkatan upaya kesehatan;
5. Mengatur kewenangan dan tanggung jawab pembiayaan upaya kesehatan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah;
6. Mengatur wewenang dan tanggung jawab serta dapat memberikan perlindungan hukum, bagi penerima dan pemberi jasa upaya kesehatan;
7. Mengatur kualitas upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah dan masyarakat termasuk swasta;
8. Mengganti produk hukum yang tidak sesuai dengan situasi dan kondisi;
9. Memuat sanksi hukum yang sepadan, sehingga setiap pelanggar dapat ditindak sebagaimana mestinya.

Upaya kesehatan merupakan setiap kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi

pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi² hal ini mendorong para tenaga ahli selalu mengadakan riset terhadap berbagai penyakit termasuk salah satunya adalah penyakit menular demi mengatasi kejadian penderitaan dan kematian akibat penyakit ilmu yang mempelajari tentang frekuensi dan distribusi (penyebaran) serta determinan masalah kesehatan pada sekelompok orang atau masyarakat serta determinasinya (faktor-faktor yang mempengaruhinya).³

Salah satunya adalah Tuberkulosis (TB) adalah suatu penyakit granulomatosa kronis menular yang disebabkan oleh MT. Penyakit ini biasanya mengenai paru, tetapi dapat menyerang semua organ atau jaringan tubuh,⁴ misalnya pada *lymph node*, *pleura* dan *area osteoartikular*. Biasanya pada bagian tengah *granuloma tuberkel* mengalami *nekrosis perkijuan*⁵ Dimana *Mikobakterium ini* ditransmisikan melalui droplet di udara, sehingga seorang penderita *Tuberkulosis* paru merupakan sumber penyebab penularan *Tuberkulosis* paru pada populasi disekitarnya. Sampai saat ini penyakit

² “Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan,” 2009, 49–56.

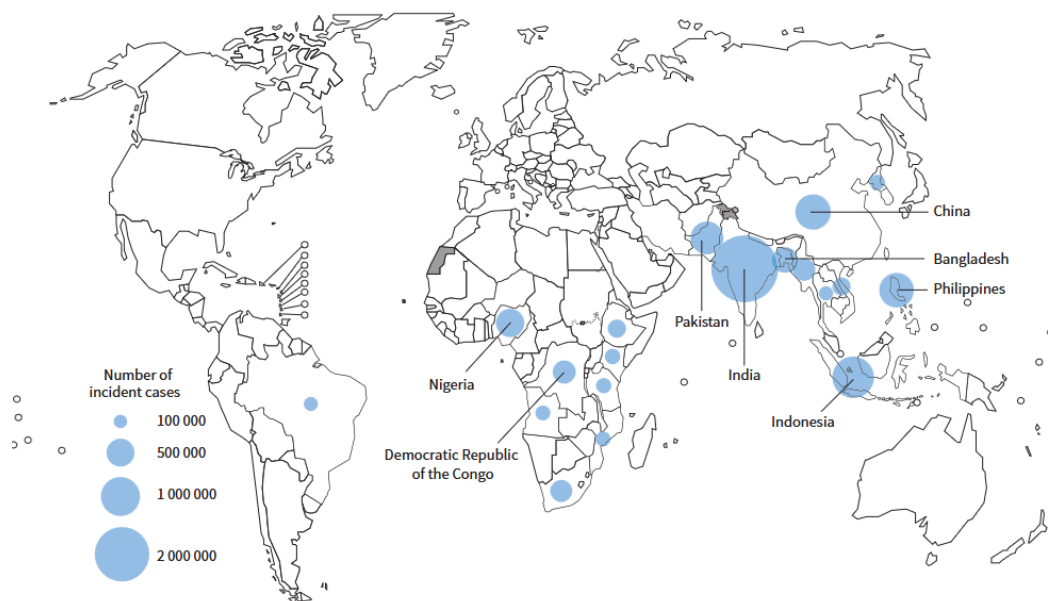
³ S.kg. Dr. h. masriadi, s.km., s.pd.i., *Epidemiologi Penyakit Menular, Pengaruh Kualitas Pelayanan... Jurnal EMBA*, vol. 109, 2016.

⁴ Dr. h. masriadi, s.km., s.pd.i.

⁵ R I Depkes, “Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis,” *Jakarta: Depkes RI*, 2002.

Tuberkulosis paru masih menjadi masalah kesehatan yang utama, baik di dunia maupun di Indonesia

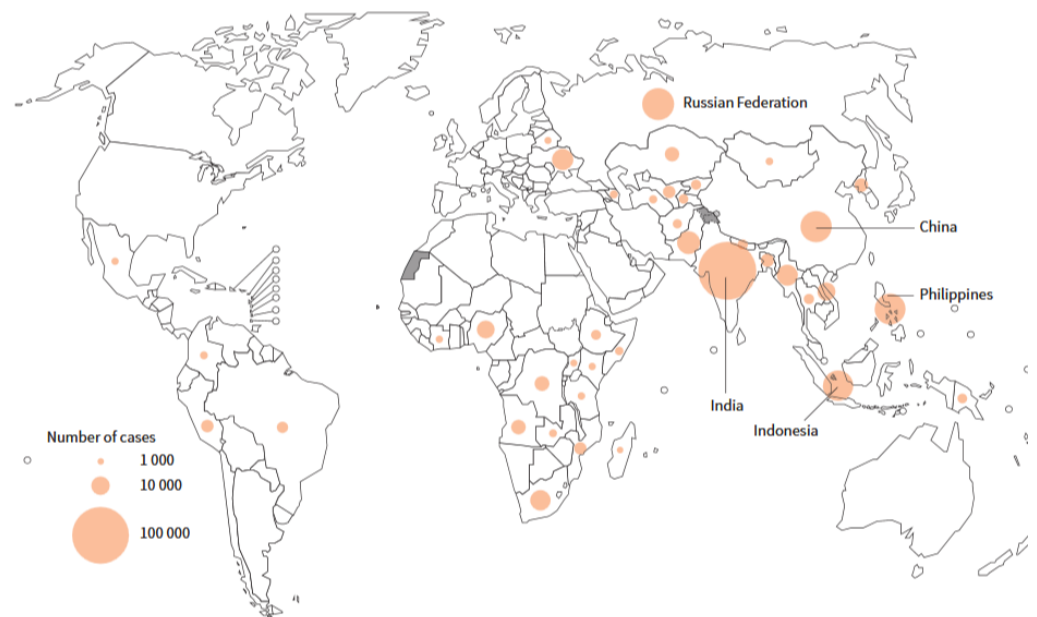
Secara Global Menurut Laporan tuberkulosis global tahun 2024⁶ beban negara menyumbang 87% dari seluruh perkiraan kasus insiden di seluruh dunia, dengan delapan negara di antaranya terhitung lebih dari dua pertiga dari total global: India (26%), Indonesia (10%), Tiongkok (6,8%), Filipina (6,8%), Pakistan (6,3%), Nigeria (4,6%), Bangladesh (3,5%) dan Republik Demokratik Kongo (3,1%). Lima negara teratas menyumbang 56% dari total global.



Gambar I Perkiraan jumlah insiden kasus TBC pada tahun 2024, untuk negara-negara dengan sedikitnya 100.000 insiden kasus

⁶ World Health Organization 2024, *2024 Global Tuberculosis Report*, 2024.

Dimana Indonesia merupakan negara dengan estimasi jumlah kasus dan kematian tertinggi ke-2 dengan menyumbang lebih dari setengahnya jumlah global orang diperkirakan telah mengembangkan MDR/RR-TB pada tahun 2024: India (27%), Federasi Rusia (7,4%), indonesia (7,4%), Tiongkok (7,3%) dan Filipina pinus (7,2%) (Gbr. 8). Proporsi penduduk tertinggi dengan TB yang menderita MDR/RR-TB (>50% dari pasien yang pernah diobati sebelumnya) ed kasus pada tahun 2024) ditemukan di Federasi Rusia dan di beberapa negara di Eropa Timur dan Tengah Asia Area yang diarsir biru mewakili 95% ketidakpastian interval perkiraan jumlah kematian sebenarnya disebabkan oleh TBC menunjukkan perkiraan jumlah kematian yang akan terjadi disebabkan oleh TBC tanpa adanya COVID-19 pandemi; daerah yang diarsir merah menunjukkan kelebihan jumlah kematian akibat TBC



Gambar 2 perkiraan jumlah orang yang mengembangkan MDR/RR-TB (kasus insiden) pada tahun 2024, untuk negara dengan setidaknya 1000 kasus insiden

Dengan kata lain Indonesia mengalami peningkatan dimana pada Tahun 2010 berada pada ranking ke-lima negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Estimasi prevalensi TB semua kasus adalah sebesar 660,000⁷ dan estimasi insidensi berjumlah 430,000 kasus baru per tahun. Jumlah kematian akibat TB diperkirakan 61,000 kematian per tahunnya. Estimasi nasional prevalensi HIV pada pasien TB baru adalah 2.8%

⁷ World Health Organization, *Global Tuberculosis Control: Epidemiology, Strategy, Financing: WHO Report 2009* (World Health Organization, 2009).

Di Kota Semarang Menurut Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit,⁸ Dani Miarso, SKM mengungkapkan bahwa di tahun 2023 insidensi kasus TBC di Kota Semarang masih cukup tinggi yaitu 299 per 100.000 penduduk, yang artinya setiap 100.000 orang di Kota Semarang terdapat 299 orang di antaranya menderita TBC. Sedangkan target *incidence rate* untuk mencapai eliminasi TBC tahun 2028 yaitu 65 per 100.000 penduduk. Dengan kompleksitas faktor penanggulangan TBC, maka selain komitmen dari Pemerintah Daerah Kota Semarang, diperlukan pula upaya signifikan berbasis wilayah. Salah satu terobosan yang dilakukan adalah Program Percepatan Penurunan Penyakit Tuberkulosis Berbasis Kewilayahan di Kota Semarang

Diperkirakan seorang penderita Tuberkulosis paru dewasa Kota Semarang⁹ akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan, hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20-30%. Jika meninggal akibat penyakit Tuberkulosis paru, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun, selain merugikan secara ekonomis, Tuberkulosis paru juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial bahkan kadang dikucilkan oleh

⁸ “Penyusunan Strategi Rencana Aksi Daerah Dalam Upaya Percepatan Penanggulangan TBC Di Kota Semarang,” *Dinkes.Semarangkota*, 2024.

⁹ Dinas Kesehatan, “Jumlah Kasus TBC Yang Ditemukan Dan Diobati Menurut Kabupaten Kota Th 2024 Triwulan 2,” 2024.

masyarakat. Kerugian yang diakibatkan oleh penyakit Tuberkulosis bukan hanya dari aspek kesehatan semata tetapi juga dari aspek sosial ekonomi, dengan demikian Tuberkulosis merupakan ancaman terhadap cita-cita pembangunan dalam meningkatkan kesejahteraan rakyat secara menyeluruh. Karenanya perang terhadap penyakit Tuberkulosis paru berarti pula perang terhadap kemiskinan, ketidakproduktifan dan kelemahan akibat Tuberkulosis.

Saat ini sebagai landasan dalam menata kesehatan adalah Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Dalam dasar pertimbangan bagian a Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 dikatakan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Dasar pertimbangan ini merupakan amanah dari Pasal 28 H ayat (1) UUD 1945 yang mengatakan, bahwa: *“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”*.

Guna memberikan jaminan Hak Asasi Manusia (HAM) sebagai warga negara Indonesia. Penegasan lebih dalam perlindungan kesehatan dituangkan dalam Pasal 4 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa “setiap orang berhak atas kesehatan”. Bersamaan dengan hak masyarakat tersebut terdapat kewajiban dari pemerintah yaitu dalam Pasal 54 Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 ditegaskan bahwa : Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggungjawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara bertanggungjawab, aman dan bermutu, serta merata dan nondiskriminatif.

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

Ketika berbicara tentang pemerintahan daerah, pembentukannya mengacu kepada Pasal 18 UUD 1945 yang membagi wilayah Indonesia atas daerah provinsi dan daerah

provinsi dibagi menjadi atas kabupaten dan kota. Ditiap-tiap daerah provinsi, kabupaten, dan kota mempunyai pemerintahan daerah sebagai penyelenggara pemerintahan di daerah. Berdasarkan ketentuan Pasal 18 UUD 1945, Pemerintah Daerah (Pemda) merupakan penyelenggara pemerintahan di daerah di bawah koordinasi presiden. Kewenangan Pemda dalam mengelola kesehatan di daerah, landasannya dituangkan dalam Pasal 12 ayat (1) huruf b Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2015 Tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang yang menyebutkan “ “Urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan merupakan urusan dalam skala Provinsi yang meliputi: ... b. penanganan bidang kesehatan; ... Oleh karena itu, mengingat tingginya kasus Tuberkulosis di Kota Semarang dan akibat menurunkan produktifitas dan derajat kesehatan masyarakat, maka melakukan suatu kajian terkait penanggulangan Tuberkulosis dalam bentuk naskah akademik rancangan peraturan daerah sebagai dasar dalam menyusun suatu kebijakan yang lebih jelas melalui perumusan Rancangan Peraturan Daerah tentang Tuberkulosis di Kota Semarang.

B. Identifikasi Masalah

Pasal 18 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menyatakan bahwa pemerintahan daerah berhak menetapkan peraturan daerah dan peraturan-peraturan lain untuk melaksanakan otonomi daerah dan tugas pembantuan. Fungsi tersebut ditegaskan kembali dalam Pasal 236 ayat (1) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2015 Tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014, bahwa Perda dibentuk dalam rangka penyelenggaraan otonomi daerah Provinsi/kabupaten/kota dan tugas pembantuan. Perda merupakan penjabaran lebih lanjut dari peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi dengan memperhatikan ciri khas masing-masing daerah yang merupakan salah satu karakteristik dari asas otonomi daerah. Fungsi Perda Tentang Tuberkulosis adalah fungsi pelaksanaan otonomi daerah karena penanganan bidang kesehatan merupakan kewajiban daerah dalam rangka otonomi daerah.

Pasal 12 ayat (1) huruf b Undang-Undang Pemerintahan Daerah, “Urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan merupakan urusan dalam skala Provinsi yang meliputi: ... b. penanganan bidang kesehatan; ...

Pasal 13 ayat (3) huruf e Undang-Undang Pemerintahan Daerah, untuk Propinsi “yang menjadi kewenangan meliputi wilayah yang berskala lintas kabupaten/kota sedangkan Pasal 13 ayat (4) Undang-Undang Pemerintahan Daerah, untuk Kabupaten/Kota, “yang menjadi kewenangan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota merupakan urusan yang berskala dalam Kabupaten/Kota. Secara umum, Peraturan Daerah (Perda) dapat dibentuk karena 3 (tiga) alasan utama, yaitu :

1. Sebagai pelaksanaan dari perintah peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi;
2. Untuk melaksanakan kewenangan otonomi daerah dalam rangka mengelola pemerintahan di daerah;
3. Untuk mengatasi permasalahan yang khusus/perilaku permasalahan di daerah.

Dengan adanya Adanya kebijakan Tuberkulosis perlu dilaksanakan secara terpadu melalui upaya peningkatan perilaku hidup sehat yang dapat mencegah penularan, memberikan pengobatan/ perawatan/dukungan serta penghargaan terhadap hak-hak pribadi orang serta keluarganya yang secara keseluruhan dapat meminimalisir dampak epidemik dan mencegah diskriminasi.

Di samping itu, perlu ditekankan bahwa dalam hal pembuatan Peraturan Daerah (Perda), ada beberapa kaidah yang digunakan, antara lain :

- a. Perda yang dibuat tidak bertentangan dengan peraturan yang lebih tinggi;
- b. Perda tidak bertentangan dengan kepentingan umum;
- c. Perda yang ada tidak tumpang tindih (*overlapping*) dalam mengatur kewenangan dari *implementing agency*;
- d. Tidak terjadi perbedaan dalam menafsirkan istilah, ciri khas/kondisi khusus daerah;
- e. Ketidaksesuaian dengan kebutuhan hukum dalam masyarakat.

Adanya uraian di atas maka diperoleh rumusan permasalahan meliputi 4 (empat) faktor pokok masalah, yaitu sebagai berikut:

1. Permasalahan apa yang dihadapi oleh Pemerintah Kota Semarang dalam penanggulangan Tuberkulosis yang komprehensif, dengan memperhatikan permasalahan-permasalahan yang dihadapi beserta solusinya dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara?
2. Bagaimana pengaturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis saat ini dan mengapa diperlukan peraturan daerah sebagai dasar hukum Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis di Kota Semarang?

3. Apa yang menjadi pertimbangan atau landasan

filosofis, sosiologis, yuridis pembentukan yang dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis Kota Semarang?

4. Apa sasaran yang akan diwujudkan, ruang lingkup pengaturan, jangkauan dan arah pengaturan dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis Kota Semarang?

C. Tujuan dan Kegunaan Kegiatan Penyusunan Naskah Akademik

Peranan peraturan daerah dalam otonomi daerah meliputi: *Pertama*, perda sebagai instrumen kebijakan dalam melaksanakan otonomi daerah yang luas dan bertanggung jawab. Pada fungsi ini perda sebagai sarana hukum merupakan alat kebijakan daerah untuk melaksanakan otonomi daerah dan tugas pembantuan. Sebagai alat kebijakan daerah tujuan utamanya adalah meningkatkan kesejahteraan masyarakat daerah melalui pembangunan daerah yang berkesinambungan. *Kedua*, perda merupakan pelaksana peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi. Sehingga harus tunduk pada asas tata urutan peraturan perundang-undangan. *Ketiga*, penangkap dan penyalur aspirasi masyarakat daerah. Perda merupakan sarana penyaluran

kondisi khusus daerah dalam konteks dimensi ekonomi, sosial, politik dan budaya. *Keempat*, sebagai alat transformasi perubahan daerah. Dalam fungsi ini, perda turut menentukan keberhasilan pemerintahan dan pembangunan daerah. Kelima, harmonisator berbagai kepentingan. Perda merupakan produk perundang-undangan yang mempertemukan berbagai kepentingan.

Maka sebagai **“payung hukum”** dan **“Memerangi penyakit menular”** Pada tahun 2030, mengakhiri epidemi AIDS, **tuberkulosis**, malaria, dan penyakit tropis yang terabaikan, dan memerangi hepatitis, penyakit bersumber air, serta penyakit menular lainnya di daerah Khususnya Kota Semarang diharapkan dapat mendukung tujuan pencegahan dan Penanggulangan Tuberkulosis yaitu mencegah dan mengurangi penularan Tuberkulosis, meningkatkan kualitas hidup ODHA dan mengurangi dampak sosial ekonomi akibat Tuberkulosis pada individu, keluarga dan masyarakat Oleh karena itu, maka Raperda tentang Penanggulangan Tuberkulosis di Kota Semarang diarahkan untuk :

1. Untuk Mengetahui permasalahan apa yang dihadapi oleh Pemerintah Kota Semarang dalam penanggulangan Tuberkulosis yang komprehensif, dengan memperhatikan permasalahan-permasalahan yang dihadapi beserta

solusinya dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara

2. Untuk Merumuskan pengaturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis saat ini dan mengapa diperlukan peraturan daerah sebagai dasar hukum Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis di Kota Semarang
3. Untuk Mengali pertimbangan filosofis, sosiologis, yuridis pembentukan yang dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis Kota Semarang
4. Untuk Menghasilkan sasaran yang akan diwujudkan, ruang lingkup pengaturan, jangkauan dan arah pengaturan dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis Kota Semarang?

D. Metode Penyusunan

D.1. Jenis Pendekatan

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini Penelitian Hukum Normatif-Empiris (*applied law research*),¹⁰ yaitu suatu penelitian yang menggunakan studi kasus hukum normatif-empiris berupa produk perilaku hukum bahwa untuk melihat permasalahan terkait Penanggulangan

¹⁰ S H I Jonaedi Efendi, S H Johnny Ibrahim, and M M SE, *Metode Penelitian Hukum: Normatif Dan Empiris* (Prenada Media, 2018).

Tuberkulosis di Kota Semarang dengan digunakan pendekatan normatif yaitu pengkajian studi dokumen terhadap peraturan perundang-undangan dan berbagai kebijakan-kebijakan yang berkaitan dengan pokok permasalahan yaitu yang berhubungan dengan Penanggulangan Penanggulangan Tuberkulosis dan laporan hasil dari berbagai pertemuan. Di samping juga dilakukan *Focus Group Discussion* (FGD) dan konsultasi publik (*public hearing*)¹¹

D.2. Jenis dan Sumber Data

Teknik Pengumpulan Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah melalui penelitian kepustakaan (*library research*)¹² untuk mendapatkan konsepsi teori atau doktrin, pendapat atau pemikiran konseptual dan penelitian terdahulu yang berhubungan dengan objek telaahan penelitian ini yang dapat berupa peraturan perundang-undangan dan karya ilmiah lainnya. Data atau bahan penelitian dalam Naskah Akademik ini dihimpun dari beberapa sumber, yaitu :

- 1) Bahan hukum primer, yaitu bahan pustaka yang berisikan pengetahuan ilmiah yang baru maupun

¹¹ Ronny Hanitijo Soemitro, “Metode Penelitian Hukum Dan Jurimetri, Jakarta, PT” (Indonesia, 1990).

¹² Soekanto Soerjono and Sri Mamudji, “Penelitian Hukum Normatif Suatu Tinjauan Singkat” (PT Raja Grafindo Persada, Jakarta, 1995).

mengenai studi gagasan dalam bentuk Undang- Undang.

Adapun yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

- a. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
- b. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat, dan Daerah Istimewa Jogjakarta;
- c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
- d. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
- e. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 184

Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);

f. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);

g. Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 166);

2) Bahan hukum sekunder, yaitu bahan yang memberikan penjelasan mengenai badan hukum primer, seperti hasil-hasil seminar atau pertemuan ilmiah lainnya, bahkan dokumen pribadi atau pendapat dari kalangan pakar hukum sepanjang relevan dengan objek telaahan penelitian¹³.

3) Bahan hukum tersier¹⁴, yaitu bahan hukum penunjang yang memberi petunjuk dan penjelasan terhadap bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder, seperti kamus, majalah maupun dari internet.

¹³ Soerjono and Mamudji.

¹⁴ Soerjono Soekanto, "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dalam Penegakan Hukum" (Jakarta: Rajawali Pers, 2008).

- 4) Data empiris diperoleh dengan melalui wawancara bebas terpimpin, diskusi (focus group discussion), rapat dengar pendapat dan konsultasi publik (*public hearing*)

D.3. Teknik Pengumpulan Data

- 1) Studi kepustakaan,

Studi kepustakaan yaitu suatu bentuk pengumpulan data dengan cara membaca buku literatur, hasil penelitian terdahulu, dan membaca dokumen, peraturan perundang-undangan, yang berhubungan dengan obyek penelitian.

- 2) Wawancara

Wawancara merupakan proses tanya jawab dalam penelitian yang berlangsung secara lisan antara dua orang atau lebih bertatap muka mendengarkan secara langsung informasi-informasi atau keterangan-keterangan.¹⁵

- 3) *Focus Group Discussion* (FGD)

FGD diselenggarakan untuk merumuskan dan menyelesaikan persoalan-persoalan krusial dalam penyusunan peraturan perundang-undangan sehingga

¹⁵ Suharsimi Arikunto, "Metode Penelitian," *Jakarta: Rineka Cipta* 173 (2010).

memperoleh kesepahaman diantara stakeholder yang ada.¹⁶

D.4. Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan proses mengumpulkan dan mengolah data kedalam pola, kategori, dan satuan uraian dasar, sehingga dengan analisis data akan menguraikan dan memecahkan masalah yang diteliti berdasarkan data yang

Dalam penelitian ini digunakan teknik analisis kualitatif. Model analisis kualitatif digunakan model analisis interaktif, yaitu model analisis yang memerlukan tiga komponen berupa reduksi data, sajian data, serta penarikan kesimpulan/verifikasi dengan menggunakan proses siklus¹⁷. Dalam menggunakan analisis kualitatif, maka interpretasi terhadap apa yang ditentukan dan merumuskan kesimpulan akhir digunakan logika atau penalaran sistematis. Ada 3 (tiga) komponen pokok dalam tahapan analisa data, yaitu:

- a. *Data Reduction*¹⁸ merupakan proses seleksi, pemfokusan, penyederhanaan dan abstraksi data kasar

¹⁶ MF Hasan, "Metode Penelitian," 2020.

¹⁷ Mukti Fajar ND and Yulianto Achmad, "Metode Penulisan Hukum," *Fakultas Hukum UMY*, Yogyakarta: Komunika, 2007.

¹⁸ Emily Namey et al., "Data Reduction Techniques for Large Qualitative Data Sets," *Handbook for Team-Based Qualitative Research* 2, no. 1 (2008): 137–61.

yang ada dalam *field note*. Reduksi data dilakukan selama penelitian berlangsung, hasilnya data dapat disederhanakan dan ditransformasikan melalui seleksi, ringkasan serta penggolongan dalam suatu pola.

- b. *Data Display*¹⁹ adalah paduan organisasi informasi yang memungkinkan kesimpulan riset yang dilakukan, sehingga peneliti akan mudah memahami apa yang terjadi dan harus dilakukan.
- c. *Conclusion Drawing*²⁰ adalah berawal dari pengumpulan data peneliti harus mengerti apa arti dari hal-hal yang ditelitinya, dengan cara pencatatan peraturan, pola-pola, pernyataan konfigurasi yang mapan dan arahan sebab akibat, sehingga memudahkan dalam pengambilan kesimpulan.

Tiga komponen analisis data di atas membentuk interaksi dengan proses pengumpulan yang berbentuk siklus (*diagram flow*)²¹

¹⁹ Jenny V Freeman, Stephen J Walters, and Michael J Campbell, *How to Display Data* (John Wiley & Sons, 2011).

²⁰ Jeffrey Kipnis, "Drawing a Conclusion," *Perspecta*, 1986, 94–99.

²¹ H B Sutopo, "Metodologi Penelitian Hukum Kualitatif Bagian II" (UNS Press, Surakarta, 1998).

BAB II

KAJIAN TEORITIS DAN PRAKTIK EMPIRIS

A. Kajian Teori

Ada beberapa pengertian mengenai penyakit antara lain menurut *Gold Medical Dictionary* penyakit adalah kegagalan dari mekanisme adaptasi suatu organisme untuk bereaksi secara tepat terhadap rangsangan atau tekanan sehingga timbul gangguan pada fungsi struktur, bagian, organ atau sistem dari tubuh. Yang mana Tuberculosis (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya dalam Pasal 1 angka 1 UU No. 36

Tahun 2009 diberi pengertian, bahwa : *“Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis”*

1. Pengertian Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah suatu penyakit kronik menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini berbentuk batang dan bersifat tahan asam sehingga sering dikenal dengan Basil Tahan Asam (BTA). Sebagian besar kuman TB sering ditemukan menginfeksi

parenkim paru dan menyebabkan TB paru, namun bakteri ini juga memiliki kemampuan menginfeksi organ tubuh lainnya (TB ekstra paru) seperti pleura, kelenjar limfe, tulang, dan organ ekstra paru lainnya ²².

Tuberculosis (TB) merupakan salah satu dari 10 penyebab kematian teratas dan penyebab utama dari satu agen infeksi. Pada 2019, diperkirakan 10 juta orang terinfeksi TB di seluruh dunia. 5,6 juta laki-laki, 3,2 juta perempuan dan 1,2 juta anak. TB hadir di semua negara dan kelompok umur. Secara keseluruhan 90% penderita TB adalah orang dewasa (≥ 15 tahun), 9% orang hidup dengan HIV (72% di Afrika) dan dua per tiga lainnya tersebar di beberapa negara yaitu India 27%, Tiongkok 9%, Indonesia 8%, Filipina 6%, Nigeria 4%, Bangladesh 4%, Afrika Selatan 3% (4), sedangkan Indonesia menempati prosentase sekitar 5,8% dari total jumlah pasien TB dunia ²³.

a. Cara Penularan

Tuberkulosis adalah penyakit yang menular lewat udara (airborne disease). Penularannya melalui partikel yang dapat terbawa melalui udara (airborne) yang disebut dengan droplet nuklei, dengan ukuran 1 – 5 mikron. Droplet nuklei dapat bertahan di udara hingga beberapa jam tergantung dari kondisi lingkungan. Droplet nuklei memiliki sifat aerodinamis yang memungkinkannya masuk ke dalam saluran napas

²² KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA, *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (Tata Laksana Tuberkulosis)*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2020.

²³ Girin Kartika Sari, Sarifuddin, and Tri Setyawati, "Tuberkulosis Paru Post Wodec Pleural Efusion: Laporan Kasus Pulmonary Tuberculosis Post Wodec Pleural Effusion: Case Report," *Jurnal Medical Profession* 4, no. 2 (2022): 174–82.

melalui inspirasi hingga mencapai bronkiolus respiratorius dan alveolus ²⁴ .

Adapun Cara penularan Tuberkulosis (TB) sebagai berikut :

- a. Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif melalui percikan dahak yang dikeluarkan. Namun, bukan berarti bahwa pasien TB dengan hasil pemeriksaan BTA negatif tidak dapat menularkan, karena sensitivitas dengan pemeriksaan mikroskopis hanya 60%.
- b. Infeksi akan terjadi bila seseorang menghirup udara yang mengandung percikan dahak pasien TB.
- c. Pada waktu pasien batuk, bersin dan bicara dapat mengeluarkan sampai satu juta percikan dahak (*droplet nuclei*) (KemkesRI, revisi 2015) ²⁵.

b. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang sering terjadi pada Tuberkulosis adalah batuk yang tidak spesifik tetapi progresif. Penyakit Tuberkulosis paru biasanya tidak tampak adanya tanda dan gejala yang khas. Biasanya keluhan yang muncul adalah :

- a. Demam terjadi lebih dari satu bulan, biasanya pada pagi hari.
- b. Batuk, terjadi karena adanya iritasi pada bronkus; batuk ini membuang / mengeluarkan produksi radang, dimulai dari batuk kering sampai batuk purulent (menghasilkan sputum).

²⁴ Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, *Tuberkulosis Pedoman Diagnosis Dan Penatalaksanaan Di Indonesia*, Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, vol. 001, 2021.

²⁵ PANDE KADEK SAVITRI DEWANTI, "Hubungan Sanitasi Fisik Rumah Dengan Penderita Tuberkulosis Paru Di Desa Terungan Kecamatan Kintamanu Kabupaten Bangli Tahun 2020," *Politeknik Kesehatan Denpasar*, 2020, 1–64.

- c. Sesak nafas, terjadi bila sudah lanjut dimana infiltrasi radang sampai setengah paru.
- d. Nyeri dada. Nyeri dada ini jarang ditemukan, nyeri timbul bila infiltrasi radang sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis.
- e. Malaise. ditemukan berupa anoreksia, berat badan menurun, sakit kepala, nyeri otot dan keringat di waktu di malam hari ²⁶.

c. Diagnosis Tuberkulosis Paru

Pemeriksaan dahak berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 contoh uji dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa dahak Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS) :

- a. S (sewaktu): dahak ditampung pada saat terduga pasien TB datang berkunjung pertama kali ke fasyankes. Pada saat pulang, terduga pasien membawa sebuah pot dahak untuk menampung dahak pagi pada hari kedua.
- b. P (pagi): dahak ditampung di rumah pada pagi hari kedua, segera setelah bangun tidur. Pot dibawah dan diserahkan sendiri kepada petugas di fasyankes.
- c. S (sewaktu): dahak ditampung di fasyankes pada hari kedua, saat menyerahkan dahak pagi ²⁷.

Diagnosis TB Paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya kuman TB (BTA). Pada program

²⁶ Zanita, "Penatalaksanaan TB Paru," *Jurnal Kesehatan* 53, no. 9 (2019): 1689–99.

²⁷ DEWANTI, "Hubungan Sanitasi Fisik Rumah Dengan Penderita Tuberkulosis Paru Di Desa Terunyan Kecamatan Kintamanu Kabupaten Bangli Tahun 2020."

TB nasional, penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosis utama. Pemeriksaan lain seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya.

Tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya berdasarkan pemeriksaan foto toraks saja. Foto toraks tidak selalu memberikan gambaran yang khas pada TB paru, sehingga sering terjadi overdiagnosis dan Gambaran kelainan radiologik Paru tidak selalu menunjukkan aktifitas penyakit ²⁸.

Untuk Diagnosis TBC pada anak :

- a. Uji tuberculin (Mantoux) Bila uji tuberculin positif, menunjukkan adanya infeksi TB dan kemungkinan ada TB aktif pada anak. Namun, uji tuberculin dapat negative pada anak TB berat dengan alergi (malnutrisi, penyakit sangat berat, dll). Jika uji tuberculin meragukan dilakukan uji silang.
- b. Reaksi cepat BCG Bila dalam penyuntikan BCG terjadi reaksi cepat (dalam 3-7 hari) berupa kemerahan dan indurasi > 5 mm, maka anak tersebut dicurigai telah terinfeksi kuman TB.
- c. Foto roentgen dada Gambaran roentgen TB paru pada anak tidak khas dan interpretasi foto biasanya sulit, harus hati-hati, kemungkinan bisa overdiagnosis atau underdiagnosis.
- d. Pemeriksaan mikrobiologi dan serologi Pemeriksaan BTA secara mikroskopis langsung pada anak

²⁸ Janan Miftakhul, "Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Peningkatan Prevalensi Kejadian TB MDR Di Kabupaten Brebes Tahun 2011-2017," *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI* 08, no. 02 (2019): 64–70.

biasanya dilakukan dengan bilasan lambung karena dahak biasanya sulit didapat pada anak²⁹.

d. Penemuan Penderita Tuberkulosis Paru

Kegiatan penemuan pasien terdiri dari penjangkaran suspek, diagnosis, penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien. Penemuan pasien merupakan langkah pertama dalam kegiatan program penanggulangan TB. Penemuan dan penyembuhan pasien TB menular, secara bermakna akan dapat menurunkan kesakitan dan kematian akibat TB, penularan TB di masyarakat dan sekaligus merupakan kegiatan pencegahan penularan TB yang paling efektif di masyarakat. Strategi untuk penemuan dari penularan TB adalah :

- a. Penemuan pasien TB dilakukan secara pasif dengan promosi aktif. Penjangkaran 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.
- b. Pemeriksaan terhadap kontak pasien TB, terutama mereka yang BTA positif yang menunjukkan gejala sama, harus diperiksa dahaknya.
- c. Penemuan secara aktif dari rumah ke rumah, dianggap tidak cost efektif³⁰.

²⁹ Janan Miftakhul.

³⁰ DEWANTI, "Hubungan Sanitasi Fisik Rumah Dengan Penderita Tuberkulosis Paru Di Desa Terunyan Kecamatan Kintamanu Kabupaten Bangli Tahun 2020."

e. Klasifikasi Penyakit Tuberkulosis Paru dan Tipe Penderita

Penentuan klasifikasi penyakit dan tipe penderita penting dilakukan untuk menetapkan panduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang sesuai dan dilakukan sebelum pengobatan dimulai. Untuk klasifikasi dari penyakit Tuberculosis paru adalah :

a. Tuberculosis Paru

Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak, TBC Paru dibagi dalam :

1) Tuberkulosis Paru BTA (+)

Kriteria hasil dari tuberkulosis paru BTA positif adalah Sekurang-kurangnya 2 pemeriksaan dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA (+) atau 1 spesimen dahak SPS hasilnya (+) dan foto rontgen dada menunjukkan gambaran tuberculosis aktif.

2) Tuberkulosis Paru BTA (-)

Pemeriksaan 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA (-) dan foto rontgen dada menunjukkan gambaran Tuberculosis aktif. TBC Paru BTA (-), rontgen (+) dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan. Bentuk berat bila gambaran foto rontgen dada memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas.

b. Tuberculosis Ekstra Paru

TBC ekstra-paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan penyakitnya, yaitu :

1) TBC ekstra-paru ringan

Misalnya : TBC kelenjar limfe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal.

2) TBC ekstra-paru berat

Misalnya : meningitis, millier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa duplex, TBC tulang belakang, TBC usus, TBC saluran kencing dan alat kelamin³¹.

c. Tipe Penderita

Berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya, ada beberapa tipe penderita yaitu:

- 1) Kasus Baru Adalah penderita yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (30 dosis harian).
- 2) Kambuh (Relaps) Adalah penderita Tuberculosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan Tuberculosis dan telah dinyatakan sembuh, kemudian kembali lagi berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA (+).
- 3) Pindahan (Transfer In) Adalah penderita yang sedang mendapat pengobatan di suatu kabupaten lain dan kemudian pindah berobat ke kabupaten ini. Penderita pindahan tersebut harus membawa surat rujukan/pindah (Form TB.09).
- 4) Setelah Lalai (Pengobatan setelah default/drop out) Adalah penderita yang sudah berobat

³¹ Zanita, "Penatalaksanaan TB Paru."

paling kurang 1 bulan, dan berhenti 2 bulan atau lebih, kemudian datang kembali dengan hasil pemeriksaan dahak BTA (+)³².

f. Pengobatan Tuberkulosis Paru

a. Tujuan pengobatan TB adalah :

- a. Menyembuhkan, mempertahankan kualitas hidup dan produktivitas pasien.
- b. Mencegah kematian akibat TB aktif atau efek lanjutan.
- c. Mencegah kekambuhan TB.
- d. Mengurangi penularan TB kepada orang lain.
- e. Mencegah perkembangan dan penularan resistan obat

b. Prinsip Pengobatan TB :

Obat anti-tuberkulosis (OAT) adalah komponen terpenting dalam pengobatan TB. Pengobatan TB merupakan salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut dari bakteri penyebab TB. Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip:

- a. Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi.
- b. Diberikan dalam dosis yang tepat.
- c. Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO (pengawas menelan obat) sampai selesai masa pengobatan.

³² Zanita.

d. Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup terbagi dalam tahap awal serta tahap lanjutan untuk mencegah kekambuhan³³.

c. Tahapan pengobatan TB terdiri dari 2 tahap, yaitu :

a. Tahap awal

Pengobatan diberikan setiap hari. Dengan tujuan untuk menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resistan sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua pasien baru, harus diberikan selama 2 bulan.

b. Tahap lanjutan

Pengobatan tahap lanjutan bertujuan membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman persisten sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan. Durasi tahap lanjutan selama 4 bulan. Pada fase lanjutan seharusnya obat diberikan setiap hari³⁴.

Pemberian OAT adalah komponen terpenting dalam penanganan tuberkulosis dan merupakan cara yang paling efisien dalam mencegah transmisi TB. Prinsip pengobatan TB yang adekuat meliputi:

³³ INDONESIA, *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (Tata Laksana Tuberkulosis)*.

³⁴ INDONESIA.

1. Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan obat yang meliputi minimal empat macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi terhadap OAT.
2. OAT diberikan dalam dosis yang tepat.
3. OAT ditelan secara teratur dan diawasi oleh pengawas menelan obat (PMO) hingga masa pengobatan selesai.
4. OAT harus diberikan dalam jangka waktu yang cukup, meliputi tahap awal/ fase intensif dan tahap lanjutan. Pada umumnya lama pengobatan TB paru tanpa komplikasi dan komorbid adalah 6 bulan. Pada TB ekstraparu dan TB dengan komorbid, pengobatan dapat membutuhkan waktu lebih dari 6 bulan ³⁵.

Pada tahap awal/fase intensif, OAT diberikan setiap hari. Pemberian OAT pada tahap awal bertujuan untuk menurunkan secara cepat jumlah kuman TB yang terdapat dalam tubuh pasien dan meminimalisasi risiko penularan. Jika pada tahap awal OAT ditelan secara teratur dengan dosis yang tepat, risiko penularan umumnya sudah berkurang setelah dua minggu pertama tahap awal pengobatan.

Tahap awal juga bertujuan untuk memperkecil pengaruh sebagian kecil kuman TB yang mungkin sudah resisten terhadap OAT sejak sebelum dimulai pengobatan. Durasi pengobatan tahap awal pada pasien TB sensitif obat (TB-SO) adalah dua bulan. Pengobatan dilanjutkan dengan tahap lanjutan. Pengobatan tahap

³⁵ Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, *Tuberkulosis Pedoman Diagnosis Dan Penatalaksanaan Di Indonesia*.

lanjutan bertujuan untuk membunuh sisa kuman TB yang tidak mati pada tahap awal sehingga dapat mencegah kekambuhan. Durasi tahap lanjutan berkisar antara 4 – 6 bulan ³⁶.

Paduan obat standar untuk pasien dengan kasus baru
Pasien dengan kasus baru diasumsikan peka terhadap OAT kecuali:

- a. Pasien tinggal di daerah dengan prevalensi tinggi resisten isoniazid atau;
- b. Terdapat riwayat kontak dengan pasien TB resistan obat. Pasien kasus baru seperti ini cenderung memiliki pola resistensi obat yang sama dengan kasus sumber ³⁷.

Pemantauan respon pengobatan Semua pasien harus dipantau untuk menilai respons terapinya. Pemantauan reguler akan memfasilitasi pengobatan lengkap, identifikasi dan tata laksana reaksi obat yang tidak diinginkan. Semua pasien, PMO dan tenaga kesehatan sebaiknya diminta untuk melaporkan gejala TB yang menetap atau muncul kembali, gejala efek samping OAT atau terhentinya pengobatan. Berat badan pasien harus dipantau setiap bulan dan dosis OAT disesuaikan dengan perubahan berat badan. Respon pengobatan TB paru dipantau dengan sputum BTA. Perlu dibuat rekam medis tertulis yang berisi seluruh obat yang diberikan, respons terhadap pemeriksaan bakteriologis, resistensi

³⁶ Perhimpunan Dokter Paru Indonesia.

³⁷ INDONESIA, *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (Tata Laksana Tuberkulosis)*.

obat dan reaksi yang tidak diinginkan untuk setiap pasien pada kartu berobat TB ³⁸.

Pendekatan berdasarkan gejala digunakan untuk penatalaksanaan efek samping umum, yaitu efek samping mayor dan minor. Pada umumnya, pasien yang mengalami efek samping minor sebaiknya tetap melanjutkan pengobatan TB dan diberikan pengobatan simptomatis. Apabila pasien mengalami efek samping berat (mayor), OAT penyebab dapat dihentikan dan pasien segera dirujuk ke pusat kesehatan yang lebih besar atau dokter paru untuk mendapatkan tatalaksana selanjutnya ³⁹.

g. Pencegahan Penyakit Tuberkulosis Paru

Pencegahan penularan Tuberkulosis Paru :

- a. Tutup mulut pada saat batuk dan bersin

TBC menular lewat dahak dan air liur yang keluar dari mulut pengidap TBC, sehingga saat bersin atau batuk harus menutup mulut dengan tisu dan buang ke tempat sampah atau gunakan lengan bagian dalam.

- b. Jangan meludah atau buang dahak sembarangan.

Bakteri yang ada didalam ludah mampu beterbangan di udara dan kemudian dapat terhirup oleh orang-orang sekitar. Jika ingin membuang dahak atau meludah, lakukanlah di kamar mandi. Siram ludah sampai bersih.

³⁸ INDONESIA.

³⁹ Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, *Tuberkulosis Pedoman Diagnosis Dan Penatalaksanaan Di Indonesia*.

- c. Hindari Kontak langsung dengan anak-anak.
- d. Biarkan sinar matahari masuk ke dalam ruangan. Bakteri TB akan dapat mati jika terkena paparan langsung oleh sinar matahari. Maka seringkali membuka jendela ketika cuaca sedang cerah ⁴⁰.

e. Vaksinasi BCG

Vaksinasi Bacillus Calmette et Guerin (BCG) Vaksin BCG masih sangat penting untuk diberikan, meskipun efek proteksi sangat bervariasi, terutama untuk mencegah terjadinya TB berat (TB milier dan meningitis TB) ⁴¹.

f. Pengobatan pencegahan dengan INH

Sekitar 50-60% anak kecil yang tinggal dengan pasien TB paru dewasa dengan BTA sputum positif, akan terinfeksi TB. Kira-kira 10% dari jumlah tersebut akan mengalami sakit TB. Infeksi TB pada anak kecil berisiko tinggi menjadi TB diseminata yang berat (misalnya TB meningitis atau TB milier) sehingga diperlukan pemberian kemoprofilaksis untuk mencegah sakit TB. Profilaksis primer diberikan pada balita sehat yang memiliki kontak dengan pasien TB dewasa dengan BTA sputum positif (+), namun pada evaluasi dengan tidak didapatkan Indikasi gejala dan tanda klinis TB. Obat yang diberikan adalah INH dengan dosis 10 mg/kgBB/hari selama 6 bulan, dengan pemantauan dan evaluasi minimal 1x per bulan.

⁴⁰ Jenita Donsu, Harmilah, and Rita Benya Adriani, "Buku Pencegahan Tuberkulosis Dan Holistic Care," 2019.

⁴¹ INDONESIA, *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (Tata Laksana Tuberkulosis)*.

g. Pengobatan pencegahan dengan 3HP

Selain pemberian INH selama 6 bulan, WHO 2018 juga merekomendasikan pemberian regimen lain, yaitu INH-Rifampisin dan INH-Rifapentin (3HP). Pemberian INH-Rifapentin lebih dipilih karena pemberiannya yang lebih singkat yaitu diberikan 1x per minggu selama 12 minggu. Studi menunjukkan kepatuhan pasien lebih baik pada regimen 3HP sehingga angka keberhasilan menyelesaikan terapi pencegahan lebih tinggi ⁴².

h. Epidemiologi Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit infeksi tertua yang melekat sepanjang sejarah peradaban manusia dan masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang penting di dunia hingga hari ini. Pada tahun 1993, World Health Organization (WHO) telah mencanangkan TB sebagai Global Emergency. Di dunia, penyakit tuberkulosis masih menjadi fokus perhatian masing masing negara dengan angka kejadian morbiditas dan mortalitas yang tinggi (Dos Santos, Lazzari and Silva, 2017).

Meskipun terdapat kemajuan mengenai diagnosa dan terapi, secara global tuberkulosis menyerang sekitar 10 juta manusia dan 1,3 juta meninggal karena tuberculosis pada tahun 2017 (Singh et al., 2019), pada penelitian lain menunjukkan angka yang lebih besar yaitu sekitar 1,6 juta kematian kasus karena tuberkulosis pada tahun 2017 (WHO, 2018; Aggarwal, 2019). Sampai sekarang tuberkulosis merupakan salah

⁴² INDONESIA.

satu dari 10 penyebab utama kematian yang diakibatkan dari agen infeksi bakteri (WHO, 2018) ⁴³.

Berdasarkan Global Tuberculosis Report 2020 yang diterbitkan oleh WHO, diperkirakan pada tahun 2019 terdapat:

- Insidens kasus : 10 juta (8,9 – 11 juta)
- Kasus meninggal (HIV negatif) : 1,2 juta (1,1 – 1,3 juta)
- Kasus meninggal (HIV positif) : 208.000(177.000-242.000)

Jumlah kasus terbanyak adalah pada regio Asia Tenggara (44%), Afrika (25%) dan regio Pasifik Barat (18%). Terdapat 8 negara dengan jumlah kasus TB terbanyak yang mencakup dua pertiga dari seluruh kasus TB global yaitu India (26%), Indonesia (8,5%), Cina (8,4%), Filipina (6%), Pakistan (5,7%), Nigeria (4,4%), Bangladesh (3,6%), dan Afrika Selatan (3,6%). Sebanyak 8,2% kasus TB adalah HIV positif. Pada tahun 2019, diperkirakan sebanyak 3,3% dari TB Paru kasus baru dan 18% dari TB Paru dengan riwayat pengobatan TB sebelumnya merupakan TB multidrug-resistant atau rifampicin-resistant (TB MDR/RR) dengan jumlah absolut sebanyak 465.000 (400.000 – 535.000) kasus TB MDR/RR baru ⁴⁴ . Di Indonesia sendiri diperkirakan pada tahun 2019 terdapat 845.000 (770.000 – 923.000) kasus baru TB Paru, sebanyak 19.000 kasus baru di antaranya merupakan kasus TB-HIV positif. Diperkirakan terdapat 92.000 kematian

⁴³ Universitas Muhammadiyah Surabaya, “Epidemiologi Tuberkulosis,” *Sustainability (Switzerland)* 11, no. 1 (2019): 1–14.

⁴⁴ Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, *Tuberkulosis Pedoman Diagnosis Dan Penatalaksanaan Di Indonesia*.

pada kasus TB-HIV negatif dan 4.700 kematian pada pasien TB-HIV positif.

i. Faktor-faktor Resiko TB

Terdapat beberapa kelompok orang yang memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami penyakit TB, kelompok tersebut adalah :

- a. Orang dengan HIV positif dan penyakit imunokompromais lain.
- b. Orang yang mengonsumsi obat imunosupresan dalam jangka waktu panjang.
- c. Perokok .
- d. Konsumsi alkohol tinggi.
- e. Anak usia <5 tahun dan lansia.
- f. Memiliki kontak erat dengan orang dengan penyakit TB aktif yang infeksius.
- g. Berada di tempat dengan risiko tinggi terinfeksi tuberkulosis (contoh: lembaga permasyarakatan, fasilitas perawatan jangka panjang).
- h. Petugas kesehatan ⁴⁵.
- i. Faktor Risiko Lingkungan diantaranya :
Kepadatan hunian; Ventilasi; Pencahayaan;
Kelembapan; Suhu dan Lantai Rumah ⁴⁶.

2. Pengertian Kesehatan

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan pokok manusia di samping sandang pangan dan papan, tanpa hidup yang sehat, hidup manusia menjadi tanpa arti, sebab dalam keadaan sakit manusia tidak mungkin dapat melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik. Selain itu orang yang sedang sakit (pasien) yang tidak dapat

⁴⁵ INDONESIA, *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (Tata Laksana Tuberkulosis)*.

⁴⁶ Helda Suarni, "Faktor Risiko Tuberkulosis," *Jurnal Kesehatan*, 2022, 7–31.

menyembuhkan penyakitnya sendiri, tidak ada pilihan lain selain meminta pertolongan dari tenaga kesehatan yang dapat menyembuhkan penyakitnya dan tenaga kesehatan tersebut akan melakukan apa yang dikenal dengan upaya kesehatan dengan cara memberikan pelayanan kesehatan⁴⁷.

Menurut WHO, yang dimaksudkan dengan Kesehatan adalah kesehatan adalah keadaan sejahtera badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Hal ini berarti kesehatan seseorang tidak hanya diukur dari aspek fisik, mental, dan sosial saja, tapi juga dapat diukur dari aspek produktivitasnya dalam arti mempunyai pekerjaan atau menghasilkan secara ekonomi. Menurut Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009, kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi⁴⁸.

Kesehatan merupakan bagian terpenting dalam kehidupan manusia, sehat secara jasmani dan rohani. Kesehatan yang perlu diperhatikan selain kesehatan tubuh secara umum, juga kesehatan gigi dan mulut, karena kesehatan gigi dan mulut dapat mempengaruhi kesehatan tubuh secara menyeluruh⁴⁹.

Kesehatan menurut World Health Organization (WHO) didefinisikan sebagai suatu keadaan sejahtera secara fisik,

⁴⁷ Annisa Fitria, "Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Di Rsud Arosuka Kabupaten Solok Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan," *Journal of Chemical Information and Modeling* 53, no. 9 (2020): 1689–99.

⁴⁸ Kadek Rai Widyasari, "Gambaran Tingkat Pengetahuan Tentang Pemeliharaan Kebersihan Gigi Dan Mulut Serta Ohi-S Pada Siswa Kelas Iii Sd Negeri 3 Sesetan Tahun 2019," *Poltekkes Denpasar*, 2020, 1–5.

⁴⁹ Rai Widyasari.

mental dan bukan hanya sekedar tidak memiliki penyakit (Elsevier, 2009). Dalam Undang-Undang Republik Indonesia. Nomor 36 tahun 2009, kesehatan merupakan keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial untuk hidup produktif secara sosial maupun ekonomi. Kesehatan merupakan hal yang sangat penting kaitannya dengan produktivitas seseorang. Pada hakikatnya, setiap manusia membutuhkan kehidupan yang sehat untuk menunjang keberlangsungan hidupnya .

Kesehatan terdiri dari kesehatan individu, kesehatan keluarga dan

kesehatan masyarakat. Khusus kesehatan keluarga, WHO menyatakan bahwa kesehatan keluarga mengandung arti sebagai lembaga sosial primer dalam promosi kesehatan dan kesejahteraan keluarga. Dalam kesehatan keluarga, keluarga merupakan kunci utama bagi kesehatan serta perilaku sehat sakit, oleh karena itu keluarga terlibat langsung dalam mengambil keputusan dan terapeutik pada setiap tahap sehat-sakit anggota keluarga ⁵⁰.

3. Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat merupakan kombinasi antara teori (ilmu) dan praktik (seni) yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang usia hidup, dan meningkatkan kesehatan penduduk (masyarakat), melalui upaya-upaya pengorganisasian masyarakat (Notoatmodjo, 2007) ⁵¹.

Kesehatan masyarakat merupakan salah satu modal pokok dalam rangka pertumbuhan dan kehidupan bangsa. Untuk mewujudkan hal ini secara optimal diselenggarakan

⁵⁰ Nadya, "Definisi Sehat Menurut Who," *Konsep Sehat Dan Sakit* 8, no. 1988 (2018): 1.

⁵¹ Sudarta, "Kesehatan Masyarakat" 16, no. 1 (2022): 1–23.

upaya kesehatan. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan dan tempat yang digunakan untuk menyelenggarakannya disebut sarana kesehatan. Sarana kesehatan berfungsi untuk melakukan upaya kesehatan dasar atau upaya kesehatan rujukan dan atau upaya kesehatan penunjang. Selain itu, sarana kesehatan dapat juga dipergunakan untuk kepentingan pendidikan dan pelatihan serta penelitian, pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan.

Menurut Winslow (1920) kesehatan Masyarakat adalah ilmu atau seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental, dan efisiensi melalui usaha masyarakat yang terorganisir untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, kontrol infeksi di masyarakat, pendidikan individu tentang kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan, untuk diagnosa dini, pencegahan penyakit dan pengembangan aspek sosial, yang akan mendukung agar setiap orang di masyarakat mempunyai standar kehidupan yang kuat untuk menjaga kesehatannya. Manusia hidup penuh dengan resiko mengidap penyakit, dan hidup penuh dengan hal-hal yang dapat membahayakan hidupnya ⁵².

Menurut Winslow, kesehatan masyarakat dapat didefinisikan sebagai ilmu dan seni yang melibatkan upaya bersama dalam mencegah penyakit; memperpanjang hidup; serta meningkatkan kesehatan dan efisiensi melalui upaya bersama dalam masyarakat terorganisir. Upaya ini melibatkan hal-hal sebagai berikut:

⁵² ANDRIANY SRI, "Makalah Ilmu Kesehatan Masyarakat," 2013.

1. Pemeliharaan kebersihan lingkungan.
2. Pengendalian penyebaran infeksi yang dapat ditularkan.
3. Pendidikan individu dalam menjaga kebersihan pribadi.
4. Organisasi layanan medis dan keperawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan pencegahan penyakit.
5. Pengembangan struktur sosial untuk memastikan bahwa setiap orang memiliki standar hidup yang memadai untuk menjaga kesehatan ⁵³.

Kesehatan masyarakat merupakan kombinasi ilmu dan seni dalam mencegah penyakit; memperpanjang usia; serta meningkatkan kesehatan melalui upaya pengorganisasian masyarakat dengan fokus pada hal berikut:

1. Perbaikan sanitasi lingkungan.
2. Pemberantasan penyakit menular.
3. Edukasi terkait kebersihan individu.
4. Pengorganisasian layanan medis dan perawatan untuk deteksi dini serta pengobatan.
5. Pengembangan rekayasa sosial guna memastikan bahwa setiap individu memenuhi kebutuhan hidup yang layak untuk menjaga kesehatannya ⁵⁴.

Upaya-upaya yang dikategorikan sebagai seni atau Penerapan Ilmu Kesehatan Masyarakat adalah sebagai berikut:

1. Pemberantasan penyakit baik menular maupun tidak menular.
2. Perbaikan sanitasi lingkungan.
3. Perbaikan lingkungan pemukiman.

⁵³ Dkk Sutrio, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 2016.

⁵⁴ Sutrio.

4. Pemberantasan vektor.
5. Pendidikan (penyuluhan) kesehatan masyarakat.
6. Pelayanan kesehatan ibu dan anak.
7. Pengawasan sanitasi tempat-tempat umum.
8. Pembinaan gizi masyarakat.
9. Pengawasan obat dan minuman.
10. Pembinaan peran serta masyarakat dan sebagainya ⁵⁵.

Dalam menjelaskan fenomena-fenomena kesehatan di masyarakat, ilmu kesehatan masyarakat memiliki 7 pilar utama yakni:

1. Epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari tentang frekuensi, penyebaran dan determinan masalah kesehatan masyarakat serta cara penanggulangannya. Epidemiologi biasa dikenal sebagai the mother science of public health. Epidemiologi merupakan cabang keilmuan dari Ilmu Kesehatan Masyarakat (Public Health) yang menekankan perhatiannya terhadap keberadaan penyakit dan masalah kesehatan lainnya dalam masyarakat. Keberadaan penyakit masyarakat itu didekati oleh epidemiologi secara kuantitatif. Karena itu, epidemiologi akan mewujudkan dirinya sebagai suatu metode pendekatan banyak memberikan perlakuan kuantitatif dalam menjelaskan masalah kesehatan. Fungsi Epidemiologi berikut ini juga dapat memperkuat pernyataan bahwa epidemiologi merupakan ‘ibu’ dari ilmu kesehatan masyarakat.

⁵⁵ Dkk Sartika, *Prinsip Kesehatan Masyarakat, CV MEDIA SAINS INDONESIA*, vol. 5, 2022.

2. Biostatistik/Statistik Kesehatan merupakan ilmu dasar dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat yang digunakan sebagai metode untuk mempelajari masalah kependudukan.
3. Kesehatan Lingkungan merupakan cabang dari ilmu kesehatan masyarakat yang mencakup semua aspek alam dan lingkungan yang mempengaruhi kesehatan manusia.
4. Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku adalah salah satu cabang ilmu kesehatan masyarakat yang mempelajari ilmu perilaku kesehatan meliputi psikologi social, antropologi kesehatan, sosiologi kesehatan, konseling dan hubungan antar manusia.
5. Administrasi Kesehatan Masyarakat merupakan cabang ilmu kesehatan masyarakat yang mempelajari proses perencanaan, pengorganisasian, pengawasan, pengarahan dan penilaian administrasi dalam bidang kesehatan.
6. Gizi Masyarakat merupakan ilmu yang mempelajari tentang nutrisi yang dibutuhkan tubuh manusia dan manfaatnya terhadap kehidupan manusia.
7. Kesehatan Kerja adalah salah satu cabang ilmu kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk melindungi setiap pekerja dari penyakit akibat kerja ataupun penyakit akibat hubungan kerja dan menjamin pekerja terhindar dari risiko dan bahaya di tempat kerja ⁵⁶.

⁵⁶ Sartika.

Tujuan semua usaha kesehatan masyarakat baik dalam bidang preventif, kuratif maupun rehabilitasi ialah agar setiap warga masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya baik jasmani, rohani maupun sosialnya. Tujuan kesehatan masyarakat terjabarkan dalam 2 kategori yakni tujuan umum dan tujuan khusus. Adapun tujuan umum dan tujuan khusus kesehatan masyarakat adalah sebagai berikut:

1. Umum

Meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan secara mandiri.

2. Khusus

- a. Meningkatkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam pemahaman tentang pengertian sehat sakit.
- b. Meningkatkan kemampuan individu, keluarga kelompok dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan.
- c. Tertangani/terlayani kelompok keluarga rawan, kelompok khusus dan kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan pelayanan kesehatan.

Menurut Prayitno (1994) Ilmu Kesehatan Masyarakat adalah ilmu yang lebih menitikberatkan penanganan kasus-kasus pada upaya-upaya pencegahan, bukan pada upaya kuratif, sebab dalam IKM dikenal adanya 5 tahap pencegahan (The Five Level of Prevention) yang terdiri atas :

1. Upaya Promotive (meningkatkan pemahaman kesehatan).
2. Upaya Preventive (meningkatkan upaya pencegahan penyakit).
3. Upaya Protective (meningkatkan perlindungan terhadap penyakit).
4. Upaya Curative (upaya penyembuhan terhadap penyakit).
5. Upaya Rehabilitative (upaya pemulihan) ⁵⁷.

4. Pembangunan Bidang Kesehatan

Pembangunan kesehatan di Indonesia bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap orang sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Setiap warga negara berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau. Hak akan pelayanan kesehatan merupakan salah satu hak mendasar dari warga negara Indonesia, sehingga pemerintah wajib menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. Salah satu fasilitas pelayanan kesehatan untuk masyarakat yang disediakan adalah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) (Kemenkes, 2015) ⁵⁸.

Salah satu contoh pembangunan kesehatan pada periode 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan

⁵⁷ esaungul, "Pengantar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat (Pendekatan Dan Peran Kesehatan Masyarakat)," 2018.

⁵⁸ Universitas Andalas, "Pembangunan Kesehatan," *Public Health Authority* 85, no. 1 (2016): 6.

perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Program Indonesia dituangkan dalam sasaran pokok RPJMN 2015-2019 yaitu: (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak; (2) meningkatnya pengendalian penyakit; (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan, (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin; serta (6) meningkatkan responsivitas sistem kesehatan⁵⁹.

Disebutkan dalam undang-undang bahwa Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009, tentang Kesehatan Kerja tertuang dalam Bab II tentang Asas dan Tujuan, Pasal 2 yang berbunyi pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan peri- kemanusiaan; keseimbangan; manfaat; perlindungan; penghormatan terhadap hak dan kewajiban; keadilan; gender dan non-diskriminatif serta norma-norma agama. Pasal 3 berbunyi pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran; kemauan; dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial serta ekonomis ⁶⁰.

⁵⁹ esaungul, "Pengantar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat (Pendekatan Dan Peran Kesehatan Masyarakat)."

⁶⁰ Sutrio, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*.

Pembangunan Kesehatan memiliki asas-asas penting, yang dapat menjadi pokok acuan dalam sebuah penyelenggaraan kesehatan, diantaranya :

1. Asas perikemanusiaan yang berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa Berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan harus dilandasi atas perikemanusiaan yang berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa dengan tidak membeda-bedakan golongan, agama dan bangsa.
2. Asas Manfaat Berarti memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap warga negara.
3. Asas usaha bersama dan kekeluargaan Berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan dilaksanakan melalui kegiatan yang dilakukan oleh seluruh lapisan masyarakat dan dijiwai oleh semangat kekeluargaan.
4. Asas adil dan merata Berarti penyelenggaraan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada segenap lapisan masyarakat dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat.
5. Asas perikehidupan dalam keseimbangan Berarti penyelenggaraan kesehatan harus dilaksanakan seimbang antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, antara materiil dan spiritual.
6. Asas kepercayaan pada kemampuan dan kekuatan sendiri. Berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan harus berlandaskan pada kepercayaan pada

kemampuan dan kekuatan sendiri dengan memanfaatkan potensi nasional seluas-luasnya ⁶¹. Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui peningkatan :

1) upaya kesehatan, 2) pembiayaan kesehatan, 3) sumber daya manusia kesehatan, 4) sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, 5) manajemen dan informasi kesehatan, dan 6) pemberdayaan masyarakat. Upaya tersebut dilakukan dengan memperhatikan dinamika kependudukan , epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi serta globalisasi dan demokratisasi dengan semangat kemitraan dan kerjasama lintas sektoral. Penekanan diberikan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat serta upaya promotif dan preventif. Pembangunan nasional harus berwawasan kesehatan, yaitu setiap kebijakan publik selalu memperhatikan dampaknya terhadap kesehatan ⁶².

5. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah suatu wadah atau fasilitas untuk masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan. Tujuan adanya fasilitas pelayanan kesehatan adalah sebagai ujung tombak untuk melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang ada pada tingkat Rukun Warga (RW) dikenal dengan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) yang pelaksana kegiatannya adalah Kader Kesehatan dan pada tingkat Kelurahan pelayanan kesehatan yang tersedia adalah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).

⁶¹ Kemenkes RI, "Naskah Akademik RRU Rumah Sakit," *Kemenkes RI*, no. 2504 (2015): 1–9.

⁶² Pemerintah Aceh Tenggara, *Renstra DPPKB Aceh Tenggara Tahun 2020*, Pemerintah Aceh Tenggara, 2020.

Sedangkan rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan dari puskesmas ⁶³.

Pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan/atau masyarakat ⁶⁴. Syarat pelayanan kesehatan yang baik setidaknya dapat

dibedakan atas 13 macam, yakni tersedia (available), menyeluruh (comprehensive), terpadu (integrated), berkesinambungan (continue), adil/merata (equity), mandiri (sustainable), wajar (appropriate), dapat diterima (acceptable), dapat dicapai (accessible), dapat dijangkau (affordable), efektif (effective), efisien (efficient), serta bermutu (quality). Ketigabelas syarat pelayanan kesehatan ini sama pentingnya.

Standar pelayanan kesehatan yang baik terdiri dari 3 (tiga) komponen yang harus dimiliki yaitu adanya masukan (input), proses yang dilakukan, dan hasil yang dicapai (outcome).

1. Masukan (Input) Masukan (Input) yang dimaksud di sini adalah sarana fisik, perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen keuangan, serta sumber daya manusia dan sumber daya lainnya di puskesmas dan rumah sakit. Beberapa aspek penting yang harus mendapat perhatian dalam hal ini adalah kejujuran, efektivitas, serta kuantitas dan kualitas dari masukan yang ada.
2. Proses yang Dilakukan Proses adalah semua kegiatan atau aktivitas dari seluruh karyawan dan tenaga profesi dalam interaksinya dengan pelanggan. Baik tidaknya proses yang dilakukan di puskesmas atau rumah sakit dapat diukur dari:

⁶³ Sartika, *Prinsip Kesehatan Masyarakat*.

⁶⁴ Fitria, "Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Di Rsud Arosuka Kabupaten Solok Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan."

- a) Relevan atau tidaknya proses yang diterima oleh pelanggan dalam hal ini pasien; b) Efektif atau tidaknya proses yang dilakukan; c) Dan mutu proses yang dilakukan.
3. Hasil yang dicapai (outcome) Hasil yang dicapai disini adalah merupakan tindak lanjut dari pelayanan kesehatan yang diberikan terhadap pasien, apakah pelayanan kesehatan yang diberikan telah sesuai dengan standar pelayanan Kesehatan yang ada atau tidak dapat dilihat dari hasil pengobatan yang diberikan kepada pasien dan apakah pasien tersebut dengan melihat dari kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan tersebut ⁶⁵.

Secara umum dapat dibedakan atas dua bentuk dan jenis pelayanan kesehatan, seperti dijabarkan oleh Hodgetts dan Cascio (1983) yaitu:

1. Pelayanan Kedokteran / Medis (Private Good)
Pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam kelompok pelayanan medis / kedokteran (medical services) ini ditandai dengan cara pengorganisasiannya yang dapat bersifat sendiri (solo practice) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (institution), adapun tujuan utamanya adalah untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.
2. Pelayanan Kesehatan Masyarakat (public Good)
Pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam kelompok pelayanan kesehatan Masyarakat (public health services) ini ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam satu organisasi, tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit,

⁶⁵ Fitria.

serta sasarannya terutama untuk kelompok dan Masyarakat ⁶⁶.

Berdasarkan jenis pelayanan berdasarkan Stratifikasi Pelayanan Kesehatan yang berlaku di Indonesia dapat dikelompokkan menjadi tiga macam yakni sebagai berikut :

1. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama Merupakan pelayanan kesehatan yang bersifat pokok, yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat pelayanan rawat jalan. Seperti Puskesmas, Klinik Pratama, Dokter Praktek Swasta.
2. Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua Pengertian pelayanan kesehatan tingkat kedua adalah pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telah bersifat rawat inap dan untuk menyelenggarakannya telah dibutuhkan tersediannya tenaga-tenaga spesialis. Fasilitas pelayanan tingkat kedua ini adalah Rumah Sakit-rumah sakit Type C dan Type B.
3. Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga Pengertian pelayanan kesehatan tingkat ketiga adalah pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga-tenaga sub spesialis ⁶⁷.

B. Kajian terhadap Asas Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan yang terkait dengan norma

Asas-asas yang dipakai dalam penyusunan Naskah Akademik ini adalah:

1. Asas tujuan yang jelas.

⁶⁶ Universitas Indonesia Maju, "Modul Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan," 2022.

⁶⁷ Maju.

Tujuan penyusunan naskah akademik ini adalah mengkaji dan meneliti secara akademik pokok-pokok materi yang ada dan harus ada dalam rancangan Peraturan daerah Kota Semarang tentang Penanggulangan Tuberculosis.

2. Asas lembaga yang tepat.

Dalam penyusunan naskah akademik ini diprakarsai oleh SKPD terkait, organisasi profesi yang membidangi penanggulangan Tuberculosis.

3. Asas perlunya pengaturan

Penyusunan naskah akademik ini sebagai amanah dari peraturan-peraturan di atasnya yaitu Undang-Undang No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah No. 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan, Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, Peraturan Menteri Kesehatan No. 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan, Keputusan Wali

Kota Semarang Nomor 400.7/421 Tahun 2024 Tentang
Pembentukan Tim Percepatan Penanggulangan
Tuberkulosis Kota Semarang Tahun 2024-2028

4. Asas dapat dilaksanakan

Penyusunan naskah akademik yang nantinya dilanjutkan menjadi Raperda kemudian Perda tentang Penanggulangan Tuberculosis merupakan kewenangan Kota Semarang sesuai dengan Pasal 236 ayat (1) Undang-Undang 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah serta Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota.

5. Asas konsensus atau asas keseimbangan

Dalam penyusunan naskah akademik Raperda tentang Penanggulangan Tuberculosis ini melalui kajian literatur, penelitian lapangan, sosialisasi, sinkronisasi dan harmonisasi peraturan, uji publik sesuai dengan *framework* penyusunan peraturan-perundangan daerah.

6. Asas terminologi dan sistematika yang benar

Penyusunan naskah akademik Raperda tentang Penanggulangan Tuberculosis ini memakai terminologi yang operasional berdasarkan literatur dan ketentuan-ketentuan

yang dapat dipertanggungjawabkan secara akademik dalam arti data yang diperoleh untuk diolah sudah sesuai dengan kaidah pembentukan peraturan perundang-undangan.

7. Asas mudah dikenali atau dapat dimengerti

Meskipun naskah akademik Raperda tentang Penanggulangan Tuberculosis ini merupakan persoalan teknis Penanggulangan Tuberculosis. Namun, dalam penyusunannya telah diupayakan memakai istilah, meminimalisir unsur kata serapan, terminologi dan bahasa legal yang dapat dimengerti oleh masyarakat Kota Semarang.

8. Asas perlakuan yang sama dalam hukum

Naskah akademik Raperda tentang Penanggulangan Tuberculosis ini nantinya akan berlaku bagi seluruh masyarakat Kota Semarang, tidak diskriminatif atau bermaksud mengedepankan kepentingan kelompok atau golongan tertentu atau mendiskreditkan kelompok tertentu. Oleh karena itu dalam Raperda Penanggulangan Tuberculosis ini juga diatur tentang peran serta masyarakat dan swasta.

9. Asas kepastian hukum dan asas pelaksanaan hukum sesuai dengan keadaan individual

Naskah akademik Raperda tentang Penanggulangan Tuberculosis ini diharapkan sampai pada Peraturan Daerah yang disahkan dan diundangkan pada lembaran daerah untuk ditaati dan dilaksanakan oleh seluruh masyarakat di Kota Semarang, serta dengan evaluasi pelaksanaan secara berkala.

Analisis terhadap penentuan asas-asas ini juga memperhatikan berbagai aspek bidang kehidupan terkait dengan Peraturan Perundang-undangan yang akan dibuat, yang berasal dari hasil penelitian.

C. Kajian terhadap Praktik Penyelenggaraan, Kondisi yang Ada serta Permasalahan yang Dihadapi Masyarakat

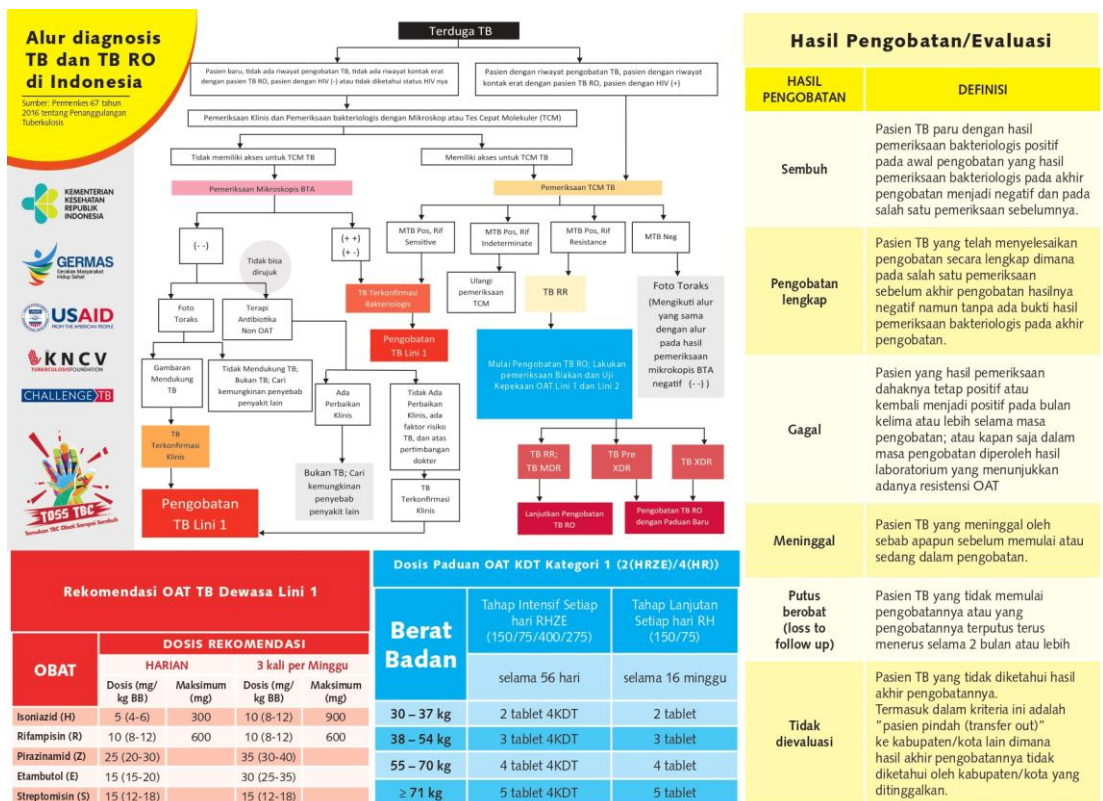
Upaya pembuatan Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis di Kota Semarang sekarang ini dipandang amatlah mendesak, terutama karena memperhatikan pertimbangan-pertimbangan seperti diuraikan sebagai berikut :

- a). Kasus Penanggulangan Tuberkulosis di Kota Semarang terus meningkat karena penularan dan penyebarannya sangat cepat dan meluas tanpa mengenal usia, status sosial serta batas wilayah dimana berdasarkan data yang kami peroleh menunjukkan jumlah kasus penderita Tuberkulosis di Kota Semarang telah tersebar di berbagai kecamatan, dimana diantaranya terdapat Korban meninggal dunia sehingga perlu dilakukan upaya

penanggulangan secara maksimal, komprehensif, terpadu, terarah dan berkesinambungan.

- b). Kota Semarang merupakan wilayah destinasi wisata dengan tingkat kunjungan turis domestik maupun mancanegara cukup tinggi sehingga potensi Penanggulangan Tuberkulosis di Kota Semarang cukup tinggi, sebagaimana dijabarkan sebagai berikut :

1. Tata Laksana Alur Diagnosis dan Pengobatan Tuberkulosis



Komponen tata laksana dan upaya pencegahan terintegrasi yang berpusat pada pasien, diimplementasikan dalam bentuk :

1. Diagnosis dini TB termasuk penerapan pemeriksaan uji kepekaan obat yang universal, skrining sistematis pada kontak dan kelompok risiko tinggi.
2. Pengobatan untuk semua pasien TB termasuk TB resistan obat dengan dukungan pasien yang memadai
3. Peningkatan kolaborasi layanan melalui TB-HIV, TB-DM, Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), pendekatan praktis penyakit paru, dan lain sebagainya
4. Pengobatan pencegahan bagi orang dengan risiko tinggi, dan tersedianya vaksinasi TB ⁶⁸.

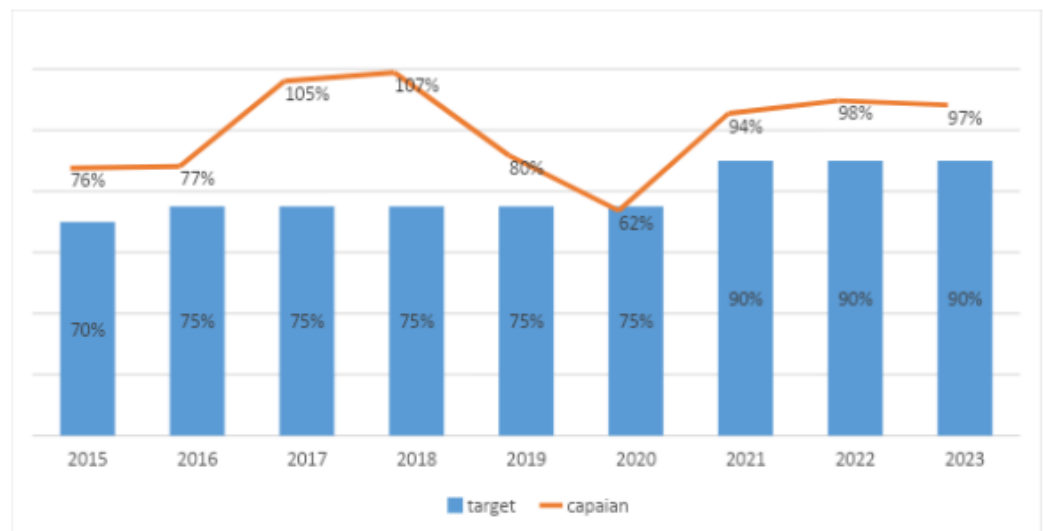
Jumlah penemuan kasus = 87.706 di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2024

Kota Salatiga	849
Kota Magelang	1032
Temanggung	1221
Kota Pekalongan	1266
Kota Tegal	1378
Rembang	1448
Karanganyar	1520
Blora	1599
Batang	1645
Semarang	1658
Purworejo	1697
Magelang	1980
Kota Surakarta	2120
Sragen	2149
Wonosobo	2174
Klaten	2194
Sukoharjo	2211
Pekalongan	2211
Kudus	2383
Demak	2390
Wonogiri	2512
Banjarnegara	2513
Kendal	2590
Boyolali	2602

⁶⁸ INDONESIA, *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (Tata Laksana Tuberkulosis)*.

Purbalingga	2613
Jepara	2895
Pati	2958
Grobogan	3109
Kebumen	3445
Pemalang	4308
Cilacap	5603
Kota Semarang	5908
Tegal	6222
Banyumas	6708
Brebes	7806

2. Kasus Tuberkulosis di Kota Semarang



Grafik diatas menjelaskan gambaran CDR Tuberculosis di Kota Semarang tahun 2015-2023. Penderita TB (semua tipe) pada tahun 2023 sejumlah 5.039 kasus, dengan persentase TB Semua Tipe pada laki-laki sebanyak 2.718 kasus (53.9%) lebih besar dari pada perempuan sebanyak 2.321 kasus (46.1%). Angka ini mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2022. Hal ini disebabkan karena (fakta kualitatif) pada laki-laki lebih intens kontak dengan faktor risiko dan kurang peduli

terhadap aspek pemeliharaan kesehatan individu dibandingkan dengan wanita⁶⁹.

Case Notification Rate (CNR) adalah angka yang menunjukkan jumlah seluruh kasus tuberkulosis yang dilaporkan dan dirawat di antara 100.000 penduduk di suatu wilayah tertentu. Jika dikumpulkan dari waktu ke waktu, angka-angka tersebut menggambarkan tren peningkatan atau penurunan penemuan kasus dari tahun ke tahun di suatu wilayah tertentu. Di Provinsi Jawa Tengah, prevalensi kejadian TBC pada tahun 2020 sebesar 110 per 100.000 penduduk dengan tingkat kesembuhan sebesar 83,5%. Hal ini dapat diartikan 16,5% tidak mencapai kesembuhan atau bahkan ditemukan meninggal. Pada tahun 2021, prevalensi kejadian TBC di Jawa Tengah mengalami penurunan dibandingkan tahun 2020 yaitu sebesar 113 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2021, dari 35 kabupaten/kota yang ada di Provinsi Jawa Tengah, Kota Semarang saat ini menduduki peringkat ke-6 setelah Tegal, Magelang, Surakarta, Salatiga, dan Banyumas. (Dinkes Jawa Tengah, 2021). Status tersebut menunjukkan bahwa kasus TBC di Kota Semarang belum mengalami penurunan yang signifikan. Dibandingkan tahun 2021 yang berjumlah 993 kasus, terjadi peningkatan kasus pada tahun 2022⁷⁰.

Berdasarkan data website Dinas Kesehatan Kota Semarang, Puskesmas Kedungmundu merupakan salah satu Puskesmas dengan jumlah pasien terdiagnosis TBC

⁶⁹ T I M Penyusun, *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2023*, 2023.

⁷⁰ Dinkes Kota Semarang, "Profil Kesehatan Kota Semarang 2022," *Dinas Kesehatan Kota Semarang* 6, no. 1 (2022): 1–6.

Paru sebanyak 304 orang pada tahun 2022. Jumlah tersebut tergolong tinggi dan menempati urutan pertama dari 37 puskesmas. pusat di Kota Semarang. Jumlah kasus terus meningkat, terbukti dari tahun 2020 hingga 2021. Pada tahun 2020 terdapat 104 kasus, dan pada tahun 2021 terdapat 162 kasus, yang menunjukkan peningkatan yang signifikan ⁷¹.

Salah satu upaya untuk mengendalikan TB yaitu dengan pengobatan. Indikator yang digunakan untuk evaluasi pengobatan yaitu angka keberhasilan pengobatan. Angka keberhasilan pengobatan adalah angka yang menunjukkan prosentase pasien baru TB Paru BTA (+) yang menyelesaikan pengobatan (sembuh dan pengobatan lengkap). Angka keberhasilan pengobatan erat kaitannya dengan angka kesembuhan, capaian Kota Semarang belum mencapai target nasional (90%).

Kasus Tuberkulosis di Kota Semarang Menurut Jenis kelamin Tahun 2024

Bulan	Laki-laki	Perempuan
Jan	101	116
Feb	102	76
Mar	96	102
Apr	122	87
May	101	84
Jun	129	114
Jul	142	108
Aug	133	120
Sep	119	122
Oct	11	4

⁷¹ Dinkes Kota Semarang.

	1056	933
--	------	-----

Kasus Tuberkulosis di Kota Semarang Per Puskesmas
Tahun 2024

Puskesmas	Perempuan	Laki - laki
Karanganyar	7	16
Mangkang	13	15
Ngaliyan	27	38
Purwoyoso	18	17
Tambakaji	28	37
Karangmalang	7	10
Mijen	25	32
Sekaran	23	11
Gunungpati	17	14
Pudakpayung	7	8
Srondol	17	29
Padangsari	11	11
Ngesrep	13	8
Rowosari	37	25
Kedungmundu	81	78
Tlogosari Wetan	64	63
Tlogosari Kulon	35	54
Bangetayu	62	72
Genuk	20	29
Pegandan	26	26
Kagok	27	37

Candilama	20	29
Gayamsari	45	48
Ngemplak Simongan	9	10
Krobokan	11	14
Manyaran	35	21
Lebdosari	17	23
Karangayu	6	7
Lamper Tengah	25	17
Pandanaran	26	31
Karangdoro	17	19
Bugangan	26	24
Halmahera	19	29
Bulu Lor	27	51
Bandarharjo	52	57
Miroto	13	21
Poncol	20	25
	933	1056

D. Kajian terhadap Implikasi Penerapan Sistem Baru yang Akan Diatur dalam Peraturan Daerah terhadap Aspek Kehidupan Masyarakat dan Dampaknya terhadap Aspek Beban Keuangan Daerah

Berdasarkan pemantauan perkembangan epidemi, dampak pencapaian penanggulangan hingga saat ini tampak adanya perlambatan dari perjalanan epidemic yang sejak

sebelumnya masih meningkat. Hal ini disebabkan oleh upaya terpadu dari seluruh mitra dalam Penanggulangan Tuberculosis di Kota Semarang.

Kasus Kota Semarang Th. 2024 : 6.804 temuan TBC baru atau **± 19 kasus baru per hari atau 570 kasus baru per bulan (setara ± 12 orang naik bus) ± 2.400 orang dalam pengobatan (belum sembuh) setiap harinya** Setiap hari di Kota Semarang ada **1 orang dalam pengobatan Tuberculosis yang meninggal** dan **2 orang putus berobat** Kematian 134.000 per tahun atau setara dengan **16 kematian per jam** maka Penerapan sistem baru yang akan diatur dalam perda ini akan terlihat bahwa:

1. Tanpa tindakan yang terorganisasi, infeksi akan mengalami peningkatan yang tak terkendali.
2. Dengan perluasan (*scale-up*) serta bekerja sama erat dengan seluruh mitra, sektor pemerintah, masyarakat sipil, dan sektor swasta kecepatan penambahan infeksi sebagaimana yang terjadi di masa lalu akan diperlambat.
3. Jika seluruh pendanaan dan tenaga, kebijakan dan program, pelatihan dan tindakan dikerahkan untuk mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan, maka perjalanan epidemi Penanggulangan Tuberculosis di Kota

Semarang mulai berubah dan walau infeksi baru akan tetap terjadi, namun akan mulai menurun.

4. Dengan semakin menurunnya laju kecepatan Tuberculosis , dan semakin meningkatnya mobilisasi dana masyarakat, maka kecepatan peningkatan alokasi dana pemerintah menjadi lebih rasional.

BAB III

EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT

Prinsip hirarkis dan harmonisasi dalam penyusunan peraturan perundang-undangan, termasuk dalam hal ini Perda , pembentukan dan susunan perangkat daerah dimaksudkan untuk mencapai ketertiban hukum, baik secara vertikal maupun secara horizontal. Secara vertikal dimaksudkan untuk melihat konsistensinya secara hierarkis sesuai dengan beberapa asas hukum sebagai berikut:

- a. *Lex superior derogat legi inferiori*: undang-undang yang lebih tinggi mengenyampingkan undang-undang yang lebih rendah tingkatannya;
- b. *Lex specialis derogat legi generali*: Undang-undang yang khusus didahulukan berlakunya dari pada undang-undang yang umum;
- c. *Lex posterior derogat legi priori* atau *lex posterior derogat legi anteriori*: Undang-undang yang lebih baru mengenyampingkan undang-undang yang lama.

Sementara itu, secara horizontal sinkronisasi dimaksudkan untuk menganalisis sejauhmana perundang-undangan yang mengatur tentang pembentukan dan susunan perangkat daerah

dalam perundang-undangan tersebut mempunyai hubungan fungsional secara konsisten. Esensi dari otonomi daerah adalah memberikan kewenangan kepada daerah otonom untuk mengatur urusan yang menjadi kewenangannya berdasarkan karakteristik daerah masing-masing. Namun demikian, pengaturan tersebut tetap tidak diperkenankan bertentangan dengan Peraturan Perundang-Undangan yang lebih tinggi dan kepentingan umum.

Analisis Peraturan Perundang-Undangan terkait adalah bagian yang penting untuk diperhatikan dalam tahapan perencanaan pembentukan Peraturan Perundang-Undangan. Hal ini berkaitan dengan terwujudnya kesesuaian antara Peraturan Perundang-Undangan yang satu dengan Peraturan Perundang-Undangan lainnya dalam hal materi muatan baik dari segi substansial maupun dari segi teknis penyusunan. Hal ini sangat penting dilakukan, agar Peraturan Daerah yang akan dibentuk sesuai dan selaras baik terhadap Peraturan Perundang-undangan pada tingkatan yang lebih tinggi (vertikal) maupun pada tingkatan yang setara (horizontal) dalam satu kesatuan sistem hukum nasional. Kesesuaian dan keselarasan merupakan bagian dari perwujudan kepastian hukum di tengah masyarakat.

Dalam teori pembentukan perundang-undangan dikenal beberapa asas hukum diantaranya asas hukum "*lex superiori*

derogat legi inferiori” hukum/Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi mengesampingkan hukum/Peraturan Perundang-undangan yang lebih rendah. Oleh karena itu penyesuaian rancangan Peraturan Daerah dengan Peraturan Perundang-undangan lainnya, khususnya Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi dan Peraturan Perundang-undangan yang memiliki tingkatan yang sama sesuai dengan hierarki Peraturan Perundang-undang menjadi keharusan sejak dalam proses perencanaanya.

Keharmonisasian dalam pembentukan Peraturan Daerah merupakan syarat yang harus dipenuhi agar Peraturan Daerah yang dibentuk dapat berlaku dan dilaksanakan secara efektif dalam masyarakat. Pembentukan Peraturan Daerah merupakan suatu proses yang dilaksanakan dengan melalui berbagai tahapan pelaksanaan sehingga dapat menghasilkan suatu Peraturan Daerah yang aspiratif, akomodatif, transparan, dan berkesesuaian dengan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku. Proses penyusunan Naskah Akademik merupakan bagian dari tahapan perencanaan yang didalamnya bertujuan untuk melakukan pengkajian dan penelitian mengenai suatu masalah yang akan dituangkan dalam suatu Peraturan Daerah, diantaranya berkaitan dengan aspek legalitas (*legal formal*) terhadap materi muatan dan bentuk dari Rancangan Peraturan Daerah.

Penelitian dan pengkajian mengenai aspek legalitas (*legal formal*) atau dasar kewenangan dari pemerintah daerah dalam hal ini berkaitan dengan materi pembentukan dan susunan perangkat daerah penting untuk dilaksanakan agar rancangan Peraturan Daerah yang hendak dibentuk sesuai dengan kewenangan yang dimiliki oleh pemerintah daerah dan tidak mengatur materi muatan yang bertentangan dengan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku serta mengutamakan kepentingan umum.

Peraturan Daerah secara substansial merupakan penjabaran lebih lanjut dari Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi, yang pengaturannya disesuaikan dan diselaraskan dengan ciri khas masing-masing daerah. Dengan demikian penyusunan Rancangan Peraturan Daerah Kota Semarang tentang pembentukan dan susunan perangkat daerah harus dikaji dan disesuaikan dengan Peraturan Perundang-undangan lain yang mengatur tentang tugas dan kewenangannya .

Terdapat beberapa Peraturan Perundang-undangan yang mengatur dan memiliki keterkaitan dengan pengaturan pembentukan Rancangan Peraturan Daerah Kota Semarang tentang Penanggulangan Tuberculosis dari segi kewenangan maupun dari segi aspek materi muatan yang hendak diatur dalam Rancangan Peraturan Daerah tersebut, yang perlu diperhatikan

dan dijadikan acuan serta dasar dalam pembentukan Rancangan Peraturan Daerah tentang . pembentukan dan susunan perangkat daerah

Peraturan Perundang-undangan yang berkaitan dengan pembentukan Rancangan Peraturan Daerah Kota Semarang tentang Penanggulangan Tuberculosis adalah sebagai berikut:

A. Undang-Undang Dasar 1945

Pasal 18

- (1). Negara Kesatuan Republik Indonesia dibagi atas daerah daerah propinsi dan daerah propinsi itu dibagi atas kabupaten dan kota, yang tiap-tiap provinsi, kabupaten, dan kota itu mempunyai pemerintahan daerah, yang diatur dengan undang-undang.
- (2). Pemerintahan daerah propinsi, daerah kabupaten, dan kota mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan.
- (3). Pemerintahan daerah propinsi, daerah kabupaten, dan kota memiliki Dewan Perwakilan Rakyat Daerah yang anggota-anggotanya dipilih melalui pemilihan umum.
- (4). Gubernur, Walikota, dan Walikota masing-masing sebagai kepala pemerintahan daerah propinsi, kabupaten, dan kota dipilih secara demokratis.
- (5). Pemerintahan daerah menjalankan otonomi seluas luasnya, kecuali urusan pemerintahan yang oleh undang undang ditentukan sebagai urusan Pemerintah.

(6). Pemerintahan daerah berhak menetapkan peraturan daerah dan peraturan-peraturan lain untuk melaksanakan otonomi dan tugas pembantuan.

(7). Susunan dan tata cara penyelenggaraan pemerintahan daerah diatur dalam undang-undang.

Hak konstitusional masyarakat dalam bidang kesehatan tertuang dalam Pasal 28 H UUD 45, mengamanatkan “setiap orang berhak atas hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.”

Pasal 34 ayat (3) UUD 45, diatur mengenai tanggung jawab negara atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitasi pelayanan umum yang layak.

B. Undang-Undang

1. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat, dan Daerah Istimewa Jogjakarta

Pasal 4 ayat (1) menyatakan Urusan rumah tangga dan kewadjabankewadjaban lain bagi kabupaten-kabupaten adalah sebagai berikut:

a. Urusan Umum;

- b. Urusan Pemerintahan Umum;
- c. Urusan Agraria;
- d. Urusan Pengairan, Jalan-Jalan dan Gedung-Gedung;
- e. Urusan Pertanian, Perikanan dan Koperasi;
- f. Urusan Kehewanan;
- g. Urusan Kerajinan, Perdagangan Dalam Negeri dan Perindustrian;
- h. Urusan Perburuhan;
- i. Urusan Sosial;
- j. Urusan Pembagian (distribusi);
- k. Urusan Penerangan;
- l. Urusan Pendidikan, Pengajaran dan Kebudayaan;
- m. Urusan Kesehatan;
- n. Urusan Perusahaan

2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor

**41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia
Nomor 6856)**

Pasal 12

- (1). Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (2) meliputi:
- a. pendidikan;
 - b. kesehatan;
 - c. pekerjaan umum dan penataan ruang;
 - d. perumahan rakyat dan kawasan permukiman;
 - e. ketenteraman, ketertiban umum, dan perlindungan masyarakat; dan
 - f. sosial..

Pasal 17

- (1). Daerah berhak menetapkan kebijakan Daerah untuk menyelenggarakan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
- (2). Daerah dalam menetapkan kebijakan Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wajib berpedoman pada norma, standar, prosedur, dan kriteria yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Pusat.
- (3). Dalam hal kebijakan Daerah yang dibuat dalam rangka penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang

menjadi kewenangan Daerah tidak mempedomani norma, standar, prosedur, dan kriteria sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Pemerintah Pusat membatalkan kebijakan Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

- (4). Apabila dalam jangka waktu 2 (dua) tahun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat
- (5). Pemerintah Pusat belum menetapkan norma, standar, prosedur, dan kriteria, penyelenggara Pemerintahan Daerah melaksanakan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.

Pasal 18

- (1). Penyelenggara Pemerintahan Daerah memprioritaskan pelaksanaan Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (3).
- (2). Pelaksanaan Pelayanan Dasar pada Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berpedoman pada standar pelayanan minimal yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat.
- (3). Ketentuan lebih lanjut mengenai standar pelayanan minimal diatur dengan peraturan pemerintah. Pasal

19 (1) Urusan pemerintahan konkuren yang menjadi kewenangan Pemerintah Pusat diselenggarakan: a. sendiri oleh Pemerintah Pusat; b. dengan cara melimpahkan kepada gubernur sebagai wakil Pemerintah Pusat atau kepada Instansi Vertikal yang ada di Daerah berdasarkan asas Dekonsentrasi; atau c. dengan cara menugasi Daerah berdasarkan asas Tugas Pembantuan.

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

Pasal 86

- (1). Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab melakukan penanggulangan penyakit menular dan penanggulangan penyakit tidak menular.
- (2). Penanggulangan penyakit menular dan penanggulangan penyakit tidak menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui Upaya Kesehatan perseorangan dan Upaya Kesehatan masyarakat yang dilaksanakan secara terkoordinasi, terpadu, dan berkesinambungan.

Pasal 87

- (1). Dalam hal kejadian penyakit menular dan penyakit tidak menular tertentu menjadi permasalahan Kesehatan masyarakat, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah menetapkan program penanggulangan penyakit menular dan penanggulangan penyakit tidak menular tertentu sebagai prioritas nasional atau daerah.
- (2). Pemerintah Daerah dalam menetapkan program penanggulangan penyakit menular dan penanggulangan penyakit tidak menular tertentu sebagai prioritas daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus berpedoman pada kriteria yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat.
- (3). Program penanggulangan penyakit menular dan penanggulangan penyakit tidak menular tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus didukung dengan pengelolaan yang meliputi penetapan target dan strategi penanggulangan dan penyediaan sumber daya yang diperlukan

Pasal 88

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bersama masyarakat serta pemangku kepentingan terkait

bertanggung jawab untuk melakukan komunikasi, informasi, dan edukasi tentang faktor risiko penyalit menular dan penyakit tidak menular kepada masyarakat berisiko.

Pasal 89

- (1). Pemerintah hrsat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab melakukan penanggulangan penyakit menular melalui kegiatan pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular serta bertanggung jawab terhadap akibat yang ditimbulkannya.
- (2). Penanggulangan penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk melindungi masyarakat dari tertularnya penyakit untuk menurunkan jumlah yang sakit, disabilitas, dan/ atau meninggal dunia serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat penyakit menular.
- (3). Dalam pelaksanaan kegiatan pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Tenaga Medis dan/ atau Tenaga Kesehatan yang berwenang dapat memeriksa:

- a. orang atau sekelompok orang yang diduga tertular penyakit atau memiliki faktor risiko penyakit menular; dan/atau
 - b. tempat yang dicurigai berkembangnya vektor dan sumber penyakit lain.
- (4). Dalam melaksanakan kegiatan pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dapat melakukan kerja sama dengan negara lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 90

Masyarakat, termasuk penderita penyakit menular, wajib melakukan pencegahan penyebaran penyakit menular melalui perilaku hidup bersih dan sehat, pengendalian faktor risiko Kesehatan, dan upaya pencegahan lainnya.

Pasal 91

Penanggulangan penyakit menular dilaksanakan secara terkoordinasi dan terpadu dengan sektor kesehatan hewan, pertanian, lingkungan hidup, dan sektor lainnya.

Pasal 92

Ketentuan lebih lanjut mengenai penanggulangan penyakit menular sebagaimana dimaksud dalam Pasal 89 sampai dengan Pasal 91 diatur dengan Peraturan Pemerintah

4. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan

Kesehatan lingkungan adalah upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari faktor resiko lingkungan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial. Berdasarkan Pasal 3

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

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

Sedangkan

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

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

5. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);

Pasal 2

- (1). Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab merencanakan, mengatur,

menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan Upaya Kesehatan yang bermutu, aman, efisien, merata, dan terjangkau oleh masyarakat.

- (2). Upaya Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk mewujudkan derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat dalam bentuk Upaya Kesehatan perseorangan dan Upaya Kesehatan masyarakat.

Pasal 178

- (1). Penanggulangan penyakit menular diselenggarakan secara terkoordinasi, terpadu, dan berkesinambungan dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan mempertimbangkan aspek determinan Kesehatan.
- (2). Penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan penyakit yang dapat menular ke manusia yang disebabkan oleh mikroorganisme.
- (3). Penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (2), berdasarkan cara penularannya dikelompokkan menjadi:
 - a. penyakit menular langsung; dan

- b. penyakit tular vektor dan binatang pembawa penyakit

Pasal 179

Penanggulangan penyakit menular dilakukan untuk melindungi masyarakat dari tertularnya penyakit untuk menurunkan jumlah yang sakit, disabilitas, dan/atau meninggal dunia serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat penyakit menular

Pasal 180

- (1). Penanggulangan penyakit menular dilakukan melalui:
 - a. promosi Kesehatan;
 - b. surveilans penyakit menular;
 - c. pengendalian faktor risiko;
 - d. penemuan kasus;
 - e. penanganan kasus;
 - f. pemberian kekebalan;
 - g. pemberian Obat pencegahan; dan/atau
 - h. kegiatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.
- (2). Promosi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan, dan kemampuan berperilaku hidup sehat, serta mencegah terjadinya penularan penyakit.

- (3). Promosi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berupa advokasi, sosialisasi, kampanye Kesehatan, gerakan masyarakat, serta komunikasi, informasi, dan edukasi.
- (4). Surveilans penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dilakukan untuk:
- a. tersedianya informasi situasi, kecenderungan penyakit, dan faktor risiko yang mempengaruhi sebagai bahan pengambilan keputusan;
 - b. terselenggaranya kewaspadaan dini terhadap kemungkinan terjadinya KLB penyakit menular atau Wabah dan dampaknya;
 - c. terselenggaranya investigasi dan penanggulangan KLB penyakit menular atau Wabah dan dampaknya; dan
 - d. dasar penyampaian Informasi Kesehatan kepada para pihak yang berkepentingan sesuai dengan pertimbangan Kesehatan.
- (5). Surveilans penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan melalui pengumpulan data, pengolahan data, analisis data, dan diseminasi sebagai satu kesatuan yang tidak terpisahkan untuk menghasilkan informasi yang objektif, temkur, dapat

diperbandingkan antarwaktu, antar-wilayah, dan antarkelompok masyarakat sebagai bahan pengambilan keputusan

- (6). Pengendalian faktor risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c ditujukan untuk memutus rantai penularan melalui:
 - a. intervensi atau rekayasa lingkungan;
 - b. pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit;
 - c. peningkatan daya tahan tubuh;
 - d. perbaikan kualitas media lingkungan; dan
 - e. pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat.
- (7). Penemuan kasus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d ditujukan untuk mengetahui dan mengidentifikasi adanya faktor risiko dan kasus penyakit menular di masyarakat.
- (8). Penemuan kasus sebagaimana dimaksud pada ayat (7) dilakukan melalui skrining dan deteksi dini terhadap faktor risiko dan penyakit pada individu atau populasi berisiko yang diduga terinfeksi agen penyebab penyakit.
- (9). Penanganan kasus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e ditujukan untuk penyembuhan penyakit,

mencegah dan membatasi disabilitas dan kematian, menghapus stigma dan diskriminasi penderita yang diakibatkan oleh penyakit menular, serta memutus rantai penularan.

- (10). Penanganan kasus sebagaimana dimaksud pada ayat (9) dilakukan melalui tata laksana terhadap kasus dan kontak, perawatan mandiri kasus, penegakan diagnosis, tata laksana dini, pengobatan, dan perawatan, termasuk perawatan rehabilitatif dan/atau paliatif, serta rujukan dan rujuk balik.
- (11). Pemberian kekebalan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f ditujukan untuk memutus rantai penularan penyakit yang dilakukan melalui imunisasi.
- (12). Pemberian Obat pencegahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g ditujukan untuk memutus rantai penularan penyakit yang dilakukan melalui pemberian Obat pencegahan secara massal, pada kelompok masyarakat tertentu, atau perseorangan.
- (13). Pemberian Obat pencegahan sebagaimana dimaksud pada ayat (12) dilaksanakan dengan memperhatikan tingkat endemisitas masing-masing wilayah dan/atau faktor risiko yang mempengaruhinya.

Pasal 181

Penanggulangan penyakit menular dapat dilakukan bekerja sama dengan lintas sektor, lintas program, dan lintas disiplin baik di tingkat lokal, nasional, regional, maupun global

6. Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis

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

Pasal 3 Peraturan Presiden ini mengatur mengenai :

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

g. Pendanaan

Pasal 4

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

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

Pasal 5 berbunyi : 97 (1) Pencapaian target Eliminasi TBC sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 dilaksanakan melalui penerapan strategi nasional Eliminasi TBC. (2) Strategi nasional Eliminasi TBC sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:

- a. penguatan komitmen dan kepemimpinan Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah provinsi, dan Pemerintah Daerah kabupaten/kota;
- b. peningkatan akses layanan TBC yang bermutu dan berpihak pada pasien;
- c. intensifikasi upaya kesehatan dalam rangka Penanggulangan TBC;
- d. peningkatan penelitian, pengembangan, dan inovasi di bidang Penanggulangan TBC;

- e. peningkatan peran serta komunitas, Pemangku Kepentingan, dan multisektor lainnya dalam Penanggulangan TBC; dan
- f. penguatan manajemen program

BAB IV

LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS

Peraturan Daerah (Perda) merupakan nomenklatur peraturan perundang-undangan yang dibentuk di tingkat Daerah, apakah itu Daerah Provinsi, Kabupaten atau Kota. Perda merupakan produk peraturan perundang-undangan daerah yang dibentuk oleh DPRD bersama dengan Kepala Daerah. Kewenangan membentuk Perda yang ada pada Daerah menunjukkan, bahwa pemerintahan daerah itu adalah satuan pemerintahan otonom. Setiap satuan pemerintahan yang bersifat otonom memiliki hak untuk mengatur dan mengurus rumah tangga daerahnya sendiri. Urusan rumah tangga daerah pada umumnya berasal dari 2 (dua) sumber, yaitu otonomi dan tugas pembantuan (*medebewind*). Karena itu Perda akan terdiri dari: (1) Perda di bidang otonomi; dan (2) Perda di bidang tugas pembantuan. Tidak ada perbedaan yang mendasar antara kedua Perda tersebut. Perbedaannya hanya terletak pada jangkauan pengaturannya. Perda di bidang otonomi mencakup seluruh aspek urusan rumah tangga daerah baik yang menyangkut isi maupun tata cara penyelenggaraannya. Sedangkan Perda di bidang tugas pembantuan hanya mengenai tata cara penyelenggaraan urusan tersebut. Perda di bidang tugas pembantuan tidak mengatur isi urusan karena bukan urusan

rumah tangga daerah. Urusan rumah tangga daerah dalam tugas pembantuan hanya terbatas pada tata cara penyelenggaraan urusan tersebut.⁷²

Dalam pembentukan Perda di bidang otonomi, ada beberapa petunjuk yang dapat dipergunakan sebagai pedoman. *Pertama*, sistem rumah tangga daerah. Dalam sistem rumah tangga formal, segala urusan pada dasarnya dapat diatur oleh daerah sepanjang belum diatur atau tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi. Pada sistem rumah tangga material, hanya urusan yang ditetapkan sebagai urusan rumah tangga daerah yang dapat diatur dengan Perda. Karena Indonesia menjalankan sistem rumah tangga riil, maka urusan-urusan yang dapat diatur dengan Perda adalah baik urusan-urusan yang ditetapkan sebagai urusan rumah tangga daerah maupun urusan-urusan lain sepanjang belum diatur atau tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi tingkatannya. *Kedua*, ditentukan secara tegas dalam undang-undang pemerintahan daerah seperti Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, Pajak dan Retribusi Daerah, ketentuan yang memuat sanksi pidana dan lain sebagainya. *Ketiga*, urusan

⁷² Bagir Manan, *Hukum Positif Indonesia: Satu Kajian Teoritik* (Fh Uii Press, 2004).

pemerintahan yang diserahkan oleh Pemerintah Pusat atau organ pemerintah yang lebih tinggi tingkatannya.⁷³

Pembentukan suatu Perda harus memperhatikan beberapa hal diantaranya adalah sebagai berikut :

- (1) Pada hakikatnya, Perda itu dibentuk dalam rangka penyelenggaraan otonomi daerah Provinsi, Kabupaten/Kota dan tugas pembantuan (*medebewind*);
- (2) Perda dibentuk karena adanya kebutuhan akan penjabaran lebih lanjut dari peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi;
- (3) Pembentukan Perda harus memperhatikan karakteristik atau ciri khas masing-masing daerah;
- (4) Perda yang dibentuk tidak boleh bertentangan dengan kepentingan umum dan/atau peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi; dan
- (5) Pembentukan Perda seoptimal mungkin melibatkan peran serta masyarakat dalam memberikan masukan, baik yang bersifat lisan maupun tertulis pada tingkat penyiapan rancangan Perda hingga pembahasan rancangan Perda.

⁷³ Indra Apriadi, "Laporan Akhir Penulisan Karya Ilmiah Tentang Implementasi Regulasi Pornografi Di Indonesia," *Kementerian Hukum Dan Hak Asasi Manusia. Badan Pembinaan Hukum Nasional*, 2010.

Selanjutnya dalam kepustakaan ilmu perundang-undangan, pada umumnya landasan pembentukan peraturan perundang-undangan itu dapat dibedakan menjadi 3 (tiga), yaitu : (1) landasan filosofis; (2) landasan yuridis; dan (3) landasan sosiologis.

1) Landasan filosofis

Nilai yang baik adalah nilai yang wajib dijunjung tinggi, di dalamnya ada nilai kebenaran, keadilan dan kesusilaan serta berbagai nilai lainnya yang dianggap baik. Pengertian baik, benar, adil dan susila tersebut menurut ukuran yang dimiliki bangsa yang bersangkutan. Hukum yang dibentuk tanpa memperhatikan moral bangsa akan sia-sia, kalau diterapkan tidak akan dipatuhi secara sempurna. Nilai yang ada di Negara Indonesia tercermin dalam pandangan hidup, cita-cita bangsa, falsafah atau jalan kehidupan bangsa (*way of life*) yaitu Pancasila⁷⁴

Oleh karena itu Pancasila merupakan landasan untuk membentuk hukum suatu bangsa. Dengan demikian hukum yang dibentuk harus mencerminkan nilai-nilai Pancasila. Sehingga dalam penyusunan peraturan perundang-undangan termasuk Peraturan Daerah pun harus mencerminkan nilai-

⁷⁴ Bunyamin Maftuh, "Internalisasi Nilai-Nilai Pancasila Dan Nasionalisme Melalui Pendidikan Kewarganegaraan," *Jurnal Educationist* 2, no. 2 (2008): 134–44.

nilai Pancasila yaitu: nilai ketuhanan, nilai kemanusiaan, nilai persatuan dan nilai kerakyatan serta nilai kaedilan sosial. Di samping itu Peraturan Daerah juga harus mencerminkan nilai moral yang hidup di masyarakat (daerah) yang bersangkutan

Sebagai salah satu bentuk kebijakan Pemerintah Kota Semarang di bidang kesehatan adalah penanggulangan Tuberculosis. penanggulangan Tuberculosis menjadi salah satu prioritas karena di daerah ini merupakan epidemi Tuberculosis, yang pada giliranannya akan menimbulkan dampak buruk terhadap pembangunan secara keseluruhan karena selain berpengaruh terhadap kesehatan juga terhadap sosio ekonomi, politik dan pertahanan keamanan di daerah. Sebagai salah satu wilayah di Propinsi Jawa Tengah, Kota Semarang termasuk salah satu wilayah penyebaran TBC dari tahun ke tahun terus meningkat, di Kota Semarang pada tahun 2023 sejumlah 5.039 kasus, dengan persentase TB Semua Tipe pada laki-laki sebanyak 2.718 kasus (53.9%) lebih besar dari pada perempuan sebanyak 2.321 kasus (46.1%). Angka ini mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2022

Apabila di simulasikan Kasus Kota Semarang Th. 2024 : 6.804 temuan TBC baru atau ± 19 kasus baru per hari atau 570 kasus baru per bulan (setara ± 12 orang naik bus) ± 2.400

orang dalam pengobatan (belum sembuh) setiap harinya Setiap hari di Kota Semarang ada 1 orang dalam pengobatan Tuberculosis yang meninggal dan 2 orang putus berobat Kematian 134.000 per tahun atau setara dengan 16 kematian per jam

Meningkatnya jumlah kasus Tuberculosis di Kota Semarang sampai saat ini Pemerintah Kota Semarang harus mampu merespon serta menyelenggarakan pencegahan dan pelayanan penanggulangan *Tuberculosis* yang memadai baik dalam hal pencegahan, perawatan serta pengobatan dalam upaya menekan laju perkembangan *Tuberculosis* yang terdapat di Kota Semarang. Dalam rangka mewujudkan pembangunan di Kota Semarang secara menyeluruh maka perlu adanya perencanaan strategis dalam segala sektor kehidupan, berdasarkan Keputusan Wali Kota Semarang Nomor 400.7/421 Tahun 2024 Tentang Pembentukan Tim Percepatan Penanggulangan Tuberkulosis Kota Semarang Tahun 2024-2028, oleh sesuai dengan tujuan bernegara, visi-misi daerah dan kaerifan lokal Kota Semarang serta harus mampu memberikan kontribusi dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat Kota Semarang.

2) Landasan sosiologis,

Hukum yang dibuat harus dapat dipahami masyarakat sesuai dengan kenyataan yang dihadapi masyarakat. Dengan demikian dalam penyusunan rancangan peraturan daerah harus sesuai dengan kondisi masyarakat yang bersangkutan. Mengingat Tuberkulosis atau lazim disingkat TB/TBC adalah penyakit infeksi menular langsung yang disebabkan kuman *Mycrobacterium Tuberculosis*, ditularkan melalui percikan dahak yang dikeluarkan dari mulut dan hidung pasien Tuberkulosis BTA positif saat bicara, batuk maupun bersin.

Berdasarkan fakta yang ada di Kota Semarang Penanggulangan Tuberkulosis semakin meluas, tanpa mengenal status sosial, batas usia dan wilayah. Peningkatan tersebut yang sangat signifikan, sehingga dipandang perlu adanya penanggulangan secara melembaga, sistematis, komprehensif, partisipatif dan berkesinambungan. Selanjutnya berdasarkan pertimbangan tersebut maka perlu membentuk Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Tuberkulosis di Kota Semarang

3) Landasan yuridis

Pembentukan Peraturan Daerah harus mempunyai landasan hukum atau dasar hukum. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 13 tahun 2022 perubahan atas Undang-Undang 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan landasan hukum di sini meliputi: pertama, peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar hukum pembentukan Daerah yang bersangkutan; kedua: peraturan perundang-undangan yang memberi kewenangan pembuatan Peraturan Daerah; dan ketiga: peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan materi Peraturan Daerah yang dibentuk.

Dari landasan hukum yang berkaitan dengan dasar kewenangan pembuatan dapat apakah seorang pejabat atau badan memiliki kewenangan membentuk regulasi sebagaimana yang ditentukan dalam peraturan perundang undangan. Hal ini penting, mengingat sebuah peraturan perundang-undangan yang dibuat oleh badan atau pejabat yang tidak memiliki kewenangan maka peraturan perundang undangan tersebut batal demi hukum (neitige). Misalnya kewenangan untuk menyusun Undang-Undang ada pada DPR dan Presiden; Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden ada pada

Presiden; Peraturan Daerah Kabupaten ada pada Bupati bersama-sama Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten.

Sedangkan berkaitan dengan materi muatan dalam peraturan perundang-undangan maka harus berdasarkan asas sinkronisasi baik vertikal maupun horisontal. Disamping itu juga harus diperhatikan asas-asas lain seperti asas Lex Specialist Derogatur legi Generali, asas yang kemudian mengesampingkan yang terdahulu dan lain sebagainya. Untuk materi muatan Peraturan Daerah adalah: seluruh materi muatan dalam penyelenggaraan otonomi daerah dan tugas pembantuan; menampung kondisi khusus daerah; dan penjabaran peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi.

Menyangkut pembentukan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan TBC Kota Semarang ini, terdapat beberapa peraturan perundang-undangan terkait Berdasarkan hierarki perundang-undangan terkait dapat disebutkan sebagai berikut

- a. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
- b. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam

Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat, dan Daerah Istimewa Jogjakarta;

- c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
- d. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
- e. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 184 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);

- f. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
- g. Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 166);

BAB V

JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN UNDANG-UNDANG, PERATURAN DAERAH PROVINSI, ATAU PERATURAN DAERAH KABUPATEN/KOTA

A. Jangkauan, Arah Pengaturan, dan Sasaran Yang Hendak Dicapai dalam Penanggulangan Penyakit Menular

Jangkauan pengaturan mengenai materi penormaan dalam Rancangan Peraturan Daerah Kota Semarang tentang Penanggulangan Tuberkulosis adalah menjaga, melindungi dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, diperlukan kebijakan pemerintah daerah yang terprogram, terencana dan berkesinambungan dalam Penanggulangan Tuberkulosis Di samping itu juga ditujukan untuk:

1. mencegah dan menanggulangi penularan Tuberkulosis di Masyarakat khususnya kota semarang;
2. meningkatkan kualitas hidup orang dengan penderita Tuberkulosis;
3. Pemerintah memiliki kewenangan untuk mengatur, dengan tujuan untuk mengarahkan, melindungi dan memenuhi hak konstitusional warganya, dalam rangka melindungi masyarakat dalam bidang kesehatan

pemerintah perlu mengatur melalui pencegahan dan pengendalian Tuberkulosis; dan

4. Perlu dilakukan perubahan sesuai dengan kebutuhan perlindungan masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Dengan demikian nantinya pengaturan mengenai Tuberkulosis mestinya diselenggarakan oleh masyarakat, Pemerintah Daerah, dan swasta Semua yang menjadi jangkauan dan arah pengaturan dalam rangka penyusunan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah akan menjadi ruang lingkup pengaturan norma-norma yang hendak diatur dalam Raperda tentang Penanggulangan Tuberkulosis.

B. Ruang Lingkup Materi Muatan Rancangan Peraturan Daerah Kota Semarang tentang Tuberkulosis

Materi muatan yang hendak diatur dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah Kota Semarang tentang Kerjasama daerah tidak terlepas dari jangkauan dan arah yang telah ditentukan untuk menentukan luasnya pengaturan norma dalam Rancangan Peraturan Daerah itu. Oleh karena itu dapat diuraikan materi muatan Rancangan Peraturan Daerah Kota Semarang tentang Penanggulangan Tuberkulosis adalah sebagai berikut:

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Daerah ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Semarang.
2. Walikota adalah Walikota Semarang.
3. Pemerintah Daerah adalah Walikota sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu kepala Daerah dalam penyelenggaraan Pemerintahan Daerah yang terdiri dari sekretariat Daerah, sekretariat DPRD, dinas Daerah, lembaga teknis Daerah, kecamatan, dan kelurahan.
5. Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat TBC adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* yang dapat menyerang paru dan organ lainnya.
6. Penanggulangan Tuberkulosis yang selanjutnya disebut Penanggulangan TBC adalah segala upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif, tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif yang ditujukan untuk melindungi kesehatan masyarakat, menurunkan angka kesakitan, kecacatan atau kematian, memutuskan penularan, mencegah resistensi obat dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan akibat TBC.
7. Masyarakat adalah sejumlah manusia dalam arti seluas-luasnya, orang per orang, kelompok orang, keluarga, organisasi kemasyarakatan dan/atau pemangku kepentingan non pemerintah lain dalam penanggulangan TBC.
8. Surveilans TBC adalah kegiatan pemantauan dan analisis sistematis terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit TBC atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhinya untuk mengarahkan tindakan pengendalian yang efektif dan efisien.
9. Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut fasyankes adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun

rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.

Pasal 2

Peraturan Daerah ini dimaksudkan untuk memberikan pedoman bagi Pemerintah Daerah, masyarakat, dan pihak terkait lainnya dalam Penanggulangan TBC.

Pasal 3

Peraturan Daerah ini bertujuan untuk:

- a. mencegah dan memutus rantai penularan TBC;
- b. melindungi masyarakat dari penularan TBC;
- c. meningkatkan kualitas hidup penderita TBC serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat penyakit TBC pada individu, keluarga, dan Masyarakat;
- d. Menyediakan dan meningkatkan mutu pelayanan, perawatan, pengobatan dan dukungan kepada penderita TBC; dan
- e. Meningkatkan peran serta dan kerjasama keluarga masyarakat, penderita TBC, Lembaga Pemerintah, organisasi non pemerintah/organisasi kemasyarakatan, profesi kesehatan, sektor swasta dan dunia usaha, serta lembaga swadaya masyarakat, lembaga keagamaan dalam rangka penanggulangan TBC.

Pasal 4

Ruang lingkup Penanggulangan TBC dalam Peraturan Daerah ini meliputi:

- a. Prinsip dan Tugas;
- b. Kebijakan dan Strategi;
- c. Kegiatan Penanggulangan TBC;
- d. Sumber Daya;
- e. Sistem Infomasi;
- f. Percepatan Penanggulangan TBC;
- g. Pencatatan dan Pelaporan;
- h. Peran Serta Masyarakat;
- i. Pembinaan dan Pengawasan; dan
- j. Pembiayaan

BAB II PRINSIP DAN TUGAS

Pasal 5

Penanggulangan TBC dilaksanakan berdasarkan prinsip:

- a. memperhatikan asas kemanusiaan dan keadilan dalam pemberdayaan;
- b. kegiatan diarahkan untuk mempertahankan dan memperkuat ketahanan dan kesejahteraan keluarga;
- c. kegiatan terintegrasi dengan program pembangunan kesehatan ditingkat nasional, provinsi, dan Daerah;
- d. kegiatan dilakukan secara sistematis dan terpadu, mulai dari perilaku hidup sehat, pencegahan penyakit, pengobatan, perawatan, dan dukungan bagi penderita TBC serta orang yang terdampak;
- e. kegiatan dilakukan dengan partisipasi Masyarakat dan Pemerintah Daerah berdasarkan kemitraan, menjamin ketersediaan obat dan alat kesehatan yang diperlukan dalam penanggulangan TBC; dan
- f. mengembangkan sistem informasi.

Pasal 6

Pemerintah Daerah mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. mencantumkan indikator TBC dalam rencana pembangunan jangka menengah daerah dan rencana strategis Pemerintah Daerah sebagai salah satu prioritas kesehatan di daerah;
- b. mengoordinasikan keseluruhan pelaksanaan kegiatan Penanggulangan TBC di wilayahnya;
- c. menyediakan pendanaan kegiatan Penanggulangan TBC dari beberapa sumber;
- d. menyediakan dan meningkatkan sumber daya manusia untuk mencapai target standar pelayanan minimal terkait Penanggulangan TBC;
- e. melakukan penemuan kasus TBC secara aktif dan cepat dengan melibatkan masyarakat;
- f. memastikan semua orang yang terdiagnosis TBC tercatat dan dilaporkan dalam sistem informasi TBC;
- g. memberikan pengobatan pencegahan TBC kepada populasi rentan;
- h. melakukan mitigasi dampak psikososial dan ekonomi yang dihadapi pasien TBC dan keluarganya; dan

- i. melakukan perbaikan kualitas hunian pada pasien TBC sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB III KEBIJAKAN DAN STRATEGI

Pasal 7

Kebijakan Penanggulangan TBC sebagai berikut:

- a. dilaksanakan sesuai dengan asas desentralisasi dalam kerangka otonomi daerah sebagai titik berat manajemen program, yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta menjamin ketersediaan sumber daya (dana, tenaga, sarana dan prasarana);
- b. dilaksanakan dengan menggunakan pedoman standar nasional sebagai kerangka dasar dan memperhatikan kebijakan global untuk Penanggulangan TBC;
- c. penemuan dan pengobatan untuk Penanggulangan TBC dilaksanakan oleh seluruh fasyankes tingkat pertama yang meliputi Puskesmas, klinik, dan dokter praktik mandiri serta fasyankes rujukan tingkat lanjut yang meliputi rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta;
- d. pelayanan pasien dalam rangka Penanggulangan TBC diberikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. menjamin ketersediaan obat anti TBC dari Pemerintah;
- f. keberpihakan kepada Masyarakat dan pasien TBC dimana pasien TBC tidak dipisahkan dari keluarga, masyarakat dan pekerjaannya, serta memiliki hak dan kewajiban sebagaimana individu yang menjadi subyek dalam penanggulangan TBC;
- g. penanggulangan TBC dilaksanakan melalui penggalangan kerjasama dan kemitraan diantara sektor pemerintah, non pemerintah, swasta dan Masyarakat, melalui Tim Percepatan Penanggulangan TBC.
- h. penguatan manajemen program penanggulangan TBC ditujukan memberikan kontribusi terhadap penguatan sistem kesehatan nasional;
- i. pelaksanaan program menerapkan prinsip dan nilai inklusif, proaktif, efektif, responsif, profesional dan akuntabel;
- j. penguatan kepemimpinan program ditujukan untuk meningkatkan komitmen pemerintah Daerah terhadap

- keberlangsungan program dan pencapaian target strategi global Penanggulangan TBC yaitu eliminasi TBC; dan
- k. percepatan Penanggulangan TBC berbasis kewilayahan.

Pasal 8

- (1) Strategi Penanggulangan TBC yakni:
- a. penguatan dan kepemimpinan pemerintah Daerah untuk mendukung percepatan eliminasi;
 - b. peningkatan akses layanan TBC yang bermutu dan berpihak pada pasien;
 - c. optimalisasi upaya promosi dan pencegahan, pemberian pengobatan TBC serta pengendalian infeksi;
 - d. pemanfaatan hasil riset dan teknologi skrining, diagnosis dan tata laksana TBC;
 - e. peningkatan peran serta komunitas, pemangku kepentingan dan multi sektor lainnya dalam penanggulangan TBC;
 - f. penguatan manajemen program TBC melalui penguatan sistem kesehatan;
 - g. pengendalian faktor risiko TBC;
 - h. peningkatan kemitraan TBC;
 - i. peningkatan kemandirian Masyarakat dalam Penanggulangan TBC; dan
 - j. percepatan penyusunan Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TBC.
- (2) Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TBC sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf j diatur lebih lanjut dalam Peraturan Walikota.

BAB IV KEGIATAN PENANGGULANGAN TBC

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 9

Penanggulangan TBC diselenggarakan melalui kegiatan:

- a. promosi kesehatan;
- b. surveilans TBC;
- c. pengendalian faktor risiko;
- d. penemuan dan pengobatan;

- e. pemberian kekebalan;
- f. pemberian obat pencegahan; dan
- g. mitigasi.

Bagian Kedua
Promosi Kesehatan
Pasal 10

- (1). Promosi kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 huruf a dilakukan secara berkesinambungan melalui kegiatan advokasi, komunikasi, dan mobilisasi sosial dengan jangkauan yang luas.
- (2). Untuk memperluas pemanfaatan layanan pencegahan dan pengobatan TBC yang bermutu, upaya promosi kesehatan kepada masyarakat dilakukan melalui:
 - a. penyebarluasan informasi yang benar mengenai TBC ke masyarakat secara masif melalui saluran komunikasi publik;
 - b. penyelenggaraan upaya perubahan perilaku masyarakat dalam pencegahan dan pengobatan TBC;
 - c. pelibatan tokoh masyarakat, tokoh agama, dan *influencer* media sosial untuk menyebarkan materi komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai TBC; dan
 - d. penyampaian informasi kepada masyarakat mengenai layanan TBC yang sesuai standar.

Bagian Ketiga
Surveilans TBC
Pasal 11

- (1) Surveilans TBC sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf b diselenggarakan dengan :
 - a. berbasis indikator; dan
 - b. berbasis kejadian.
- (2) Dalam penyelenggaraan Surveilans TBC dilakukan pengumpulan data secara aktif dan pasif baik secara manual maupun elektronik.
- (3) Pengumpulan data secara aktif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan pengumpulan data yang diperoleh langsung dari masyarakat atau sumber data lainnya.

- (4) Pengumpulan data secara pasif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan pengumpulan data yang diperoleh dari fasyankes.
- (5) Setiap fasyankes sebagaimana dimaksud pada ayat (4) wajib memiliki standar operasional prosedur penanggulangan TBC.
- (6) Penyelenggara fasyankes yang tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diberikan sanksi administratif berupa :
 - a. Teguran Lisan;
 - b. Teguran Tertulis;
 - c. Pembinaan; dan
 - d. Pencabutan izin operasional.
- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai Surveilans TBC sebagaimana dimaksud pada ayat (1) akan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Walikota.

Bagian Keempat

Pengendalian Faktor Risiko

Pasal 12

- (1). Pengendalian faktor risiko sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 huruf c dilakukan melalui:
 - a. peningkatan derajat kesehatan perseorangan;
 - b. intervensi perubahan perilaku masyarakat;
 - c. peningkatan kualitas rumah tinggal pasien, perumahan, dan permukiman; dan
 - d. pencegahan dan pengendalian infeksi TBC di fasyankes dan ruang publik.
- (2). Pengendalian faktor risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melibatkan seluruh sektor dan Pemangku Kepentingan terkait.

Bagian Kelima

Penemuan dan Pengobatan

Pasal 13

- (1) Penemuan dan pengobatan sebagaimana yang dimaksud dalam pasal 9 huruf d dapat dilakukan melalui :

- a. optimalisasi upaya penemuan kasus TBC secara pasif intensif berbasis fasyankes dan secara aktif berbasis institusi dan komunitas;
 - b. pengobatan sesuai dengan standar dengan konsep pengobatan yang berpihak pada pasien; dan
 - c. penyediaan sarana diagnostik yang sensitif dan spesifik untuk penyakit TBC yang dapat diakses oleh seluruh masyarakat.
- (2) Penemuan kasus TBC secara pasif intensif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilakukan melalui pemeriksaan pasien dengan gejala TBC yang datang ke fasyankes dan terintegrasi dengan pelayanan kesehatan lainnya.
- (3) Penemuan kasus TBC secara aktif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilakukan melalui:
- a. pelacakan dan pemeriksaan kasus kontak oleh tenaga kesehatan dan kader kesehatan;
 - b. skrining secara massal terutama pada kelompok rentan dan kelompok berisiko; dan
 - c. skrining pada kondisi situasi khusus.
- (4) Pengobatan sesuai dengan standar dengan konsep pengobatan yang berpihak pada pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b wajib dilaksanakan oleh setiap orang yang dinyatakan menderita TBC.

Pasal 14

- (1) Penanganan kasus dalam Penanggulangan TBC dilakukan melalui kegiatan tata laksana kasus untuk memutus mata rantai penularan dan/atau pengobatan pasien.
- (2) Tata laksana kasus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
- a. pengobatan dan penanganan efek samping di fasyankes;
 - b. pengawasan kepatuhan menelan obat;
 - c. pemantauan kemajuan pengobatan dan hasil pengobatan; dan/atau
 - d. pelacakan kasus mangkir.
- (3) Tata laksana kasus sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 15

- (1) Setiap pasien TBC berkewajiban mematuhi semua tahapan dalam penanganan kasus TBC yang dilakukan tenaga kesehatan.
- (2) Masyarakat yang memiliki riwayat kontak dan/atau tinggal bersama dengan pasien TBC wajib mengikuti tahapan penanganan yang telah ditetapkan.
- (3) Setiap pasien TBC dan/atau masyarakat yang tidak memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dan ayat 2 diberikan sanksi administratif berupa :
 - a. Teguran Lisan;
 - b. Teguran Tertulis; dan
 - c. Pembinaan.

Pasal 16

Dalam rangka memastikan keberhasilan pengobatan pasien TBC sebagaimana dimaksud pada Pasal 13 ayat (1) dilakukan :

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

Bagian Keenam

Pemberian Kekebalan

Pasal 17

Pemberian kekebalan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 huruf e dilakukan melalui imunisasi yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketujuh

Pemberian Obat Pencegahan

Pasal 18

- (1). Pemberian obat pencegahan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 huruf f ditujukan kepada kontak dengan pasien TBC, orang dengan *Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)* yang terbukti tidak menderita TBC, dan orang yang mengalami penurunan fungsi sistem imun;
- (2). Pemerintah harus memastikan pemberian obat pencegahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang dilaksanakan oleh fasyankes sesuai standar;
- (3). Obat pencegahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan menggunakan obat yang disediakan oleh Pemerintah.

Bagian Kedelapan

Mitigasi

Pasal 19

Mitigasi sebagaimana dimaksud pasal 9 huruf g dilaksanakan dengan cara :

- a. memberikan jaminan kesehatan dan perlindungan sosial;
- b. menghilangkan diskriminasi dalam memberikan layanan dan dalam kehidupan masyarakat;
- c. menyelenggarakan program pemberdayaan untuk meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga;
- d. menjamin hak pasien dan penyintas TBC untuk mendapat pekerjaan yang layak; dan
- e. mengikutsertakan pasien dan penyintas TBC resisten obat dalam upaya Penanggulangan TBC sebagai sarana untuk pemberdayaan ekonomi dan sosial.

BAB V

SUMBER DAYA

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 20

Sumber daya Penanggulangan TBC meliputi :

- a. Sumber Daya Manusia; dan
- b. Ketersediaan Obat dan Perbekalan Kesehatan

Bagian Kedua

Sumber Daya Manusia

Pasal 21

- (1) Penyediaan tenaga terlatih dalam pengelolaan program Penanggulangan TBC dan penyediaan tenaga kesehatan di Fasyankes.
- (2) Penyediaan tenaga terlatih dalam pengelolaan program Penanggulangan TBC sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan berbasis kewilayahan.

Bagian Ketiga

Ketersediaan Obat dan Perbekalan Kesehatan

Pasal 22

- (1). Pemerintah Daerah bertanggung jawab dalam penyelenggaraan Penanggulangan TBC, yang meliputi:
 - a. obat anti tuberkulosis;
 - b. vaksin untuk kekebalan;
 - c. obat untuk pencegahan TBC;
 - d. alat kesehatan; dan
 - e. reagensia.
- (2). Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah Daerah melakukan koordinasi dalam perencanaan, monitoring dan evaluasi.

Pasal 23

Pemerintah Daerah menjamin ketersediaan sarana dan prasarana laboratorium kesehatan yang berfungsi untuk :

- a. penegakan diagnosis;
- b. pemantauan keberhasilan pengobatan;
- c. pengujian sensitifitas dan resistensi; dan
- d. pemantapan mutu laboratorium diagnosis.

BAB VI SISTEM INFORMASI

Pasal 24

- (1) Dalam rangka mendukung penyelenggaraan program Penanggulangan TBC diperlukan data dan informasi yang dikelola dalam sistem informasi.
- (2) Data dan informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperoleh melalui kegiatan :
 - a. Surveilans TBC; dan
 - b. Hasil pencatatan dan pelaporan.
- (3) Sistem informasi program pengendalian TBC dilaksanakan secara terpadu dan terintegrasi.

BAB VII PERCEPATAN PENANGGULANGAN TBC

Pasal 25

- (1) Dalam rangka Percepatan Penanggulangan TBC, Pemerintah Daerah membentuk Tim Percepatan Penanggulangan TBC.
- (2) Tim Percepatan Penanggulangan TBC sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan Walikota.

Pasal 26

- (1) Pemerintah Daerah melaksanakan percepatan penanggulangan TBC pada tingkat Kecamatan dan Kelurahan.
- (2) Percepatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan membentuk satuan tugas Percepatan Penanggulangan TBC.

BAB VIII PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pasal 27

- (1). Pencatatan dan Pelaporan dilakukan guna meningkatkan pelayanan kesehatan dan memutus mata rantai penularan TBC.
- (2). Pencatatan dan Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh Tim Percepatan Penanggulangan TBC.

BAB IX PERAN SERTA MASYARAKAT

Pasal 28

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

BAB X PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 29

- (1) Walikota melakukan pembinaan dan pengawasan kegiatan Penanggulangan TBC sesuai dengan tugas, fungsi, dan kewenangannya.
- (2) Mekanisme pembinaan dan pengawasan Penanggulangan TBC dilakukan dengan kegiatan supervisi, monitoring dan evaluasi.
- (3) Dalam rangka melaksanakan pembinaan dan pengawasan, Walikota dapat mengenakan sanksi sesuai dengan kewenangannya dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan Peraturan Walikota.

BAB XI PENDANAAN

Pasal 30

- (1) Pemerintah Daerah menjamin ketersediaan anggaran Penanggulangan TBC.
- (2) Semua kegiatan yang terkait dengan Penanggulangan TBC dibebankan pada;

- a. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah; dan/atau
- b. sumber lain yang sah dan tidak mengikat sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB XII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 31

Peraturan Daerah ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

BAB VI

PENUTUP

A. Simpulan

Selanjutnya pokok-pokok pengaturan yang perlu dirumuskan dalam Rancangan Peraturan Daerah Kota Semarang tentang Penanggulangan Tuberkolousis, minimal harus mengatur ketentuan sebagai berikut ini:

BAB I KETENTUAN UMUM
BAB II PRINSIP DAN TUGAS
BAB III KEBIJAKAN DAN STRATEGI
BAB IV KEGIATAN PENANGGULANGAN TBC
BAB V SUMBER DAYA
BAB VI SISTEM INFORMASI
BAB VII PERCEPATAN PENANGGULANGAN TBC
BAB VIII PENCATATAN DAN PELAPORAN
BAB IX PERAN SERTA MASYARAKAT
BAB X PEMBINAAN DAN PENGAWASAN
BAB XI PENDANAAN
BAB XII KETENTUAN PENUTUP

B. Saran

1. Untuk segera disusun/dibentuk Peraturan Daerah Kota Semarang tentang Penanggulangan tuberkolosis sebagai regulasi daerah yang dapat dijadikan acuan dan pedoman bagi pihak-pihak terkait dalam melakukan penanggulangan tuberkolosis di Kota Semarang.

2. Sebagian materi naskah akademik diatur dalam bentuk Peraturan Daerah Kota Semarang tentang penanggulangan tuberkolosis dan sebagian lagi membutuhkan pengaturan lebih lanjut dengan Peraturan Walikota sebagai pelaksanaan penanggulangan Tuberkolosis di Kota Semarang
3. Untuk menghasilkan dokumen Draft Peraturan Daerah Kota Semarang tentang Penanggulangan penanggulangan Tuberkolosis yang aspiratif dan partisipatif serta implementatif, maka penyusunan Peraturan Daerah ini perlu memperhatikan nilai-nilai budaya dan kearifan lokal serta melibatkan secara aktif berbagai pihak terkait

DAFTAR PUSTAKA

2024, World Health Organization. *2024 Global Tuberculosis Report*, 2024.

Andalas, Universitas. "Pembangunan Kesehatan." *Public Health Authority* 85, no. 1 (2016): 6.

Apriadi, Indra. "Laporan Akhir Penulisan Karya Ilmiah Tentang Implementasi Regulasi Pornografi Di Indonesia." *Kementerian Hukum Dan Hak Asasi Manusia. Badan Pembinaan Hukum Nasional*, 2010.

Arikunto, Suharsimi. "Metode Peneltian." *Jakarta: Rineka Cipta* 173 (2010).

Depkes, R I. "Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis." *Jakarta: Depkes RI*, 2002.

DEWANTI, PANDE KADEK SAVITRI. "Hubungan Sanitasi Fisik Rumah Dengan Penderita Tuberkulosis Paru Di Desa Terunyan Kecamatan Kintamanu Kabupaten Bangli Tahun 2020." *Politeknik Kesehatan Denpasar*, 2020, 1–64.

Dinas Kesehatan. "Jumlah Kasus TBC Yang Ditemukan Dan Diobati Menurut Kabupaten Kota Th 2024 Triwulan 2," 2024.

Dinkes Kota Semarang. "Profil Kesehatan Kota Semarang 2022."

- Dinas Kesehatan Kota Semarang* 6, no. 1 (2022): 1–6.
- Donsu, Jenita, Harmilah, and Rita Benya Adriani. “Buku Pencegahan Tuberkulosis Dan Holistic Care,” 2019.
- Dr. h. masriadi, s.km., s.pd.i., S.kg. *Epidemiologi Penyakit Menular. Pengaruh Kualitas Pelayanan... Jurnal EMBA*. Vol. 109, 2016.
- esaunggul. “Pengantar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat (Pendekatan Dan Peran Kesehatan Masyarakat),” 2018.
- Fitria, Annisa. “Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Di Rsud Arosuka Kabupaten Solok Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Stan Dar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.” *Journal of Chemical Information and Modeling* 53, no. 9 (2020): 1689–99.
- Freeman, Jenny V, Stephen J Walters, and Michael J Campbell. *How to Display Data*. John Wiley & Sons, 2011.
- Hasan, MF. “Metode Penelitian,” 2020.
- INDONESIA, KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (Tata Laksana Tuberkulosis)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2020.
- Janan Miftakhul. “Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Peningkatan Prevalensi Kejadian TB MDR Di

- Kabupaten Brebes Tahun 2011-2017.” *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI* 08, no. 02 (2019): 64–70.
- Jonaedi Efendi, S H I, S H Johnny Ibrahim, and M M SE. *Metode Penelitian Hukum: Normatif Dan Empiris*. Prenada Media, 2018.
- Kemenkes RI. “Naskah Akademik Ruu Rumah Sakit.” *Kemenkes RI*, no. 2504 (2015): 1–9.
- Kipnis, Jeffrey. “Drawing a Conclusion.” *Perspecta*, 1986, 94–99.
- Maftuh, Bunyamin. “Internalisasi Nilai-Nilai Pancasila Dan Nasionalisme Melalui Pendidikan Kewarganegaraan.” *Jurnal Educationist* 2, no. 2 (2008): 134–44.
- Maju, Universitas Indonesia. “Modul Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan,” 2022.
- Manan, Bagir. *Hukum Positif Indonesia: Satu Kajian Teoritik*. Fh Uii Press, 2004.
- Nadya. “Definisi Sehat Menurut Who.” *Konsep Sehat Dan Sakit* 8, no. 1988 (2018): 1.
- Namey, Emily, Greg Guest, Lucy Thairu, and Laura Johnson. “Data Reduction Techniques for Large Qualitative Data Sets.” *Handbook for Team-Based Qualitative Research* 2, no. 1 (2008): 137–61.

- Nasution, Bahder Johan. "Upaya Peningkatan Kualitas Hidup Manusia Di Bidang Kesehatan." *Www. Mpr. Go. Id*, 2018, 31.
- ND, Mukti Fajar, and Yulianto Achmad. "Metode Penulisan Hukum." *Fakultas Hukum UMY,, Yogyakarta: Komunika*, 2007.
- Organization, World Health. *Global Tuberculosis Control: Epidemiology, Strategy, Financing: WHO Report 2009*. World Health Organization, 2009.
- Penyusun, T I M. *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2023*, 2023.
- "Penyusunan Strategi Rencana Aksi Daerah Dalam Upaya Percepatan Penanggulangan TBC Di Kota Semarang." *Dinkes.Semarangkota*. 2024.
- Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. *Tuberkulosis Pedoman Diagnosis Dan Penatalaksanaan Di Indonesia. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia*. Vol. 001, 2021.
- Rai Widyasari, Kadek. "Gambaran Tingkat Pengetahuan Tentang Pemeliharaan Kebersihan Gigi Dan Mulut Serta Ohi-S Pada Siswa Kelas Iii Sd Negeri 3 Sesetan Tahun 2019." *Poltekkes Denpasar*, 2020, 1–5.
- Sari, Girin Kartika, Sarifuddin, and Tri Setyawati. "Tuberkulosis

Paru Post Wodec Pleural Efusion: Laporan Kasus Pulmonary Tuberculosis Post Wodec Pleural Effusion: Case Report.” *Jurnal Medical Profession* 4, no. 2 (2022): 174–82.

Sartika, Dkk. *Prinsip Kesehatan Masyarakat*. CV MEDIA SAINS INDONESIA. Vol. 5, 2022.

Soekanto, Soerjono. “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dalam Penegakan Hukum.” Jakarta: Rajawali Pers, 2008.

Soemitro, Ronny Hanitijo. “Metode Penelitian Hukum Dan Jurimetri, Jakarta, PT.” Indonesia, 1990.

Soerjono, Soekanto, and Sri Mamudji. “Penelitian Hukum Normatif Suatu Tinjauan Singkat.” PT Raja Grafindo Persada, Jakarta, 1995.

SRI, ANDRIANY. “Makalah Ilmu Kesehatan Masyarakat,” 2013.

Suarni, Helda. “Faktor Risiko Tuberkulosis.” *Jurnal Kesehatan*, 2022, 7–31.

Sudarta. “Kesehatan Masyarakat” 16, no. 1 (2022): 1–23.

Surabaya, Universitas Muhammadiyah. “Epidemiologi Tuberkulosis.” *Sustainability (Switzerland)* 11, no. 1 (2019): 1–14.

Sutopo, H B. “Metodologi Penelitian Hukum Kualitatif Bagian II.”

UNS Press, Surakarta, 1998.

Sutrio, Dkk. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 2016.

Tenggara, Pemerintah Aceh. *Renstra DPPKB Aceh Tenggara Tahun 2020*. Pemerintah Aceh Tenggara, 2020.

“Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan,”
2009, 49–56.

Zanita. “Penatalaksanaan TB Paru.” *Jurnal Kesehatan* 53, no. 9
(2019): 1689–99.