

Manajemen Kawasan Kumuh: Studi Kasus Produksi Bersama Rumah Harapan untuk Pengendalian Tuberkulosis dan Pembangunan Berkelanjutan di Jakarta Pusat

Galuh Anissa Sekar Ayu¹, Arvhi Mega Utami², Nazwa Andhin Kirani³, Reza Pahlevi⁴

Submitted: Juli 27, 2024; Revised: September 28, 2024; Accepted: September 19, 2024

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis manajemen kawasan kumuh sebagai proses teknis dan politis melalui aktivitas produksi bersama (*co-production*) dan bagaimana aktivitas tersebut berkontribusi dalam agenda eliminasi tuberkulosis (TB) menurut pilar *Sustainable Development Goals* (SDGs) dan strategi global END TB. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif yang menggunakan konsep *co-production* dan SDGs No. 3 Kehidupan Sehat dan Sejahtera. Peneliti menggunakan contoh program Rumah Harapan di Gang Buaya, Jakarta Pusat pada tahun 2023. Data yang diperoleh adalah penggabungan sumber data primer dan sekunder terbaru dari tahun 2022-2024. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses teknis produksi bersama Rumah Harapan digambarkan dengan kerja sama antar aktor yang multi level dan multi disiplin sehingga menunjukkan sifat saling komplementer. Hal ini kembali menegaskan perluasan definisi produksi bersama yang tidak hanya mengindikasikan interaksi negara dengan masyarakat. Dalam proses politis, Rumah Harapan dinilai sebagai sebuah alat aktor-aktor dalam memperjuangkan kepentingan dan menegosiasikan hak mereka. Penulis juga menyimpulkan bahwa pelaksanaan program Rumah Harapan sejalan dengan empat prinsip dan tiga pilar utama strategi END TB dan dapat menjadi model *slum-upgrading* yang ramah bagi pasien tuberkulosis.

Kata kunci: Produksi bersama, *Sustainable Development Goals* (SDGs), Rumah Harapan, Tuberkulosis

Abstract

The aim of this study is to analyze slum management as a technical and political process through joint production activities (co-production) and how these activities contribute to the tuberculosis (TB) elimination agenda according to the Sustainable Development Goals (SDGs) pillar and the global END TB strategy. This is a qualitative descriptive study that utilizes the concept of co-production and SDG No.3, Good Health and Well-being. The researcher uses the example of the Rumah Harapan program in Gang Buaya, Central Jakarta in 2023. The data obtained is a combination of the latest primary and secondary data sources from 2022 to 2024. The findings indicate that the technical process of co-production at Rumah Harapan is characterized by multi-level and multi-disciplinary cooperation among actors, thus demonstrating a complementary nature. This reaffirms the expanded definition of co-production that goes beyond merely indicating interaction between the state and society. In the political process, Rumah Harapan is considered a tool for actors to advocate for their interests and negotiate their rights. The author also concludes that the implementation of the Rumah Harapan program aligns with the four principles and three main pillars of the END TB strategy and can serve as a TB-friendly slum-upgrading model.

Keywords: Co-production, *Sustainable Development Goals* (SDGs), Rumah Harapan, Tuberculosis

Pendahuluan

Sejak tahun 1992, World Health Organizations (WHO) menetapkan tuberkulosis (TB) sebagai darurat global (Isbaniah, 2021). Untuk mengentaskan tuberkulosis, WHO merancang program 'STOP TB' dalam agenda *Millennium Development Goals* (MDGs) di tahun 2000-2015. Poin 6 target 8, *halt and reverse*

TB, dalam *Millennium Development Goals* merupakan fondasi utama program 'STOP TB'. Hingga berakhirnya agenda MDGs, tercatat dalam laporan terakhir Global Tuberculosis Report 2016 bahwa ada sekitar 10,4 juta kasus TB baru yang 60% dari total kasus tersebut terjadi di 6 negara, yaitu India, Indonesia, Cina, Nigeria, Pakistan, dan Afrika Selatan (World

¹ Universitas Brawijaya, Indonesia (email correspondence: galuhskar04@gmail.com)

² Universitas Brawijaya, Indonesia arvhimégautami@gmail.com

³ Universitas Brawijaya, Indonesia nazwaandhin@student.ub.ac.id

⁴ Universitas Brawijaya, Indonesia mpahlevi2013@gmail.com

Health Organization, 2016). Setelah 10 tahun berjalan, target MDGs terkait eliminasi TB di angka 50% pada tahun 2015 berhasil tercapai, tetapi angka prevalensi TB terus meningkat di seluruh dunia, termasuk Indonesia (World Health Organization, 2016).

Berakhirnya *Millennium Development Goals* (MDGs) sekaligus menjadi pertanda lahirnya kerangka kolaborasi berkelanjutan yang baru bagi negara-negara di dunia, yakni *Sustainable Development Goals* (SDGs). Dalam 17 target utama SDGs, target nomor 3 Kehidupan Sehat dan Sejahtera dan target nomor 17 Kemitraan untuk Mencapai Tujuan menjadi dasar bagi program 'END TB', pengganti 'STOP TB' dalam MDGs. Program 'END TB' bertujuan untuk mengakhiri epidemi TB dengan beberapa indikator keberhasilan yang ditargetkan tercapai pada tahun 2030, di antaranya eliminasi kasus TB di seluruh dunia sebanyak 80%, eliminasi angka kematian hingga 90% pada kasus TB, dan subsidi biaya (berobat nol biaya) pengobatan bagi penderita TB (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). Melalui program 'END TB', Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk menekan jumlah kasus TB ke angka 65 kasus per 100.000 penduduk pada tahun 2030 mendatang (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). Target tersebut senantiasa menjadi pekerjaan rumah yang berat bagi Pemerintah Indonesia. Pasalnya, merujuk pada laporan tahunan Kemenkes RI terbaru, Indonesia menempati posisi kedua negara dengan insiden tuberkulosis tertinggi setelah India, yakni dengan total 969.000 kasus dan angka mortalitas sebesar 93.000 per tahun 2022 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Merujuk pada laporan World Health Organizations, penyakit tuberkulosis erat dengan isu kemiskinan, masalah akses kesehatan, hingga ketimpangan pembangunan (World Health Organization, 2016). Maka dari itu, tak ayal jika negara-negara dengan angka TB yang tinggi lebih banyak tersebar pada negara berkembang dan miskin. Namun, WHO juga menyatakan bahwa beban kasus TB yang tinggi turut dipengaruhi oleh proporsi penduduk yang hidup di daerah kumuh (SDGs 11) dan kepadatan penduduk (World Health Organization, 2016). Pernyataan tersebut relevan dengan teori H.L. Blum tentang derajat kesehatan yang sebesar 40% dipengaruhi oleh faktor lingkungan, seperti kondisi ekonomi rumah tangga, kepadatan

penduduk, kualitas air bersih, sanitasi layak, dan lain sebagainya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Dalam konteks ini, kepadatan penduduk dan permukiman kumuh kian melonjak persebarannya disebabkan oleh urbanisasi. Kota-kota besar di Indonesia, seperti Jakarta merupakan salah satu contoh destinasi bermukim para migran dari desa (Bandiyono, 2016). Merujuk data Badan Pusat Statistik, dalam sepuluh tahun terakhir, kepadatan penduduk Jakarta bertambah jumlahnya sekitar 10.000 penduduk per kilometer persegi. Selain itu, tingkat kepadatan penduduk Jakarta mencapai 16.158 jiwa per kilometer persegi pada tahun 2022 (Badan Pusat Statistik, 2023).

Berdasarkan penelitian yang ditulis oleh Srisantyorini et al. (2022) dengan judul "Analisis Spasial Kejadian Tuberkulosis di Wilayah DKI Jakarta Tahun 2017-2019" pada tahun 2023, variabel kepadatan penduduk terbukti mempengaruhi tingkat penyebaran kasus TB. Penelitian tersebut juga mengungkap bahwa kasus TB umumnya terjadi di kota-kota besar dengan kelompok rentan, seperti tunawisma, penduduk miskin, dan pemilik rumah dengan akses sanitasi, cahaya, dan udara yang tak layak. Lebih lanjut, peneliti juga memaparkan bahwa untuk bisa mengukur tingkat penyebaran dari aspek spasial diperlukan analisis pada tingkatan area administrasi terkecil, yakni kelurahan (Srisantyorini et al., 2022).

Kolaborasi antarsektoral di berbagai tingkat menjadi esensial dalam mencapai target *Sustainable Development Goals* (SDGs) guna mengeliminasi tuberkulosis (TBC) pada tahun 2030. Pengelolaan efektif terhadap kawasan kumuh yang merupakan kunci penting dalam pencapaian target eliminasi TBC, tidak hanya memerlukan lebih dari sekadar intervensi unilateral oleh negara melainkan membutuhkan kerja sama lintas sektor. Studi ini bertujuan untuk mengeksplorasi proses produksi bersama dari perspektif teknis dan politis, guna menghasilkan evaluasi yang dapat diaplikasikan dalam perancangan dan implementasi program. Ini melibatkan investigasi mendalam mengenai kolaborasi yang intens dalam pengaturan kawasan kumuh sebagai faktor vital dalam menangani problematika ini. Selain itu, terdapat kekosongan dalam literatur yang secara spesifik mengkaji peran produksi bersama dalam pengelolaan kawasan kumuh terkait dengan pencapaian SDGs nomor 3. Studi ini dirancang

untuk menggali dinamika produksi bersama dalam pengelolaan kawasan kumuh yang dianalisis sebagai proses teknis dan politis. Selain itu, penelitian ini juga bertujuan untuk mengidentifikasi kontribusi aktivitas produksi bersama terhadap agenda eliminasi TBC yang sejalan dengan pilar *Sustainable Development Goals* (SDGs) dan strategi global END TB.

Kerangka Konseptual

Sustainable development goals (SDGs)

Sustainable development goals (SDGs) telah menjadi pijakan utama bagi upaya global dalam menanggapi tantangan-tantangan pembangunan yang kompleks dan saling terkait. SDGs, dengan 17 tujuan, 169 target dan 232 indikator, secara holistik mencerminkan aspirasi masyarakat internasional untuk mencapai kemajuan yang berkelanjutan dalam tiga dimensi pembangunan, yaitu ekonomi, sosial, dan lingkungan. Menurut (Nunes et al., 2016), mengintegrasikan kerangka kerja yang terpadu diperlukan untuk mencapai SDGs, khususnya di bidang kesehatan dan kesejahteraan yang tertuang pada SDGs Nomor 3, yaitu *good health and well-being*. Hal tersebut tidak lain dikarenakan kesehatan dan kesejahteraan adalah prasyarat dan hasil dari pembangunan berkelanjutan. Kesehatan yang baik diperlukan bagi individu untuk dapat berpartisipasi dalam masyarakat dan berkontribusi pada perekonomian. Sebaliknya, kemajuan SDGs lainnya, seperti pendidikan dan pengentasan kemiskinan, juga dapat mengarah pada peningkatan kesehatan. Sejalan dengan pendapat WHO yang mengatakan bahwa kesehatan sangat ditentukan oleh kondisi mental, sosial, dan lingkungan sehingga dapat dikatakan SDGs Nomor 3 yang berkaitan dengan isu kesehatan dapat dikorelasikan dengan isu lain yang tertuang pada tujuan SDGs yang lainnya, seperti isu kemiskinan, kesetaraan gender, pendidikan, pertumbuhan, dan lain sebagainya.

Masalah yang menjadi pembahasan utama pada SDGs Nomor 3, yaitu mengakhiri epidemi AIDS; tuberkulosis (TB); malaria dan penyakit tropis yang terabaikan; pencegahan dan pengobatan penyalahgunaan zat adiktif; akses universal ke perawatan kesehatan seksual dan reproduksi; cakupan perawatan kesehatan universal; kematian yang disebabkan oleh bahan kimia berbahaya dan kontaminasi udara, air dan tanah; serta kapasitas negara untuk

mengeluarkan peringatan dini. Pembahasan yang menitikberatkan pada kesehatan dan kesejahteraan manusia ini memberikan landasan yang kuat untuk memahami urgensi penanganan penyakit TB karena prevalensi TB ini termasuk ke dalam masalah utama pada SDGs Nomor 3. TB tetap menjadi perhatian utama karena dampaknya yang luas terhadap kesehatan masyarakat. Untuk menindaklanjuti, SDGs membuat program yang bertujuan untuk mengakhiri epidemi TB di seluruh dunia yang bernama END-TB yang merupakan pengembangan dari program sebelumnya, yaitu *STOP TB*.

Strategi END-TB yang diinisiasi oleh WHO pada tahun 2015 berlandaskan pada beberapa prinsip kunci dalam implementasinya. Pertama, strategi ini menekankan pada pentingnya peran pemerintah dalam mengevaluasi dan memantau pelaksanaan strategi tersebut untuk memastikan efektivitasnya. Kedua, strategi ini mendorong pembentukan koalisi dengan organisasi sosial, masyarakat, dan komunitas untuk meningkatkan dukungan dan partisipasi dalam upaya pemberantasan TB. Ketiga, strategi ini menggarisbawahi perlunya menghormati dan melindungi Hak Asasi Manusia serta mempromosikan kesetaraan di antara seluruh lapisan masyarakat. Keempat, adaptasi strategi dan target yang spesifik untuk tiap negara diperlukan dengan tetap menjaga kolaborasi pada tingkat global.

Untuk mewujudkan prinsip-prinsip ini, strategi END-TB dibangun atas tiga pilar utama. Pilar pertama adalah pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan berfokus pada pasien, mencakup deteksi dini, penyediaan terapi menyeluruh kepada penderita TB, pengelolaan komorbiditas TB/HIV, dan upaya pencegahan melalui terapi dan vaksinasi untuk kelompok berisiko tinggi. Pilar kedua menyangkut kebijakan dan sistem pendukung, termasuk komitmen politik yang kuat, kerja sama lintas sektor, dan kebijakan kesehatan yang inklusif, serta upaya perlindungan sosial untuk mengurangi kemiskinan yang berhubungan dengan TB. Pilar ketiga adalah penelitian intensif dan inovatif yang bertujuan untuk menemukan dan mengembangkan alat serta strategi baru, melakukan penelitian untuk mengoptimalkan implementasi, dan mempromosikan inovasi dalam terapi TB.

Selain itu, untuk dapat mengatasi kompleksitas penyakit TB tentu memerlukan

upaya kolaboratif dari para aktor agar bisa mewujudkannya. Hal ini pun sesuai dengan SDGs Nomor 17, yaitu *partnership for the goals* yang bertujuan untuk menekankan pentingnya kerja sama lintas sektor, lintas negara, hingga lintas lapisan dalam mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan secara efektif. Melalui kerja sama lintas aktor yang ditekankan dalam SDGs Nomor 17, implementasi program-program kesehatan dan kesejahteraan dapat diperkuat, sumber daya yang dibutuhkan untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan dapat lebih efisien disalurkan, serta upaya-upaya untuk meningkatkan kondisi kesehatan masyarakat secara holistik dapat didukung secara lebih luas dan berkelanjutan. Dengan demikian, kemitraan yang terjalin melalui pencapaian SDGs Nomor 17 (produksi bersama) menjadi landasan yang kuat dalam mewujudkan tujuan SDGs Nomor 3 secara efektif.

Co-production

Ellis Adams dan Boateng (2018) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa kemitraan masyarakat-publik merupakan sebuah bentuk produksi bersama yang dalam prosesnya melibatkan institusi negara dan masyarakat. Dalam kasus penyediaan akses air di Lilongwe, Malawi, *co-production* bertujuan untuk meningkatkan layanan publik di permukiman perkotaan yang kurang mendapat perhatian pemerintah (Adams & Boateng, 2018). Elinor Ostrom mendefinisikan produksi bersama sebagai *"the process through which inputs used to provide a good or service are contributed by individuals who are not in the same organization"* (Ostrom, 1996). Merujuk pada definisi tersebut, kemitraan dalam produksi bersama tidak terbatas pada institusi negara dan masyarakat saja, tetapi juga melibatkan berbagai aktor, seperti lembaga publik, perusahaan swasta, asosiasi, organisasi, dan komunitas (Goodwin, 2019). Ostrom melihat beberapa variabel yang saling beririsan dari konsep *co-production*. Variabel tersebut terkait dengan adanya keikutsertaan masyarakat, organisasi, kelompok asosiasi, dan institusi negara dalam proses pembangunan layanan publik (Goodwin, 2019).

Pada praktiknya, *co-production* dipandang sebagai kemitraan yang bersifat teknis dan politis. Ostrom cenderung melihat aktivitas produksi bersama sebagai sesuatu yang bersifat teknis, yakni merujuk pada proses produksi

yang bertujuan untuk mencapai hasil maksimal dengan anggaran tertentu. Dalam hal ini, produksi bersama dapat menekan pengeluaran negara dan meningkatkan partisipasi aktif para mitra, khususnya masyarakat (Banana et al., 2015). Di sisi lain, Mitlin melihat konsep *co-production* sebagai proses yang lebih bersifat politis daripada teknis. *Co-production* sebagai proses politik dimaknai sebagai mekanisme produksi yang bukan hanya berfokus pada pembenahan pelayanan publik, melainkan juga pada upaya menegosiasikan kembali hubungan masyarakat dengan negara (Mangai & De Vries, 2018).

Dalam penyediaan layanan publik, pemerintah memiliki tanggung jawab kepada masyarakat untuk memberikan pelayanan yang baik. *Co-production* dalam hal ini dapat menjadi mekanisme yang efektif untuk meningkatkan akuntabilitas pemerintah karena melibatkan seluruh pihak, termasuk masyarakat dalam proses pengambilan keputusan yang pada akhirnya akan mempengaruhi kehidupan mereka. Pendekatan kolaboratif ini dapat memiliki implikasi untuk akuntabilitas dalam beberapa cara. Pertama, *co-production* dapat menyebabkan peningkatan ikatan akuntabilitas karena berbagai pemangku kepentingan terlibat dalam proses penyampaian layanan. Hal ini dapat meningkatkan transparansi, responsivitas, efektivitas, dan tanggung jawab dalam pengambilan keputusan dan implementasi. Dengan melibatkan berbagai pihak dalam siklus pelayanan publik, *co-production* dapat meningkatkan kepercayaan terhadap lembaga pemerintah dan perbaikan dalam hasil pelayanan publik (Sorrentino et al., 2018).

Kedua, *co-production* sering menekankan akuntabilitas yang berpusat pada proses, di mana fokusnya adalah pada proses bagaimana layanan disampaikan, tidak hanya berfokus pada hasil. Hal ini dapat mengarah pada evaluasi yang lebih menyeluruh terhadap proses penyampaian layanan dan peran berbagai pihak yang terlibat. Ketiga, *co-production* sebagai suatu tata kelola dapat mengubah budaya kerja para profesional layanan publik. Hal ini dapat memperkenalkan dinamika dan hubungan baru di antara pemangku kepentingan, yang berpotensi mempengaruhi pemahaman dan praktik akuntabilitas dalam organisasi (Considine, 2002; Hupe & Hill, 2017).

Selanjutnya, dalam *co-production*, peran warga dan penyedia layanan profesional

diredefinisi, beralih dari 'layanan publik untuk publik' menuju 'layanan publik oleh publik'. Pergeseran ini dapat memengaruhi bagaimana akuntabilitas didistribusikan di antara berbagai pihak yang terlibat dalam penyampaian layanan (Brandsen & Pestoff, 2006; Osborne, 2009; Osborne & Strokosch, 2013). Jika dilaksanakan dengan efektif, *co-production* dapat menghasilkan hasil layanan yang lebih efektif. Meskipun klien tidak selalu termotivasi untuk melakukan *co-production*, keterlibatan mereka dapat menjadi penting untuk mencapai hasil layanan yang efektif. Hal ini dapat berkontribusi pada peningkatan akuntabilitas dengan memastikan bahwa layanan memenuhi kebutuhan masyarakat (Loeffler & Bovaird, 2016). Melalui *co-production*, hubungan yang terbentuk antara para aktor dapat membantu dalam pembentukan dan penyampaian layanan, yang pada akhirnya dapat meningkatkan transparansi, responsivitas, dan efektivitas yang membentuk akuntabilitas dalam tata kelola.

Co-production merupakan suatu konsep yang menguji keterampilan manajerial (Ramírez, 1999) dalam konteks pemerintahan. Sebab, pemerintah dihadapkan pada sejumlah tantangan yang melibatkan kepentingan dengan rasio partisipasi yang berbeda-beda (Filipe & Renedo, 2017) dan agenda kebijakan yang beragam berpotensi menimbulkan ketegangan. Konsep ini melibatkan partisipasi masyarakat dalam proses pengambilan keputusan dan penyediaan layanan publik, yang pada akhirnya memperkuat kedudukan masyarakat dalam hubungannya dengan pemerintah dan lembaga-lembaga publik lainnya.

Melalui mekanisme *co-production*, masyarakat dapat turut serta dalam memperjuangkan hak dan kepentingan mereka dalam sistem pelayanan publik, dengan tujuan meminimalisasi pengaruh kepentingan pribadi kelompok dalam pemerintahan (Banana et al., 2015). Proses pembentukan kebijakan dan layanan bersifat terbuka, sehingga berjalan secara demokratis. Secara tidak langsung, hal ini juga dapat meningkatkan akses layanan bagi seluruh masyarakat. Selain itu, *co-production* juga mendorong transparansi dalam penyediaan layanan yang memungkinkan warga negara untuk menuntut pertanggungjawaban lembaga pemerintah atas tindakan dan keputusan mereka sehingga menjamin hak warga negara

untuk mendapatkan informasi, berpartisipasi, dan mencari keadilan atas keluhan masyarakat (Mangai & De Vries, 2018). Keterlibatan seluruh pihak dalam *co-production* dapat menampung suara dan perspektif yang beragam, memastikan bahwa kelompok-kelompok marjinal diikutsertakan dalam tata kelola. Hal ini tidak hanya melindungi hak-hak penduduk yang rentan, tetapi juga mendorong terciptanya kesetaraan sosial. Melalui implementasi sistem *co-production*, masyarakat yang terlibat akan menghasilkan layanan yang lebih responsif dan berpusat pada warga negara yang pada akhirnya lebih memenuhi kebutuhan dan hak bersama.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang menggunakan konsep *co-production* dan *Sustainable Development Goals* (SDGs) Nomor 3 Kehidupan Sehat dan Sejahtera dalam menjelaskan peran dan tanggung jawab para aktor yang terlibat. Penulis akan menggunakan contoh program Rumah Harapan yang telah terselenggara di Gang Buaya, Jakarta Pusat pada tahun 2023. Dua konsep di atas juga akan mengeksplorasi proses teknis dan proses politis produksi bersama. Penulis menggunakan teknik analisis deskriptif yang menurut Creswell (2014) menitikberatkan proses penelitian pada observasi lapangan dan memfokuskan data yang diperoleh untuk menjawab rumusan masalah penelitian.

Dalam konteks ini, penulis melakukan serangkaian aktivitas analisis data, diantaranya pengumpulan data primer dan sekunder yang relevan dengan topik penelitian dan teknik pengolahan data. Penelitian ini menggabungkan sumber data primer dan sekunder terbaru dari tahun 2015-2024. Data primer diperoleh melalui wawancara dengan beberapa narasumber kunci sekaligus koordinator program Rumah Harapan yang ahli di bidangnya masing-masing, seperti anggota tim pengabdian profesi Ikatan Arsitek Indonesia, Ketua dan pengurus Perhimpunan Organisasi Pasien TBC (POP TB), serta penanggung jawab bagian TBC Puskesmas Senen, Jakarta Pusat. Pengambilan data primer dilakukan pada Senin, 22 April 2024 — 20 Mei 2024. Sementara itu, data sekunder dikumpulkan melalui penelitian terdahulu untuk memperkuat argumen dasar (Creswell, 2014). Data sekunder penulis ambil dari laporan tahunan penanggulangan tuberkulosis yang

dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI, World Health Organization, dan dokumen resmi Wadah Kemitraan Penanggulangan Tuberkulosis (WKPTB) oleh Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan RI. Selain laporan resmi, penulis juga menggunakan dokumen dalam laman web yang dirilis oleh organisasi TBC Indonesia.

Untuk memperkuat analisis data, jurnal terkait *co-production*; manajemen kawasan kumuh; penanggulangan tuberkulosis; laman web terpercaya; statistik data yang dirilis Badan Pusat Statistik daerah Jakarta dan nasional turut dijadikan sumber komplementer oleh penulis. Setelah melakukan pengumpulan data, penulis kemudian mengolah data dengan mengorganisasikan dan mengelompokkan data. Pada akhirnya, penulis mampu menyusun laporan penelitian hingga merumuskan kesimpulan akhir.

Hasil

Gambaran umum Tuberkulosis dan Program Rumah Harapan

Pada tahun 2023, seorang pasien tuberkulosis RO (resistan obat), Indah Lestari, dinyatakan berhak menerima bantuan penyediaan dan penataan kawasan kumuh di Jakarta, tepatnya di Jalan Pasar Senen Dalam VI, RT 015/RW 004, Kelurahan Senen, Jakarta Pusat. Indah Lestari, 28 tahun, menderita tuberkulosis resisten obat dalam beberapa tahun terakhir, kondisi kesehatannya semakin diperparah oleh faktor lingkungan sekitar, seperti kepadatan penduduk, kelembaban ruangan, dan sistem sanitasi yang tak layak—ketiadaan instalasi pengelolaan air limbah. Berlokasi di kediamannya yang hanya berukuran 3 x 3 meter persegi dengan dua lantai, Indah harus berjuang melawan tuberkulosis bersama 10 anggota keluarga lainnya. Bahkan, beberapa anggota keluarganya yang lain pun juga dipastikan positif tuberkulosis. Menurut POP TB, kondisi kesehatan, keadaan lingkungan, dan bukti kepemilikan tanah yang sah menjadi justifikasi Indah Lestari sesuai dengan kriteria penerima bantuan produksi bersama.

Kepadatan penduduk di Jakarta Pusat menjadi pertimbangan utama pada program Rumah Harapan. Per Juni 2022, Jakarta Pusat dinobatkan sebagai wilayah terpadat se-Provinsi DKI Jakarta dengan total penduduk yang mencapai 1,11 juta jiwa, sedangkan luas wilayah hanya 47,56 km persegi (Dukcapil DKI



Gambar 1. Indah Lestari di Kediamannya, Gang Buaya, Jakarta Pusat

Sumber: Kantor Berita Kemanusiaan, 2023

Jakarta, 2022). Oleh karena itu, setidaknya 1 km persegi lahan di Jakarta Pusat dihuni oleh 23.249 jiwa (Dukcapil DKI Jakarta, 2022). Seiring dengan meningkatnya laju pertumbuhan penduduk Jakarta, proporsi permukiman kumuh kian meningkat. Menurut data Kementerian Agraria dan Tata Ruang, sekitar 118 dari 267 kelurahan atau sekitar 45% dari total kelurahan di Jakarta merupakan permukiman kumuh. Persebaran permukiman kumuh Jakarta, di antaranya Jakarta Utara (30%), Jakarta Barat (28%), Jakarta Selatan (18%), Jakarta Timur (12%), Jakarta Pusat (11%), dan Kepulauan Seribu (1%) (Kompas, 2019). Relevan dengan data di atas, Jakarta merupakan wilayah dengan jumlah kasus tuberkulosis yang juga tinggi, yakni mencapai angka 26.854 dengan total kasus di Jakarta Pusat sebesar 6.428 orang (Badan Pusat Statistik Provinsi DKI Jakarta, 2022).

Program Rumah Harapan merupakan gagasan Yahintara yang berkolaborasi dengan pemerintah pusat, daerah, dan lembaga non-pemerintah seperti Dompot Dhuafa, Lazismu, dan POP TB. Program ini bertujuan untuk memperbaiki kualitas udara di lingkungan padat penduduk serta menciptakan kawasan yang tertata, aman, dan sehat agar iklim menjadi kondusif. Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang penanggulangan TBC dan Strategi Nasional Eliminasi TBC 2030 telah mengatur tanggung jawab pemerintah serta peran serta masyarakat. Peraturan ini mendorong pemerintah membentuk Wadah Kemitraan Penanggulangan TBC (WKPTB) yang diresmikan melalui Keputusan Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan No. 40 Tahun 2021. WKPTB, melalui program aksi PROTEKSI (Aksi Program Terpadu Penanggulangan Tuberkulosis).

Wadah kolaborasi tersebut berguna dalam mengoordinasikan, menyinkronkan, dan menyinergikan potensi serta sumber daya para mitra untuk percepatan penanggulangan TBC di Indonesia sesuai dengan potensi sumber daya setiap daerah (Wadah Kemitraan Penanggulangan Tuberkulosis, 2022).

Produksi Bersama (Co-production) Rumah Harapan sebagai Proses Teknis dan Politis

Merujuk pada kerangka pemikiran Ostrom, produksi bersama merupakan sebuah proses kolaborasi individu atau organisasi berbeda yang bertujuan untuk menyediakan barang dan jasa bagi masyarakat (Ostrom, 1996). Aktor yang terlibat dalam aktivitas *co-production* umumnya berasal dari berbagai macam latar belakang, seperti institusi pemerintahan, komunitas, akademisi, lembaga filantropi, sektor swasta, dunia usaha, hingga masyarakat (Goodwin, 2019). Dua pemaknaan *co-production* Ostrom dan Mitlin cenderung berbeda. Sementara Ostrom memaknai produksi bersama sebagai suatu proses teknis, Mitlin lebih menekankan kehadiran sisi politis dalam proses tersebut (Banana et al., 2015). Produksi bersama sebagai proses teknis berorientasi pada kolaborasi aktor yang multi level dan multi sektor dalam menyediakan barang dan jasa publik. Jika menurut Mitlin penyediaan layanan publik didefinisikan sebagai bentuk interaksi negara dengan masyarakatnya, Ostrom justru memperluas makna tersebut dengan mengikutsertakan masyarakat dan kelompok kepentingan lain (Loeffler & Bovaird, 2016). Atas dasar itu, hubungan para pemangku kepentingan dan masyarakat tidak hanya bersifat substitusi saja, tetapi harus saling melengkapi satu dengan yang lain. Relevan dengan pendefinisian Ostrom terkait redefinisi produksi bersama yang lebih bebas, penyediaan layanan bagi penderita TBC khususnya dalam program Rumah Harapan dapat menjadi contoh konkret.

Gagasan Rumah Harapan yang bersumber dari lembaga non-pemerintah menunjukkan sistem *bottom-up*, yakni inisiatif dimulai dari masyarakat dan lembaga non-pemerintah (Takahashi, 2009). Dengan kata lain, pendekatan penanganan permukiman kumuh yang diaplikasikan melalui *slum-upgrading*, dengan berupaya mencari alternatif solusi yang cocok dengan komunitas. Pemerintah kemudian hadir dan berkolaborasi setelah program

berjalan. Inisiatif yang dimulai dari bawah ini menunjukkan bahwa masyarakat memiliki kekuatan untuk memulai perubahan dan menegosiasikan hak-hak mereka, sementara pemerintah datang untuk mendukung dan mengembangkan inisiatif tersebut (Takahashi, 2009). Produksi bersama dalam konteks ini mencerminkan keterlibatan banyak pihak yang bersifat saling komplementer, yakni ketika berbagai pemangku kepentingan berinteraksi, bernegosiasi, dan berkolaborasi untuk mengeliminasi TBC di Indonesia melalui penyediaan layanan sosial, seperti tempat tinggal dan dukungan psikososial. Dalam pelaksanaannya, Program Rumah Harapan tidak hanya berfokus pada aspek fisik dari perumahan yang sehat, tetapi juga pada peningkatan kesejahteraan pasien TBC dan keluarga mereka. Dukungan yang diberikan meliputi penyuluhan kesehatan, pelatihan keterampilan, serta bantuan ekonomi dan sosial yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien TBC.

Dalam pelaksanaan program Rumah Harapan, berbagai pihak memiliki peran dan tugas yang signifikan dan saling melengkapi. Yahintara bertanggung jawab atas desain dan konstruksi infrastruktur Rumah Harapan, memastikan bahwa fasilitas yang dibangun ramah lingkungan dan berkelanjutan. Pada konteks ini, desain rumah dilakukan dengan pembuatan dengan ventilasi dan sanitasi yang baik di tengah padatnya Gang Buaya tersebut—penyediaan sanitasi ini kemudian didukung dengan pembuatan Instalasi Pengolahan Limbah (IPAL) agar limbah rumah tangga dapat terolah dengan baik dan tidak mencemari lingkungan. Lingkungan yang sehat tentu berperan penting dalam mencegah penyebaran penyakit menular seperti TB. Para aktor juga mengoordinasikan kolaborasi antara berbagai pemangku kepentingan, termasuk pemerintah dan lembaga non-pemerintah, serta melakukan pemantauan dan evaluasi berkala untuk memastikan proyek berjalan sesuai rencana. Pemerintah pusat, melalui Kementerian Kesehatan (Kemenkes), mengelola dan mendistribusikan dana dari Global Fund ke Dinas Kesehatan, rumah sakit, dan puskesmas. Puskesmas berperan sebagai pendukung dalam program, yakni sebagai dukungan partner dengan melakukan pemeriksaan rutin dan memenuhi kebutuhan kesehatan pasien. Selain itu, mereka menyediakan kerangka kebijakan

yang mendukung program penanggulangan TBC dan memfasilitasi kerja sama antara pemerintah daerah, lembaga non-pemerintah, dan komunitas.

Di sisi lain, Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan RI, juga berkontribusi dalam peresmian hingga bersedia mencocokkan data P3KE (Penyasaran Percepatan Penanggulangan Kemiskinan Ekstrem) dengan Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB) di DKI Jakarta (KEMENKO PMK, 2023). Sementara itu, pada kasus Indah, perwakilan dari POP TB mengungkapkan bahwa koordinasi langsung dengan pemerintah setempat tidak selalu terlihat, tetapi dukungan tetap ada dalam bentuk penyediaan alat kesehatan untuk Indah dan keluarganya. Pemerintah setempat juga memberikan dukungan yang cukup signifikan meskipun tidak selalu dalam bentuk bantuan yang instan. Misalnya, pihak kelurahan yang menunjukkan respons baik dan cepat dalam menangani kasus Indah, seperti dalam masalah perizinan tata kota, serta selalu menyediakan waktu untuk membahas penanganan kasus ini. Kementerian terkait turut memberikan dukungan yang diperlukan, terutama dalam kasus-kasus seperti yang dialami oleh Indah.

Kemudian, lembaga non pemerintah seperti Dompot Dhuafa berperan dalam menggalang dana dari masyarakat untuk mendukung program Rumah Harapan dan menginisiasi program-program sosial yang mendukung kesejahteraan pasien TBC, seperti pemberian bantuan kebutuhan dasar dan layanan kesehatan. Lalu, Lazismu menyediakan pelatihan dan bantuan ekonomi bagi pasien TBC untuk meningkatkan kemandirian ekonomi mereka serta mengelola dan menyalurkan donasi dari masyarakat untuk mendukung berbagai inisiatif terkait penanggulangan TBC. Lembaga nonpemerintah yang terakhir adalah POP TB yang berperan dalam penanggulangan TBC dengan melakukan pemetaan profil dan penyediaan data pasien penerima manfaat, serta memberikan pendampingan bagi pasien TBC. Mereka juga menyediakan pelatihan keterampilan bagi pasien TBC untuk membantu pasien mendapatkan pekerjaan atau dengan memulai usaha kecil, serta memberikan dukungan psikososial bagi pasien dan keluarga mereka.

Membahas lebih lanjut terkait POP-TB, inisiatif *Co-production* yang dilakukan

tidak hanya terbatas di Jakarta, tetapi juga dapat diaplikasikan ke daerah-daerah lain di Indonesia yang memiliki prevalensi TBC yang tinggi. Melalui *Co-production* ini, POP-TB dapat mempercepat deteksi dini terhadap TBC karena mereka memiliki *patient supporter (PS)* di 155 kabupaten/kota di seluruh Indonesia, yang mana melalui PS ini juga dibantu oleh manajer kasus dilakukan pendampingan untuk memastikan pasien mendapatkan pemenuhan hak-haknya. Peran POP-TB semakin penting karena mampu menggandeng berbagai pihak untuk terlibat dalam aktivitas *Co-production* dengan digitalisasi melalui laman web laportbc.id sehingga banyak pihak yang menyadari bahwa persoalan TBC merupakan persoalan kompleks yang membutuhkan kerja sama multi aktor. Dengan demikian, upaya penanggulangan TBC menjadi lebih efektif dan tepat sasaran, tidak hanya dari sisi intervensi kesehatan, melainkan juga memberikan dukungan sosial dan ekonomi yang dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Eliminasi TBC bukan hanya tugas pemerintah, melainkan membutuhkan kerja sama berbagai aktor untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat, memperkuat kapasitas lokal, merumuskan kebijakan yang efektif, dan memastikan responsivitas pemerintah terhadap kebutuhan komunitas. Hal ini didukung oleh pernyataan POP TB bahwa eliminasi TBC tidak hanya merupakan tugas pemerintah saja, tetapi juga membutuhkan peran serta organisasi kemasyarakatan.

Berbeda dengan Ostrom, Mitlin justru memandang produksi bersama sebagai proses politik yang erat kaitannya dengan kepentingan masing-masing aktor (Mitlin & Bartlett, 2018). Mitlin berargumen bahwa produksi bersama merupakan manifestasi kepentingan aktor yang terlibat untuk bisa mempertahankan otoritas dan kontrolnya pada proyek tersebut. Selain itu, Mitlin berpendapat jika masyarakat kelas bawah dapat memanfaatkan produksi bersama sebagai mekanisme penyediaan layanan yang tak terjamah pemerintah hingga menegosiasikan hak-hak sosial mereka (Mangai & De Vries, 2018). Berkaitan dengan hal tersebut, Joshi dan Moore mengategorikan dua faktor pendorong produksi bersama. Pertama, kegagalan pemerintah dalam mengakomodasi hak-hak warga negara (*governance*). Kedua, faktor logistik berupa jumlah penerima manfaat, informasi, hingga kondisi lingkungan (Joshi & Moore, 2004).

Dalam konteks produksi bersama program Rumah Harapan, para aktor mempertahankan otoritas dan kontrolnya melalui interaksi intensif yang dapat dikembangkan dan ditingkatkan pada skala yang lebih luas (Joshi & Moore, 2004). Pada praktiknya, Yahintara dengan Ikatan Arsitek Indonesia (IAI) dapat mempertahankan peran sebagai desainer tata kelola kawasan kumuh atau rumah tidak sehat sesuai dengan prinsip kota hijau. Melalui hasil wawancara, Ikatan Arsitek Indonesia menyatakan bahwa program Rumah Harapan hanya satu dari sekian contoh pembangunan berbasis lingkungan dan pengabdian masyarakat yang telah terlaksana. Sebelumnya, IAI juga mempunyai *pilot project* dengan *stakeholders* lain dalam produksi bersama yang tersebar di beberapa daerah di Indonesia, di antaranya Garut dan Makassar. Menurut IAI, keikutsertaan mereka dalam produksi bersama secara *pro bono* yang berkolaborasi dengan pemerintah maupun lembaga lain dinilai dapat mengubah stigma jasa arsitek yang “mahal” (Rogi, 2015). Lebih lanjut, produksi bersama Rumah Harapan bagi IAI mampu memberikan kesempatan bagi para arsitek untuk bernegosiasi dengan para pemangku kepentingan dan mitra potensial. Proyek nyata seperti ini dinilai lebih efektif daripada hanya membuka jasa konsultasi gratis pada acara-acara tertentu.

Di sisi lain, Lazismu dan Dompot Dhuafa dapat meningkatkan *track record*-nya sebagai lembaga filantropi yang berhasil bersinergi dengan pemerintah daerah hingga pemerintah pusat. Sebelumnya, Lembaga Zakat Infaq dan Shadaqah Muhammadiyah ini telah membantu bedah rumah bagi penyintas TB di Bandung kemudian dilanjutkan dengan membantu proyek di Jakarta Pusat tersebut. Menurut Manajer Program Ekonomi dan Kesehatan Lazismu, produksi bersama ini sangat baik untuk memutus rantai penularan tuberkulosis di kawasan kumuh. Lazismu juga berkomitmen untuk terus membantu rencana perluasan *co-production* Rumah Harapan ke-7 kabupaten/kota dengan angka penyintas TB terbesar di Indonesia (Lazismu, 2023). Sementara itu, melalui proyek Rumah Harapan, organisasi sipil masyarakat, seperti POP TB juga dapat meningkatkan otoritasnya sebagai pihak ketiga yang mampu mengadvokasi hingga melakukan pendampingan, baik fisik maupun psikososial dalam percepatan eliminasi tuberkulosis.

Aktivitas produksi bersama sebagai proses politis juga mengarah pada peran masyarakat sebagai penerima manfaat sekaligus pihak yang berkesempatan untuk menegosiasikan hak-hak dasar mereka. Dalam kasus ini, hak dasar yang dinegosiasikan perihal isu kesehatan dan ekonomi masyarakat miskin. Rumah Harapan seakan menjadi jalan bagi mitra pembangunan di Indonesia sesuai dengan konstitusi Pasal 28H ayat (1) Perubahan UUD 1945 tentang hak pemerolehan tempat tinggal layak dan pelayanan kesehatan. Peraturan terkait hak-hak dasar, seperti pangan, sandang, papan, hingga pelayanan kesehatan juga diatur dalam Pasal 25 Deklarasi HAM Universal (United Nations General Assembly, 1948).

Jika ditelaah secara saksama, produksi bersama Rumah Harapan telah memenuhi kategori faktor pendorong yang dikemukakan Joshi dan Moore (2004). Pertama, *co-production* hadir dari kegagalan pemerintah dan bertujuan untuk meningkatkan layanan publik di permukiman perkotaan yang kurang mendapat perhatian pemerintah (Adams & Boateng, 2018). Pun, dalam praktik ini, upaya pengentasan permukiman kumuh dan eliminasi tuberkulosis dilakukan dengan skema *bottom-up*, yakni dengan menggunakan perspektif permukiman yang sudah ada sebagai awal pengembangan program. Lebih lanjut, inisiasi program Rumah Harapan dilakukan oleh komunitas, lembaga filantropi, asosiasi, dan organisasi non-pemerintah lainnya. Kedua, faktor logistik berupa jumlah penerima manfaat, skala informasi, hingga kondisi lingkungan. Dalam konteks Rumah Harapan, jumlah permukiman kumuh yang tersebar luas di Jakarta mendorong kolaborasi antar aktor yang multi sektor dan multi-level. Argumen di atas bersandar pada hasil analisis Survei Sosial Ekonomi Nasional, bahwa terdapat 15,5 juta rumah tangga (38,9%) perkotaan yang bermukim di rumah tak layak huni (*overcrowd*) (Badan Pusat Statistik, 2019). Data lainnya menunjukkan rasio penduduk perkotaan yang tinggal di permukiman kumuh sekitar 1:5. Perbandingan tersebut didorong oleh ketimpangan pendapatan penduduk dengan harga rumah di kota-kota besar, khususnya Jakarta (Badan Pusat Statistik, 2019). Di sisi lain, jumlah kasus tuberkulosis yang terdeteksi meningkat menjadi 1.060.000 kasus baru per tahun (KEMPANRB, 2024).

Hadirnya program Rumah Harapan memiliki implikasi signifikan terhadap tata

kelola pemerintah dalam menanggulangi TBC (KEMENKO PMK, 2023). Kolaborasi antara pemerintah dan komunitas dalam program ini memperluas jangkauan layanan dan memastikan bahwa mereka dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Melalui keterlibatan komunitas dalam proses ini, pemerintah tidak hanya meningkatkan kesadaran dan partisipasi publik tetapi juga memanfaatkan sumber daya dan keahlian yang ada di komunitas tersebut. Dana yang terkumpul untuk membangun Rumah Harapan, yang berasal dari galang dana komunitas, menunjukkan bagaimana konsep *co-production* memungkinkan penggunaan sumber daya di luar anggaran pemerintah (APBN) dan Global Fund. Hal ini mencerminkan fleksibilitas dan keberlanjutan program finansial yang melibatkan banyak pemangku kepentingan. Dengan demikian, program Rumah Harapan tidak hanya meningkatkan kualitas layanan kesehatan dalam penanggulangan TBC, tetapi juga membangun kepercayaan dan rasa memiliki di kalangan masyarakat. Hal ini sejalan dengan konsep *co-production* yang menekankan bahwa kolaborasi antara pemerintah dan masyarakat dapat menghasilkan layanan publik yang lebih responsif dan berorientasi pada kebutuhan warga.

Diskusi

Produksi Bersama (Co-production) Rumah Harapan dalam Kerangka Kerja Sustainable development goals (SDGs)

Dalam SDG's tujuan ke-3 "Menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan seluruh penduduk semua usia" terdapat 13 target yang dapat diukur melalui 50 indikator. Salah satunya, target untuk mengurangi angka kematian akibat penyakit menular dan tidak menular. Indonesia telah meratifikasi secara spesifik target tersebut dalam Peraturan Presiden No. 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan TB dengan komitmen untuk menurunkan ITB (Insiden Tuberkulosis) menjadi 65/100.000 penduduk pada 2030. Dalam PERPRES yang terdiri 33 pasal tersebut, pemerintah mengamanatkan penanggulangan TB harus lintas sektor dengan keterlibatan masyarakat sipil. Sebab, sektor kesehatan saja tidak cukup dalam mengeliminasi penyakit penyebab kematian terbesar ke-2 di Dunia tersebut (Kemenkes, 2021). Tentunya, penanggulangan lintas sektor dalam eliminasi

TBC menjadi hal baru di Indonesia. Pasalnya, sejak 70 tahun lalu, Pemerintah membebaskan penanggulangan TB kepada sektor kesehatan saja tanpa melibatkan partisipasi lintas sektor dan masyarakat sipil sehingga target eliminasi belum tercapai dengan maksimal (KEMENKOPMK, 2022). Beban yang besar tersebut diperparah dengan ITB yang kian meningkat dari tahun 2017 hingga 2021 berturut-turut mencapai di atas 300/100.000 orang (Bappenas, 2024).

Salah satu implementasi PERPRES No. 67 Tahun 2021 adalah komitmen Pemerintah Indonesia dalam mengadopsi END-TB yang merupakan pengembangan dari STOP-TB sebagai strategi global dalam penanggulangan TB. Komitmen tersebut termaktub dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 dan Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis 2020-2024. Isi dari dokumen tersebut salah satunya menjelaskan Kebijakan Kementerian Kesehatan (KEMENKES) yang terdiri dari 6 strategi utama. Keenam strategi ini, di antaranya (1) Penguatan komitmen dan kepemimpinan pemerintah dari tingkat pusat hingga daerah, (2) Peningkatan akses terhadap pelayanan TB, (3) Optimalisasi pencegahan, pengobatan dan pengendalian TB, (4) Pemanfaatan riset dan teknologi serta tata kelola TB, (5) Peningkatan peran multi stakeholder dalam ITB, (6) Penguatan manajemen program sistem kesehatan. Dari ke-6 strategi tersebut menghasilkan ada 10 rekomendasi dalam Join External Monitoring Mission (JEMM) pada 2022, salah satunya mengenai pendekatan *Co-production* dalam eliminasi TBC dalam berbagai skema kerjasama program (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Melalui pendekatan *co-production*, program Rumah Harapan dapat sejalan dengan prinsip-prinsip dan ketiga pilar utama dari strategi END-TB. Adapun prinsip-prinsip dari END-TB, yaitu (1) Keterlibatan pemerintah dalam mengevaluasi dan memantau jalannya strategi END-TB; Perwujudan prinsip ini dapat dilihat dengan pembentukan Wadah Kemitraan Penanggulangan TBC (WKPTB) berdasarkan pada PERPRES No. 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. WKPTB ini berperan dalam mengkoordinasikan, menyinkronkan, dan mensinergikan sumber daya para mitra dalam penanggulangan TBC sebagai implikasi dari hasil evaluasi pemerintah (KEMENKOPMK, 2022).

(2) Memanfaatkan koalisi dengan organisasi sosial masyarakat maupun komunitas yang ada; Prinsip kedua perwujudannya dapat dilihat melalui keterlibatan lembaga swadaya masyarakat seperti Dompot Dhuafa dan Lazismu dalam program Rumah Harapan. Selain itu, dalam program ini juga terdapat keterlibatan komunitas, yaitu POP-TB, Yahintara, dan IAI. (3) Menjamin perlindungan Hak Asasi Manusia dan mempromosikan adanya kesetaraan masyarakat; Upaya penataan lingkungan kumuh dan perbaikan kondisi perumahan dapat dilihat sebagai bentuk perlindungan hak atas tempat tinggal dan baik. Pemberian bantuan ekonomi dan pelatihan keterampilan dalam program Rumah Harapan yang dapat mendukung pasien TB dan keluarganya juga merupakan bentuk perwujudan dari hak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak. Tidak lupa, pemberdayaan kelompok rentan, yaitu pasien TB dan keluarganya dalam program ini merupakan bentuk perlindungan yang mendukung kesetaraan. (4) Melakukan adaptasi strategi dan target di setiap Negara dengan kolaborasi global (Christanto, 2018); Program Rumah Harapan merupakan inisiatif di bawah payung Aksi Program Terpadu Penanggulangan Tuberkulosis (PROTEKSI) yang disusun dan disepakati untuk mengkoordinasikan dan menyinergikan potensi serta sumber daya sesuai dengan di Indonesia, yang mana dalam implementasinya di dukung oleh dana dari Global Fund sebagai mitra global yang disalurkan melalui Kemenkes dan komunitas.

Perwujudan ketiga pilar utama dari END-TB melalui program Rumah Harapan ini, yaitu: Pertama, Pelayanan kesehatan yang terintegrasi, *patient-centered* dan upaya pencegahan terhadap penyakit, yang meliputi (a) Deteksi dini penyakit TB, (b) Memberikan terapi kepada semua penderita TB secara menyeluruh dan mengantisipasi kejadian resistensi terhadap obat, (c) Manajemen adanya komorbiditas TB/HIV, (d) Upaya terapi pencegahan pada masyarakat berisiko tinggi dan pemberian vaksin TB (WHO, 2015). Dalam penelitian yang dilakukan, ditemukan bahwa program Rumah Harapan tidak hanya berfokus pada aspek fisik perumahan, tetapi juga pada peningkatan kesejahteraan pasien TB melalui penyuluhan kesehatan, pelatihan keterampilan, serta bantuan ekonomi dan pemenuhan kebutuhan dasar sebagai wujud pemberian terapi kepada

semua penderita TB secara menyeluruh dan untuk mengantisipasi kejadian resistensi terhadap obat. Program Rumah Harapan ini juga berdampak bagi Indah Lestari dan keluarga yang positif hingga akhirnya dinyatakan negatif tuberkulosis.

Untuk menerapkan terapi pencegahan dan vaksinasi pada komunitas berisiko tinggi memang tidak didapatkan secara eksplisit dalam penelitian. Namun, pembuatan IPAL dan perbaikan kondisi perumahan dapat dilihat sebagai bentuk tindakan pencegahan yang ditujukan untuk komunitas berisiko tinggi. Dalam hal ini, pasien TB dan keluarganya juga dapat berkontribusi dalam mencegah penularan TB dan meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan pasien TB dan keluarganya. Selain itu, pembuatan IPAL juga merupakan perwujudan dari indikator pengelolaan komorbiditas TB/HIV karena melalui pembuatan IPAL dapat menciptakan lingkungan bersih dan sehat yang mampu meminimalisasi terjadinya komorbiditas penyakit menular seperti TB/HIV (Indonesia Environment & Energy Center, 2023). Kemudian, terkait indikator pendeteksian dini kasus TB dapat dilihat dari adanya *TB-Army* yang merupakan bagian dari POP-TB. *TB-Army* bertugas untuk melakukan pelacakan kepada pasien *initial lost to follow up* (ILTFO) yang merupakan pasien positif TBC, tetapi sama sekali belum memulai pengobatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023). Selain mencatat dan mengajak untuk mendorong kembali pasien ILTFO untuk memulai kembali pengobatan, *TB-Army* juga bertugas mendeteksi individu yang tinggal satu rumah dengan pasien TB untuk mengetahui apakah orang tersebut tertular TB atau tidak sehingga dapat dilihat bahwa hal tersebut merupakan upaya yang dilakukan untuk pendeteksian dini pasien TB.

Kedua, menetapkan kebijakan dan sistem pendukung lainnya, yang meliputi (a) Komitmen politik dengan sumber daya yang memadai untuk perawatan dan pencegahan TB, (b) Bekerjasama dengan organisasi sosial masyarakat, komunitas dan pihak pemerintah maupun swasta, (c) Membuat kebijakan mengenai cakupan kesehatan secara menyeluruh hingga pemberian terapi, (d) Melakukan perlindungan sosial dan penurunan angka kemiskinan terkait kejadian TB (WHO, 2015). Dalam pilar kedua ini, berdasarkan penelitian yang dilakukan terdapat 3 indikator yang terpenuhi, pertama, komitmen politik

dengan sumber daya yang memadai untuk perawatan dan pencegahan TB yang diwujudkan melalui keikutsertaan kementerian dan instansi pemerintah sehingga menunjukkan adanya komitmen politik pemerintah. Namun, dalam penelitian tidak ditemukan secara terperinci terkait alokasi sumber daya pada program Rumah Harapan ini. Kedua, kolaborasi dengan organisasi sosial, komunitas, dan lembaga pemerintah yang dapat dilihat melalui adanya keterlibatan LSM seperti Dompot Dhuafa dan Lazismu serta keterlibatan kelompok masyarakat, yaitu POP-TB, Yahintara, dan IAI. Lalu yang ketiga, yaitu penerapan langkah-langkah perlindungan sosial dan mengurangi kemiskinan terkait TB yang diwujudkan melalui upaya perbaikan kondisi perumahan, pemberian bantuan ekonomi, serta pelatihan bakat pasien TB yang bertujuan untuk meningkatkan pendapatan, dan kesejahteraan pasien TB sehingga dapat mengurangi kemiskinan. Selain itu, untuk indikator pengembangan kebijakan untuk menjamin cakupan kesehatan universal termasuk penyediaan pengobatan belum dapat terealisasi pada program ini.

Pilar terakhir, Penelitian intensif dan inovatif, meliputi (a) Menemukan dan mengembangkan peralatan baru serta intervensi dan penerapan berbagai strategi, (b) Melakukan penelitian untuk mengoptimalkan implementasi atau dampak terhadap intervensi yang akan diberikan, sekaligus mempromosikan inovasi untuk terapi TB (WHO, 2015). Berdasarkan penelitian yang dilakukan belum terlihat bentuk pengimplementasian pada pilar ketiga ini yang diukur melalui dua indikator tersebut. Namun, tidak menutup kemungkinan pilar ketiga ini lambat laun dapat terimplementasikan karena program Rumah Harapan merupakan contoh praktis dalam *co-production*, yakni para *stakeholders* bekerja sama untuk mengembangkan dan menerapkan solusi yang inovatif untuk mengatasi kompleksitas tantangan TB. Program ini tidak hanya berfokus pada sisi kesehatan, tetapi juga melibatkan penanganan faktor sosial yang menentukan kesehatan, seperti kondisi kehidupan dan dukungan ekonomi. Hal ini merupakan pendekatan baru dalam pengendalian TB, yang kemudian dapat menjadi wadah untuk mengembangkan intervensi dan strategi yang lebih efektif agar dampaknya lebih optimal bagi pasien TB.

Ketiga pilar tersebut bertujuan untuk mengakhiri epidemi TB dengan beberapa

indikator keberhasilan yang ditargetkan tercapai pada tahun 2030, di antaranya eliminasi kasus TB di seluruh dunia sebanyak 80%, eliminasi angka kematian hingga 90% pada kasus TB, dan subsidi biaya (berobat nol biaya) pengobatan bagi penderita TB (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). Melalui program 'END TB', Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk menekan jumlah kasus TB ke angka 65 kasus per 100.000 penduduk pada tahun 2030 mendatang (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). Akan tetapi, pada realisasinya pada 2020 masih di angka 312 per 100.000 penduduk. Hal tersebut menandakan target tersebut senantiasa menjadi pekerjaan rumah yang berat bagi Pemerintah Indonesia. Pasalnya, merujuk pada laporan tahunan Kemenkes RI terbaru, Indonesia menempati posisi kedua negara dengan insiden tuberkulosis tertinggi setelah India, yakni dengan total 969.000 kasus dan angka mortalitas sebesar 93.000 per tahun 2022 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023). Pada kasus Indah Lestari, Indah dan keluarga telah dinyatakan seratus persen sembuh dari TBC. Selain itu, Indah juga terbukti mampu meningkatkan kapasitas diri dan mengangkat perekonomian keluarga berkat bantuan sosial ekonomi Rumah Harapan. Capaian ini juga sejalan dengan indikator pemberdayaan masyarakat melalui rumah singgah atau rumah sehat, yakni terlaksananya kemitraan dalam pemberdayaan masyarakat dalam kasus, pendampingan pengobatan, dan dukungan komplementer.

Berdasarkan data yang diperoleh, subsidi biaya pengobatan bagi penderita TB diwujudkan melalui peran POP-TB sebagai *enablers* yang memberikan subsidi transportasi sebesar Rp;600.000/bulan kepada pasien TB yang resisten obat agar mereka bisa mengakses fasilitas kesehatan secara rutin tanpa beban biaya transportasi. Bantuan ini penting dalam mempertahankan rutinitas pasien terhadap pengobatan yang mana hal tersebut krusial untuk mencapai eliminasi TB karena subsidi ini berperan dalam mengurangi angka putus obat yang sering terjadi akibat dari keterbatasan akses. Selain melalui subsidi, eliminasi TB pada kasus ini juga diwujudkan melalui upaya peningkatan kualitas hidup pasien. Misalnya, program bedah rumah yang melibatkan kerja sama multi-sektor antara POP-TB, IAI melalui Yahintara, dan pemerintah yang dilaksanakan

di 8 Provinsi. Program tersebut bertujuan untuk menciptakan lingkungan sehat yang secara signifikan untuk mengurangi risiko penularan TB di antara keluarga pasien dan masyarakat sekitar. Pendekatan yang holistik seperti ini dapat memperkuat penanganan TB dengan memastikan bahwa faktor-faktor sosial yang mempengaruhi penyebaran TB juga ditangani.

Kesimpulan

Kepadatan penduduk merupakan pekerjaan rumah bagi para pemangku kepentingan dalam target eliminasi TBC di tahun 2030 mendatang. Pendekatan produksi bersama yang melibatkan aktor publik dan privat dalam upaya eliminasi tuberkulosis melalui skema pembangunan hunian menjadi temuan menarik penelitian kali ini. Model pembangunan hunian yang sesuai dengan standar kesehatan bagi pasien tuberkulosis akan mengintegrasikan proses deteksi hingga pengobatan yang disarankan, yakni minimal 6 bulan lamanya. Selain itu, hunian yang terkonsentrasi juga dapat mempermudah proses monitoring dan evaluasi para pasien tuberkulosis resisten obat. Inisiasi *bottom-up* dilakukan oleh berbagai aktor yang multi-level dan multi-disiplin dalam upaya *slum-upgrading*, Program Rumah Harapan. Dalam tinjauan peneliti, proses teknis produksi bersama Rumah Harapan dilihat dari bagaimana masyarakat dan kelompok kepentingan ikut serta dalam pembangunan, di antaranya Yahintara, Ikatan Arsitek Indonesia, POP TB, Lazismu, dan Dompet Dhuafa. Masing-masing aktor memiliki peran masing-masing sehingga menunjukkan sifat saling melengkapi. Namun, dalam prosesnya, peneliti menemukan celah bagi aktor pemerintah yang tak ikut serta dalam perumusan awal program. Pada praktiknya, bantuan pemerintah pusat diturunkan ke skala yang lebih rendah, yakni puskesmas sebagai *patient supporter* dan kelurahan yang mengurus masalah perizinan hunian. Hal ini kembali menegaskan perluasan definisi produksi bersama yang tidak hanya mengindikasikan interaksi negara dengan masyarakat.

Sementara itu, jika dilihat sebagai proses politis, masing-masing aktor mempunyai kepentingan dalam proyek sosial ini, seperti untuk melakukan *re-branding*, peningkatan *track-record*, peningkatan kepercayaan publik, hingga menegosiasikan hak-hak dasar sesuai dengan undang-undang. Adapun program

Rumah Harapan didorong oleh dua faktor besar, seperti kegagalan pemerintah dan jangkauan wilayah yang besar. Kegagalan pemerintah didasarkan pada bagaimana pemerintah yang seharusnya mampu mengelola kawasan dengan baik, tetapi gagal yang dibuktikan dengan persentase permukiman kumuh yang justru meningkat akibat urbanisasi besar-besaran. Hal ini juga yang memperluas skala kerentanan penyebaran TBC di Jakarta.

Penulis juga menyimpulkan bahwa pelaksanaan program Rumah Harapan sejalan dengan empat prinsip dan tiga pilar utama strategi *END TB*. Keempat prinsip tersebut, di antaranya keterlibatan pemerintah, koalisi dengan organisasi sosial dan masyarakat, perlindungan hak asasi manusia dan promosi kesetaraan, serta adaptasi strategi dan target di setiap negara dengan kolaborasi global. Pilar pertama berupa pelayanan yang terintegrasi (*patient-centered*) berhasil terpenuhi untuk indikator deteksi dini penyakit, terapi pencegahan resistensi obat, dan manajemen komorbiditas TB/HIV. Satu indikator belum terlihat capaiannya dalam program ini, yakni pemberian terapi pencegahan dan vaksin TBC. Dalam konteks Rumah Harapan, pencegahan diberikan melalui skema perombakan lingkungan rumah ke arah yang lebih sehat. Pilar kedua berupa penetapan kebijakan dan sistem pendukung juga sesuai oleh data temuan penulis. Penulis menemukan 3 dari 4 indikator berhasil terpenuhi, seperti komitmen politik dan sumber daya, kolaborasi antar aktor, dan langkah-langkah perlindungan sosial. Indikator yang belum terpenuhi adalah perumusan kebijakan lanjutan perihal tata kelola kawasan kumuh dan bedah rumah penderita TBC. Meskipun begitu, rumah harapan memberikan contoh bagi layanan yang bersifat terbuka sehingga berjalan secara demokratis dan sesuai dengan kebutuhan lokal.

Meskipun Program rumah harapan merupakan inisiasi dari bawah, program ini berimplikasi pada kebijakan Proteksi sesuai dengan agenda WKPTB (Wadah Kemitraan Penanggulangan Tuberkulosis), khususnya pada Aksi Prioritas Bidang Pemberdayaan Masyarakat. Dalam praktiknya, disebutkan bahwa pembangunan rumah singgah, rumah sehat, penyediaan makanan, dan pemberian dukungan merupakan implementasi teknis program Proteksi. Terakhir, pilar ketiga, penelitian intensif

dan inovatif belum berhasil terpenuhi disebabkan kebaruan program Rumah Harapan dengan skema pembangunan rumah penderita TBC. Penulis menilai kehadiran Rumah Harapan membantu pasien tuberkulosis dan lingkungan sekitar sehingga diharapkan akan ada lebih banyak model dan inovasi *co-production* kawasan kumuh yang rentan terhadap persebaran penyakit menular di Indonesia.

Referensi

- Adams, E. A., & Boateng, G. O. (2018). Are urban informal communities capable of co-production? The influence of community-public partnerships on water access in Lilongwe, Malawi. *Environment and Urbanization*, 461–480. <https://doi.org/10.1177/0956247818792059>
- Badan Pusat Statistik. (2019). *Survei Sosial Ekonomi Nasional*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik. (2023). *Tingkat Kepadatan Penduduk Jakarta*. Jakarta: Badan Pusat Statistik
- Badan Pusat Statistik Provinsi DKI Jakarta. (2022). *Jumlah Rumah Sakit dan Tempat Tidur yang Tersedia Menurut Kabupaten/Kota Administrasi dan Status Rumah Sakit di Provinsi DKI Jakarta 2018-2021* Jakarta. Jakarta: Badan Pusat Statistik Provinsi DKI Jakarta.
- Banana, E., Chitekwe-Biti, B., & Walnycki, A. (2015). Co-producing inclusive city-wide sanitation strategies: lessons from Chinhoyi, Zimbabwe. *Environment and Urbanization*, 27(1), 35–54. <https://doi.org/10.1177/0956247815569683>
- Bandiyono, S. (2016). Tinjauan migrasi penduduk desa-kota, urbanisasi dan dampaknya. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 41–54. <https://doi.org/10.14203/jki.v5i1.99>
- Bappenas. (2024). *Insiden TBC*. Retrieved from <https://sdgs.bappenas.go.id/dashboard/>
- Brandsen, T., & Pestoff, V. (2006). Co-production, the third sector and the delivery of public services: An introduction. *Public Management Review*, 8(4), 493–501. <https://doi.org/10.1080/14719030601022874>
- Christanto, A. (2018). Paradigma Baru Tuberkulosis pada Era Sustainable Development Goals (SDGs) dan Implikasinya di Indonesia. *Cermin Dunia Kedokteran*, 45(1), 57–60. doi:10.55175/cdk.v45i1.156
- Considine, M. (2002) The end of the line? Accountable governance in the age of networks, partnerships and joined-up services. *Governance: An international Journal of Policy, Administration, and Institutions*, 15(1), 21–40. <https://doi.org/10.1111/1468-0491.00178>
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches (4th ed.)*. SAGE Publications.
- Dukcapil DKI Jakarta. (2022). *Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKIP)*. Dukcapil DKI Jakarta.
- Goodwin, G. (2019). The problem and promise of coproduction: Politics, history, and autonomy. *World Development*, 501–513. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2019.06.007>
- Filipe, A., Renedo, A., Marston, C. (2017). The co-production of what? Knowledge, values, and social relations in health care. *PLoS Biol*, 15(5), e2001403. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.2001403>
- Hupe, P., Hill, M. (2007). Street-level bureaucracy and public accountability. *Public Administration*, 85(2), 279–299. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2007.00650.x>
- Indonesia Environment & Energy Center. (2023). 7 Tahapan Penerapan IPAL: Panduan Lengkap Mengelola Air Limbah. Retrieved from <https://environment-indonesia.com/7-tahapan-penerapan-ipal-panduan-lengkap-mengelola-air-limbah/>
- Isbaniah, F., Burhan, E., Sinaga, B. Y. M., Yanifitri, D. B., Handayani, D., Harsini, H., Agustin, H., Artika, I N., Aphridasari, J., Lasmaria, R., Russilawati, R., Soedarsono, S., Sugiri, Y. J. R. (2021). *Tuberkulosis Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan di Indonesia. Revisi 2, Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. Revisi 2*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Paru Indonesia.
- Perhimpunan Dokter Paru Indonesia
- Joshi, A., & Moore, M. (2004). Institutionalised Co-production: Unorthodox Public Service Delivery in Challenging Environments. *The Journal of Development Studies*, 40(4), 31–49. <https://doi.org/10.1080/00220380410001673184>
- Kemkes. (2021). *Launching Perpres tentang Penanggulangan Tuberkulosis*. Retrieved from <https://upk.kemkes.go.id/new/launching-perpres-tentang-penanggulangan-tuberkulosis>

- KEMENKO PMK. (2023). *Program Rumah Harapan Wujud Kolaborasi Seluruh Pihak | Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan*. Retrieved from <https://www.kemenkopmk.go.id/program-rumah-harapan-wujud-kolaborasi-seluruh-pihak>
- KEMENKOPMK. (2022). *Butuh Peran Multi sektor Untuk Turunkan Penyakit Tuberkulosis di Indonesia*. Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan. Retrieved from <https://www.kemenkopmk.go.id/butuh-peran-multi-sektor-untuk-turunkan-penyakit-tuberkulosis-di-indonesia>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Derajat Kesehatan 40% Dipengaruhi Lingkungan*. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Laporan Program Penanggulangan Tuberkulosis Tahun 2021*. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Laporan Program Penanggulangan Tuberkulosis Tahun 2022*. Kemenkes RI.
- KEMPANRB. (2024). *Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi - Kemenkes Waspada Kasus TB Di Indonesia Yang Meningkat*. Retrieved from <https://www.menpan.go.id/site/berita-terkini/berita-daerah/kemenkes-waspada-kasus-tb-di-indonesia-yang-meningkat>
- Kompas.id. (24 Oktober 2019). Hampir Separuh Wilayah Jakarta Berupa Permukiman Kumuh. Retrieved from <https://kompas.id/baca/metro/2019/05/27/hampir-separuh-wilayah-jakarta-berupa-permukiman-kumuh/>
- Lazismu. (2023). *KOMITMEN BERANTAS TB, LAZISMU WUJUDKAN RUMAH LAYAK HUNI DAN BANTUAN UMKM UNTUK PENYINTAS - Lazismu*. Retrieved from <https://lazismu.org/view/komitmen-berantas-tb-lazismu-wujudkan-rumah-layak-huni-dan-bantuan-umkm-untuk-penyintas>
- Loeffler, E., Bovaird, T. (2016). User and Community Co-Production of Public Services: What Does the Evidence Tell Us? *International Journal of Public Administration*, 1006–1019. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/01900692.2016.1250559>
- Mangai, M. S., De Vries, M. (2018). Co-production as deep engagement. Improving and sustaining access to clean water in Ghana and Nigeria. *International Journal of Public Sector Management*, 31, 81–96. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/IJPSM-03-2017-0084>
- Mitlin, D., Bartlett, S. (2018). Editorial: Co-production – key ideas. *Environment and Urbanization*, 355–366. <https://doi.org/DOI> <https://doi.org/10.1177/0956247818791931>
- Nunes, A. R., Lee, K., O’Riordan, T. (2016). The importance of an integrating framework for achieving the Sustainable Development Goals: the example of health and well-being. *BMJ Global Health*, 1(3), e000068. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000068>
- Osborne, S.P. (Ed.). (2009). *The New Public Governance?: Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203861684>
- Osborne, S. P., Strokosch, K. (2013). It takes two to tango? Understanding the co-production of public services by integrating the services management and public administration perspectives. *British Journal of Management*, 24(1), S31–S47. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.12010>
- Ostrom, E. (1996). *Crossing the great divide: Coproduction, synergy and development*. *World Development*, 24(6), 1073–1087. [https://doi.org/10.1016/0305-750X\(96\)00023-X](https://doi.org/10.1016/0305-750X(96)00023-X)
- Ramírez, R. (1999). Value Co-Production: Intellectual Origins and Implications for Practice and Research. *Strategic Management Journal*, 20(1), 49–65. <http://www.jstor.org/stable/3094231>
- Rogi, O. H. A. (2015). *Arsitektur tanpa Arsitek & Arsitek tanpa Arsitektur : Sebuah Probabilitas Futuristik*. 1—8.
- Sorrentino, M., Sicilia, M., Howlett, M. (2018). *Understanding co-production as a new public governance tool*. *Policy and Society*, 37(3), 277–293. <https://doi.org/10.1080/14494035.2018.1521676>
- Srisantyorini, T., Nabilla, P., Herdiansyah, D., Dihartawan, D., Fajrini, F., Suherman, S., (2022). Analisis Spasial Kejadian Tuberkulosis di Wilayah DKI Jakarta Tahun 2017-2019. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 18(2), 131–138. <https://doi.org/10.24853/jkk.18.2.131-138>

- Takahashi, K. (2009). *Evolution of the Housing Development Paradigms for the Urban Poor: The Post-war Southeast Asian Context*.
- United Nations General Assembly. (1948). *The Universal Declaration of Human Rights (UDHR)*. United Nations General Assembly.
- Wadah Kemitraan Penanggulangan Tuberkulosis. (2022). *Aksi Proteksi: Program Terpadu Kemitraan Penanggulangan Tuberkulosis*.
- Wadah Kemitraan Penanggulangan Tuberkulosis.
- WHO. (2015). *The END TBC Strategy*. Retrieved from <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/the-end-tb-strategy>
- World Health Organization. (2016). *Global tuberculosis report 2016*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565394>