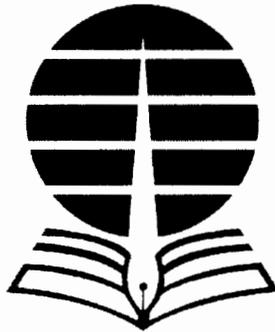




TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)

**IMPLEMENTASI STRATEGI DOTS DALAM
PENGENDALIAN TUBERKULOSIS DI PUSKESMAS
GUNUNG TABUR KABUPATEN BERAU**



UNIVERSITAS TERBUKA

**TAPM diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
Gelar Ilmu Administrasi Bidang Minat
Administrasi Publik**

Disusun Oleh :

SULISTIAWATI

NIM. 500895453

PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS TERBUKA

JAKARTA

2017

UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM MAGISTER ILMU ADMINISTRASI PUBLIK

PERNYATAAN

TAPM yang berjudul Implementasi Strategi DOTS dalam Pengendalian
Tuberkulosis di Puskesmas Gunung Tabur Kabupaten Berau
adalah hasil karya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun yang dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka
saya bersedia menerima sanksi akademik.

Samarinda, Juni 2017

Yang menyatakan,


SULISTIAWATI.
NIM. 500895453

ABSTRAK

IMPLEMENTASI STRATEGI DOTS DALAM PENGENDALIAN TUBERKULOSIS DI PUSKESMAS GUNUNG TABUR KABUPATEN BERAU

Sulistiawati ¹

Penerapan sistem DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course*) pada tahun 2000 di seluruh Puskesmas dipandang berhasil, tetapi laju penurunan prevalensi dan mortalitas TB belum cukup cepat untuk menjadi separuh pada tahun 2015 sesuai dengan target *Millenium Development Goals* (MDGs). Latar belakang penelitian ini diangkat yaitu untuk melihat bagaimana implementasi strategi DOTS dalam pengendalian tuberkulosis di Puskesmas Gunung Tabur Kabupaten Berau. Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk menganalisis dan mendeskripsikan implementasi strategi DOTS, serta mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi strategi DOTS dalam pengendalian Tuberkulosis di Puskesmas Gunung Tabur. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa Implementasi strategi DOTS untuk pengendalian penyakit TB di puskesmas Gunung Tabur telah berjalan, tetapi pelaksanaan strategi DOTS tersebut belum berjalan dengan baik. Komitmen dan dukungan Pemerintah Daerah masih kurang dalam pembiayaan program pengendalian TB, belum ada anggaran dari APBD Kabupaten untuk program TB. Penemuan suspek TB dan pengelolaan pasien TB di puskesmas Gunung Tabur dilakukan secara PCF (*Passive Case Finding*) sehingga CDR (*Case Detection Rate*) belum memenuhi target. PMO Puskesmas Gunung Tabur telah melaksanakan programnya sesuai dengan aturan yang ada. OAT dijamin ketersediaannya karena merupakan obat sangat sangat esensial sesuai dengan LPLPO. Pencatatan dan pelaporan suspek TB sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan, namun masih perlu peningkatan dalam hal kelengkapan dan ketepatan laporan. Faktor yang mempengaruhi implementasi strategi DOTS dalam pengendalian penyakit TB antara lain: komunikasi, sumberdaya, disposisi, dan struktur birokrasi.

Kata kunci: kebijakan publik, strategi, implementasi DOTS

¹Mahasiswa Program Pascasarjana Universitas Terbuka

ABSTARCT

IMPLEMENTATION OF DOTS STRATEGY IN TUBERCULOSIS CONTROL IN
PUSKESMAS GUNUNG TABUR
OF BERAU REGENCY
Sulistiawati¹

The implementation of the DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course) Strategy in 2000 in all Puskesmas was considered successful, but TB prevalence and mortality rates have not been fast enough to be half by 2015 in accordance with the Millennium Development Goals (MDGs) target. The background of this research is to see how the implementation of DOTS strategy in controlling tuberculosis at Gunung Tabur Health Center of Berau Regency. The main purpose of this research is to analyze and describe the implementation of DOTS strategy, and to know the factors that influence the implementation of DOTS strategy in controlling Tuberculosis at Gunung Tabur Health Center. This research uses descriptive method with qualitative approach.

Based on the research that has been done shows that Implementation of DOTS strategy for TB disease control at Gunung Tabur health center has been running, but the implementation of DOTS strategy has not run well. The commitment and support of the local government is still lacking in financing the TB control program, there is no budget from the district budget for the TB program. The discovery of suspected tuberculosis and management of tuberculosis patients at Gunung Tabur health center was done by PCF (Passive Case Finding) so that CDR (Case Detection Rate) has not met the target. PMO Puskesmas Gunung Tabur has implemented the program in accordance with the existing rules. OAT is guaranteed its availability as it is a very essential drug in accordance with LPLPO. TB suspect recording and reporting are in conformity with predetermined standards, but still need improvement in terms of completeness and accuracy of reports. Factors affecting the implementation of DOTS strategy in TB disease control include: communication, resources, disposition, and bureaucratic structure.

Keywords: public policy, strategy, DOTS implementation

Students of the Open University Graduate Program

PERSETUJUAN TAPM

Judul TAPM : Implementasi Strategi DOTS dalam Pengendalian Tuberkulosis di Puskesmas Gunung Tabur Kabupaten Berau

Penyusun TAPM : Sulistiawati

NIM : 500895453

Program Studi : Magister Ilmu Administrasi Publik

Hari/Tanggal : 29-30 April 2017

Menyetujui,

Pembimbing II,



Dr. Tri Darmayanti, M.A.
NIP. 19600410 198903 2 001

Pembimbing I,



Dr. Anwar Alaydrus, S.Sos. MM.
NIP. 19710226 200212 1 002

Penguji Ahli



Prof. Muchlis Hamdi, M.PA. Ph.D
NIP. 19540322 197801 1 001

Mengetahui,

Ketua Bidang Ilmu Administrasi
Program Magister Administrasi Publik,

Dr. Darmanto, M.Ed.
NIP. 19591027 198603 1 003

Direktur
Program Pascasarjana

Dr. Liestyodono Bawono Irianto, M.Si.
NIP. 19581215 198601 1 009

**UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM MAGISTER ILMU ADMINISTRASI PUBLIK**

PENGESAHAN

NAMA : SULISTIAWATI
 NIM : 500895453
 PROGRAM STUDI : MAGISTER ILMU ADMINISTRASI PUBLIK
 JUDUL TAPM : IMPLEMENTASI STRATEGI DOTS DALAM
 PENGENDALIAN TUBERKULOSIS DI PUSKESMAS
 GUNUNG TABUR KABUPATEN BERAU.
 Telah dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Tugas Akhir Program Magister
 (TAPM) Administrasi Publik Program Pascasarjana Universitas Terbuka pada :

Hari/Tanggal : Sabtu, 29 April 2017

Waktu : 11.00 – 12.30 wita

Dan telah dinyatakan LULUS

PANITIA PENGUJI TAPM

Ketua Komisi Penguji
 Nama : Dr. Meita Istianda, S.IP, M.Si.

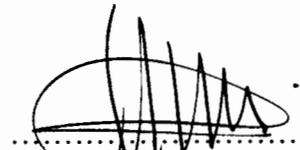
Tanda tangan



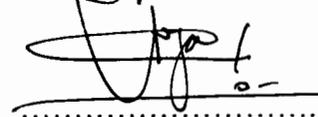
Penguji Ahli
 Nama : Prof. Muchlis Hamdi, M.PA. Ph.D



Pembimbing I
 Nama : Dr. Anwar Alaydrus, S.Sos. MM.



Pembimbing II
 Nama : Dr. Tri Darmayanti, M.A.



**DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS TERBUKA**

Jl. Cabe Raya, Pondok Cabe, Ciputat 15418
Telp. 021-7415050, faks. 021-7415588.

BIODATA

Nama : Sulistiawati
 NIM : 500895453
 Program Studi : Magister Ilmu Administrasi Publik
 Tempat / Tanggal Lahir : Mallanroe Soppeng, 5 Oktober 1976
 Registrasi Pertama : 2015.2
 Riwayat Pendidikan : Lulus SDN 9 Mallanroe di Desa Maccile Kecamatan
 Lalabata Kabupaten Soppeng, pada tahun 1989.
 Lulus SMPN 3 Watan Soppeng Kabupaten Soppeng,
 pada tahun 1992.
 Lulus SMAN 1 Watan Soppeng Kabupaten Soppeng,
 pada tahun 1995.
 Lulus S1 di Unhas , pada tahun 2000.
 Lulus Profesi Dokter di Unhas, pada tahun 2003.
 Riwayat Pekerjaan : Tahun 2003 s/d 2004 sebagai dokter PTT RSUD Dr
 Abdul Rivai di Kabupaten Berau.
 Tahun 2004 s/d 2005 Dokter sekaligus Kepala
 Puskesmas Merancang Ulu Kabupaten Berau.
 Tahun 2005 s/d 2017 Dokter sekaligus Kepala
 Puskesmas Gunung Tabur Kabupaten Berau
 Tahun 2017 hingga sekarang Dokter sekaligus Kepala
 Puskesmas Sambaliung Kabupaten Berau.
 Alamat tetap : Jalan Mangkubumi 2 RT 07 Kelurahan Sambaliung
 Kecamatan Sambaliung Kabupaten Berau Propinsi
 Kalimantan Timur.
 Nomor HP : 0813 4622 1954

Samarinda, Juni 2017

Peneliti,



Sulistiawati
NIM. 500895453

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan rahmat, taufik dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan penulisan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) ini.

Penulisan TAPM ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Administrasi Publik Program Pascasarjana Universitas Terbuka.

Saya menyadari bahwa tanpa bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, tidaklah mudah bagi saya untuk menyelesaikan penulisan TAPM ini. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati dan sepenuh jiwa, mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang tiada terhingga kepada:

1. Bapak Dr. Liestyodono Bawono Irianto, M.Si. Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Terbuka.
2. Bapak Dr. Darmanto, M.Ed. Ketua Bidang Ilmu Administrasi Program Magister Administrasi Publik.
3. Ibu Dr. Meita Istianda, S.IP, M.Si. Kepala UPBJJ UT Samarinda.
4. Bapak Dr. Anwar Alaydrus, S.Sos. MM. Dosen Pembimbing I.
5. Ibu Dr. Tri Darmayanti, M.A. Dosen Pembimbing II
6. Prof. Dr. H. Muchlis Hamdi, MPA, Ph.D Dosen Ahli pada Bimbingan TAPM Residensial I sekaligus Penguji Ahli pada Ujian Sidang Ujian TAPM.
7. Segara Bhayangkara. sebagai Plt. Kepala Puskesmas Gunung Tabur beserta seluruh jajarannya yang telah banyak membantu dalam melakukan penelitian ini.
8. Para Pasien dan Keluarga penderita Tb di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Tabur yang telah berkenan sebagai responden, yang telah memberikan informasi yang diperlukan selama melaksanakan penelitian.
9. Kedua orangtua saya, Ibu (Siteng) dan Bapak (Syaharuddin) yang selalu mendoakan. Suami (Murwansa), anak saya (Danesh Sulwana) tercinta, yang telah memberi bantuan do'a dan dukungan moral maupun material.

10. Rekan-rekan Mahasiswa Program Pascasarjana Pokjar Berau, yang telah banyak memberikan dukungan, spirit dan masukan-masukan dalam penulisan Tugas Akhir ini, dan terkhusus Bapak Suparman, Bapak Arief, Bapak Syahmardan dan bapak Suwardi yang telah menemani dalam perjalanan PP Berau-Samarinda untuk mengikuti Ujian TAPM karena kondisi hamil 9 bulan tidak bisa naik pesawat.

Akhir kata, saya berharap semoga Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu dalam penulisan ini. Semoga Allah melimpahkan Rahmat, Taufiq dan Hidayah-Nya kepada kita semua, dan semoga hasil karya ini bermanfaat bagi semua penentu, pelaksana dan penerima kebijakan khususnya di bidang Kesehatan pengendalian Tuberkulosis.

Tanjung Redeb, Juni 2017

Penulis,



Sulistiawati.

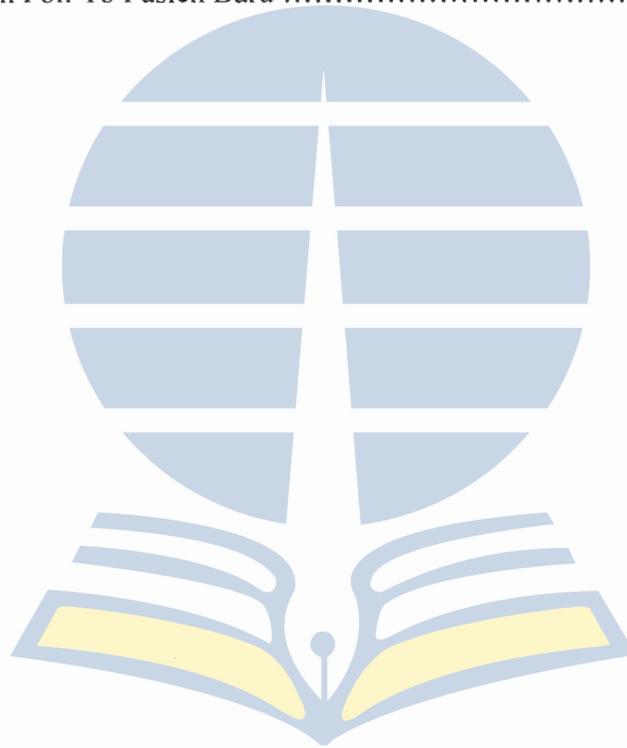
DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT.....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN.....	v
HALAMAN PENGESAHAN.....	vi
LEMBAR PERSETUJUAN KARYA ILMIAH	vii
RIWAYAT HIDUP	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II KERANGKA TEORI	7
A. Implementasi Kebijakan Publik	7
1. Pengertian Kebijakan Publik	7
2. Proses Kebijakan Publik	9
3. Konsep Implementasi Kebijakan Publik	13
4. Model Implementasi Kebijakan Publik	16
B. Manajemen Pengendalian TB Paru	20
C. Strategi DOTS	29

D. Kerangka Konseptual	32
E. Penelitian Terdahulu.....	33
BAB III METODE PENELITIAN.....	42
A. Jenis Penelitian	42
B. Fokus Penelitian	43
C. Informan Penelitian	44
D. Jenis dan Sumber Data	44
E. Tehnik Pengumpulan Data.....	45
F. Tehnik Analisa Data	46
G. Tehnik Penyajian Data.....	47
H. Tempat dan Waktu Penelitian.....	48
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	49
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	49
B. Gambaran Puskesmas Gunung Tabur dalam implementasi Strategi DOTS dalam Pengendalian tuberkulosis	54
C. Hasil Penelitian	67
D. Pembahasan	81
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	85
A. Kesimpulan	85
B. Saran	87
DAFTAR PUSTAKA	88
LAMPIRAN	92

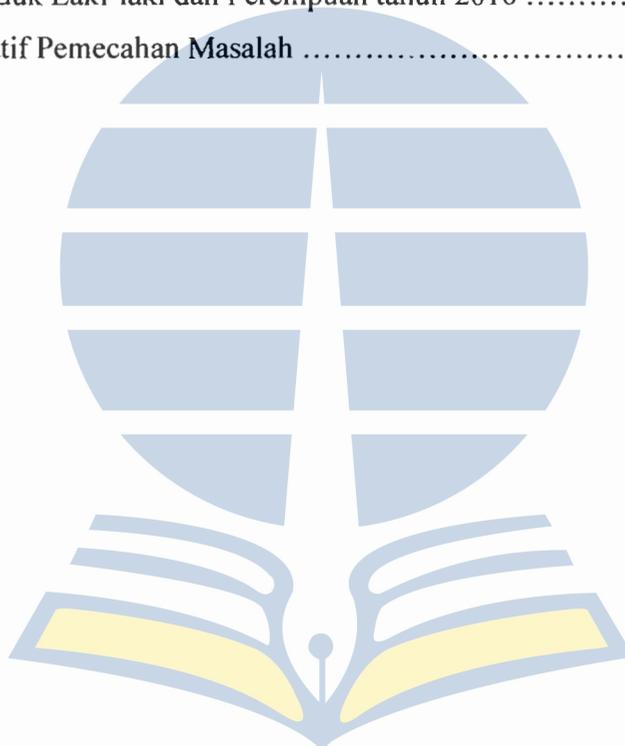
DAFTAR GAMBAR

Tahapan Kebijakan Publik Ripley	11
Model Implementasi kebijakan George C. Edward III	18
Kerangka Konseptual	32
Struktur Organisasi Puskesmas Gunung Tabur	52
Alur Pelayanan Poli Tb Pasien Baru	78



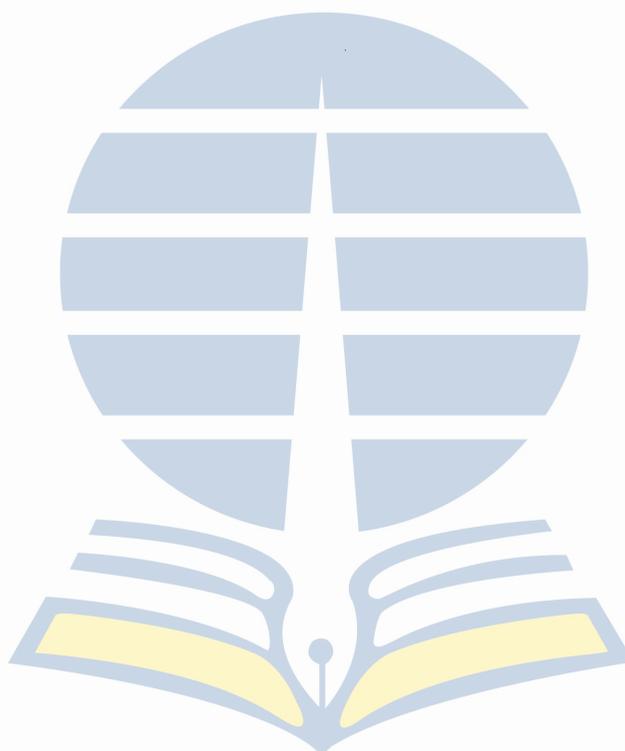
DAFTAR TABEL

Proses Kebijakan Publik William N Dunn	10
Matrik Penelitian Terdahulu	39
Jumlah Tenaga Kesehatan PKM tahun 2016	50
Jumlah Penduduk Laki-laki dan Perempuan tahun 2016	51
Daftar Alternatif Pemecahan Masalah	83



DAFTAR LAMPIRAN

1. Daftar Pertanyaan Penelitian
2. Dokumentasi Penelitian
3. Permohonan Ijin Pengumpulan Data Penelitian UPBJJ-UT Samarinda
4. Surat Ijin Penelitian PKM Gunung Tabur



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Penyakit TB Paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*, yang menyerang dari balita hingga usia lanjut. Penyakit Tuberkulosis Basil Tahan Asam Positif atau juga bisa disebut dengan TB Paru, sampai kini belum berhasil diberantas dan telah menginfeksi sepertiga penduduk dunia (Depkes RI, 2002).

Penanggulangan Tuberkulosis (TB) di Indonesia sudah berlangsung sejak zaman penjajahan Belanda namun terbatas pada kelompok tertentu. Setelah perang kemerdekaan, TB ditanggulangi melalui Balai Pengobatan Penyakit Paru Paru (BP-4). Sejak tahun 1969 penanggulangan dilakukan secara nasional melalui Puskesmas. Obat anti tuberkulosis (OAT) yang digunakan adalah paduan standar INH, PAS dan Streptomisin selama satu sampai dua tahun. Para Amino Acid (PAS) kemudian diganti dengan Pirazinamid. Sejak 1977 mulai digunakan paduan OAT jangka pendek yang terdiri dari INH, Rifampisin dan Ethambutol selama 6 bulan. Pada tahun 1995, program nasional penanggulangan TB mulai menerapkan strategi DOTS dan dilaksanakan di Puskesmas secara bertahap. Sejak tahun 2000 strategi DOTS dilaksanakan secara Nasional di seluruh UPK terutama Puskesmas yang diintegrasikan dalam pelayanan kesehatan dasar (Depkes RI, 2011).

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

- Indonesia merupakan negara dengan pasien TB terbanyak ke-3 di dunia setelah India dan Cina. Diperkirakan jumlah pasien TB di Indonesia sekitar 10% dari total jumlah pasien TB di dunia.
- Tahun 1995, hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa penyakit TB merupakan penyebab kematian nomor tiga (3) setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan pada semua kelompok usia, dan nomor satu (1) dari golongan penyakit infeksi.
- Hasil Survey Prevalensi TB di Indonesia tahun 2004 menunjukkan bahwa angka prevalensi TB BTA (**Basil Tahan Asam**) positif secara Nasional 110 per 100.000 penduduk. Secara Regional prevalensi TB BTA positif di Indonesia dikelompokkan dalam 3 wilayah, yaitu: 1) wilayah Sumatera angka prevalensi TB adalah 160 per 100.000 penduduk; 2) wilayah Jawa dan Bali angka prevalensi TB adalah 110 per 100.000 penduduk; 3) wilayah Indonesia Timur angka prevalensi TB adalah 210 per 100.000 penduduk. Khusus untuk propinsi DIY dan Bali angka prevalensi TB adalah 68 per 100.000 penduduk.

Mengacu pada hasil survey SKRT prevalensi tahun 2004, diperkirakan penurunan insiden TB BTA positif secara Nasional 3-4 % setiap tahunnya. Sampai tahun 2005, program Penanggulangan TB dengan Strategi DOTS menjangkau 98% Puskesmas, sementara rumah sakit dan BP4/RSP baru sekitar 30%. Pemberantasan penyakit TB Paru di Indonesia sangat dipengaruhi oleh kebijakan - kebijakan

pemerintah, hal yang lebih penting dari hal tersebut adalah implementasi dari kebijakan tersebut.

Hal ini sejalan dengan pendapat Edward (1980: 89), bahwa implementasi berkaitan dengan berbagai kegiatan yang diarahkan untuk merealisasikan program, dimana pada posisi ini eksekutif mengatur cara untuk mengorganisir, menginterpretasikan dan menerapkan kebijakan yang telah diseleksi. Sehingga dengan mengorganisir, seorang eksekutif mampu mengatur secara efektif dan efisien sumber daya, Unit-unit dan teknik yang dapat mendukung pelaksanaan program, serta melakukan interpretasi terhadap perencanaan yang telah dibuat, dan petunjuk yang dapat diikuti dengan mudah bagi realisasi program yang dilaksanakan.

Kebijakan yang telah direkomendasikan untuk dipilih oleh *policy makers* bukanlah jaminan bahwa kebijakan tersebut pasti berhasil dalam implementasinya. Ada banyak variabel yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan baik yang bersifat individual maupun kelompok atau institusi. Dalam berbagai sistem politik, kebijakan publik diimplementasikan oleh badan-badan pemerintah. Badan-badan tersebut melaksanakan pekerjaan-pekerjaan pemerintah dari hari ke hari yang membawa dampak pada warga negaranya. Browne dan Wildavsky (dalam Usman, 2002: 7) mengemukakan bahwa Implementasi melibatkan usaha dari *Policymakers* untuk mempengaruhi “*street level bureaucrats*” untuk memberikan pelayanan atau mengatur perilaku kelompok sasaran (*target group*). Untuk kebijakan yang sederhana, implementasi hanya melibatkan satu badan yang berfungsi sebagai implementor, misalnya, kebijakan komite sekolah untuk mengubah metode pengajaran guru di kelas. Sebaliknya, untuk

kebijakan makro, misalnya, kebijakan pengurangan kemiskinan di pedesaan, maka usaha-usaha implementasi akan melibatkan berbagai institusi, seperti birokrasi kabupaten, kecamatan dan pemerintah desa.

Penerapan sistem DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course*) pada tahun 2000 di seluruh Puskesmas dipandang berhasil, tetapi laju penurunan prevalensi dan mortalitas TB belum cukup cepat untuk menjadi separuh pada tahun 2015 sesuai dengan target *Millenium Development Goals* (MDGs). Pada tahun 2015 kabupaten Berau dengan jumlah penduduk 260.933 jiwa ditemukan suspek 1.434 dengan jumlah kasus baru TB BTA positif (basil tahan asam) 225 orang (15,69%) dari 375 jumlah seluruh kasus TB. Kasus TB anak pun ditemukan sebanyak 5 penderita yang terlaporkan atau sekitar 1%.(Data P2TB Dinkes Berau,2016)

Demikian pula kasus penderita TB yang ditemukan di wilayah kerja puskesmas Gunung Tabur pada tahun yang 2016 ditemukan data sementara TB paru baru/lama sebanyak 32 orang dengan kasus baru TB BTA+ 18 orang dari 32 jumlah seluruh kasus. Kasus TB anak dilaporkan terdapat 1 kasus. Dalam implementasi strategi DOTS diperlukan kontinuitas dan perluasan implementasi, sehingga penulis tertarik untuk meneliti bagaimana implementasi strategi DOTS dalam pengendalian tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tabur Kabupaten Berau.

B. Perumusan Masalah Penelitian

Untuk memperjelas permasalahan yang akan diteliti, maka berdasarkan latar belakang di atas, dapat dirumuskan permasalahan yaitu :

- a. Bagaimana implementasi strategi DOTS dalam pengendalian Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tabur kabupaten Berau?
- b. Apa faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi strategi DOTS dalam pengendalian Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tabur kabupaten Berau?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan tujuan untuk :

1. Menganalisis dan mendeskripsikan implementasi strategi DOTS dalam pengendalian Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tabur kabupaten Berau.
2. Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi strategi DOTS dalam pengendalian Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tabur kabupaten Berau.

D. Manfaat Penelitian

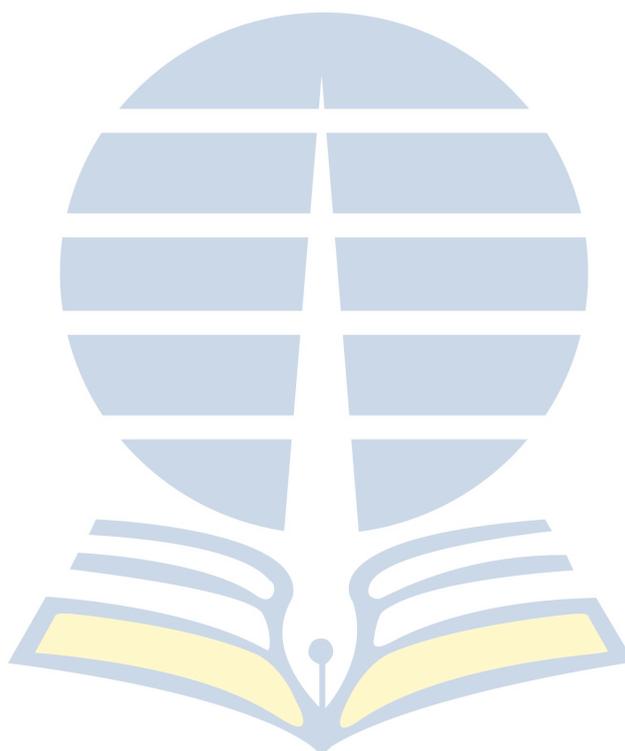
Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat diantaranya :

1. Manfaat Akademis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap Penelitian Implementasi Kebijakan yang relevan dengan strategi DOTS dalam pengendalian TB.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi Pemerintah Daerah dan Dinas Kesehatan Kabupaten Berau dalam Pengambilan Kebijakan Pengendalian Tuberkulosis di Kabupaten Berau.



BAB II

KERANGKA TEORI

A. Implementasi Kebijakan Publik

1. Pengertian Kebijakan Publik

Istilah kebijakan publik merupakan istilah umum yang sehari-hari diperbicangkan terutama terhadap hal-hal yang sifatnya luas serta memerlukan panduan dalam pengerjaan serta solusi dalam permasalahan dalam pengerjaan tersebut. Budi Winarno dalam Suharno (2013: 7) istilah 'kebijakan' ini penggunaannya sering dipertukarkan dengan istilah-istilah lain seperti tujuan (*goals*), program, keputusan, undang-undang, ketentuan-ketentuan, standar, proposal dan *grand design*.

Definisi lain yang disampaikan Carl Friedrich dalam Suharno (2013: 7) kebijakan adalah suatu tindakan yang mengarah pada tujuan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu sehubungan dengan adanya hambatan-hambatan tertentu seraya mencari peluang-peluang untuk mencapai tujuan atau mewujudkan sasaran yang diinginkan.

Sementara itu kebijakan dapat dirumuskan sebagai suatu keputusan yang tegas yang simpati karena adanya perilaku yang konsisten dan pengulangan pada bagian dari keduanya bagi orang-orang yang melaksanakannya (Kenneth Frewitt, dalam Thoha (1998: 251). Sedangkan pengertian *policy* menurut *Perserikatan Bangsa - Bangsa* dalam Suharno (2013: 7) adalah pedoman untuk bertindak, meliputi

pedoman yang bersifat sederhana sampai dengan yang kompleks, bersifat umum maupun khusus, berdasarkan luas maupun sempit, transparan maupun kabur (tidak jelas), terperinci maupun global, kualitatif dan bersifat publik maupun privat. Dengan demikian, pengertian kebijakan dapat diartikan sebagai serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu dengan diikuti dan dilaksanakan oleh seseorang atau sekelompok pelaku guna memecahkan suatu masalah tertentu.

Pada dasarnya terdapat banyak batasan atau definisi mengenai kebijakan (*policy*). Menurut penulis berdasarkan pendapat dari beberapa ahli mengenai kebijakan, kebijakan merupakan suatu ketetapan yang dapat berupa peraturan untuk mengatasi masalah-masalah yang ada disuatu kelompok atau golongan yang sifatnya global, menyeluruh atau berhubungan dengan banyak orang.

Adapun pengertian publik memiliki dimensi lebih banyak yaitu secara sosiologis tidak boleh disamakan dengan masyarakat. Berdasarkan beberapa pendapat diatas bahwasanya kebijakan itu ada untuk menyelesaikan permasalahan-permasalahan atau sebagai pedoman dalam pelaksanaan kegiatan yang bertujuan untuk publik. Menurut Suharno (2013: 7) Kebijakan Publik dapat juga sebagai respon suatu system politik melalui kekuasaan pemerintah terhadap masalah-masalah masyarakat.

Sementara itu menurut Thomas R. Dye dalam Winarno (2004: 39) kebijakan publik diartikan : "...*What ever government choose to do or not to do...*". Apabila pemerintah memilih untuk melakukan sesuatu, maka harus ada obyek dan kebijakan

publik harus merupakan tindakan pemerintah bukan semata-mata pernyataan keinginan pemerintah.

Sedangkan mengenai kebijakan publik juga diutarakan oleh Edward dan Sharkansky (1978: 89) bahwa kebijakan publik itu dapat ditetapkan secara jelas dalam peraturan - peraturan, perundang - undangan, atau dalam bentuk pidato-pidato pejabat teras pemerintah ataupun program-program dan tindakan - tindakan yang dilakukan pemerintah. Sedangkan dalam kehidupan masyarakat bernegara saat ini, baik individu, berkelompok, maupun bermasyarakat sangat dipengaruhi oleh negara. Pengaruh ini dapat dilihat atau dirasakan mulai seseorang dilahirkan sampai mati dalam berbagai bentuk peraturan, dan kontrol pemerintah yang bertindak atas nama negara. Fenomena ini merupakan perwujudan diterimanya *welfare state*. Oleh sebab itu intervensi Negara akan memberikan bentuk beragam pelayanan publik yang dilakukan oleh pemerintah.

Dari beberapa pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa setiap produk dari keputusan atau berbagai peraturan - peraturan baik yang mengatur kepada seluruh masyarakat atau kepada golongan masyarakat tertentu merupakan suatu kebijakan publik.

2. Proses Kebijakan Publik

Proses kebijakan publik pada dasarnya merupakan serangkaian aktivitas intelektual yang dilakukan dalam proses kegiatan perumusan, implementasi dan penilaian kebijakan. Berikut adalah proses kebijakan public menurut William N. Dunn dalam Suharno (2013)

Tabel 1.

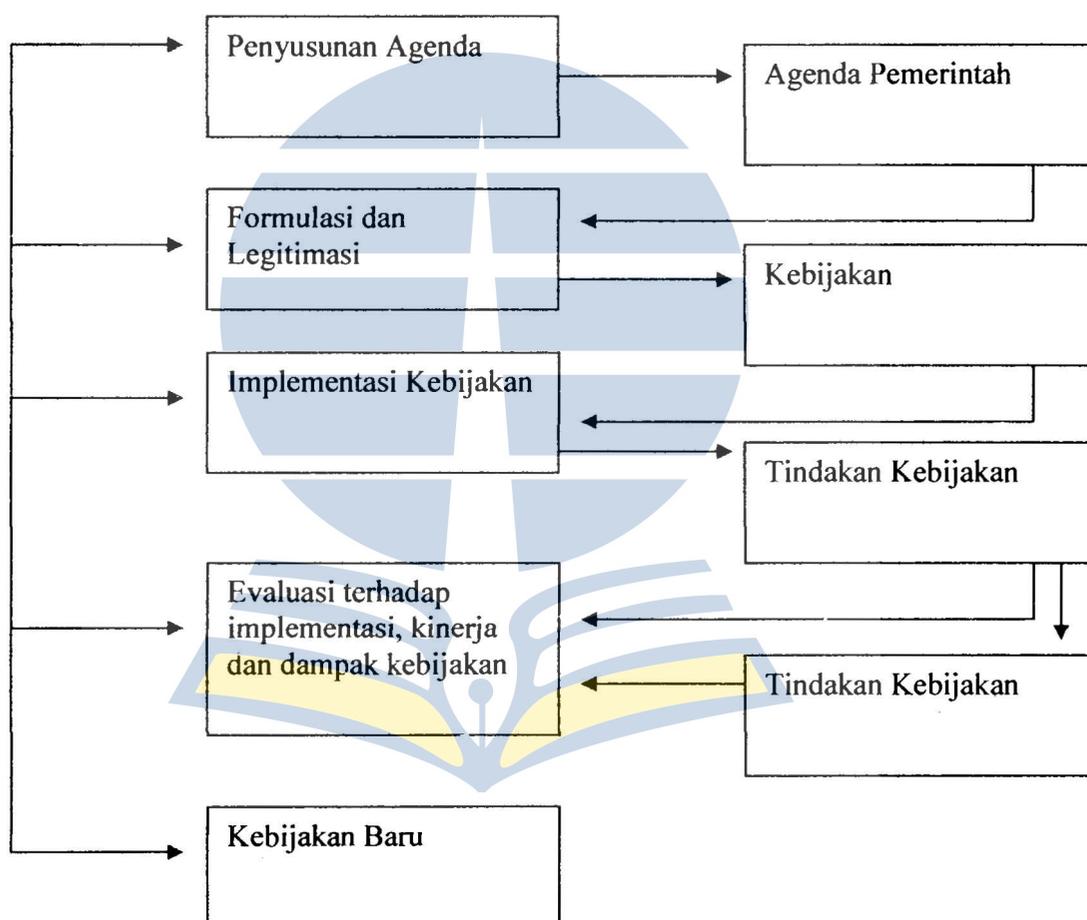
Proses Kebijakan Publik William N. Dunn dalam Suharno (2013: 9)

Fase	Karakteristik	Ilustrasi
Penyusunan Agenda	Para Pejabat yang dipilih dan diangkat menempatkan masalah pada agenda publik. Banyak masalah tidak disentuh sama sekali, sementara lainnya ditunda untuk waktu lama	Sponsornya menyiapkan rancangan undang-undang mengirimkan ke Komisi Kesehatan dan Kesejahteraan untuk dipelajari dan disetujui atau rancangan berhenti di komite dan tidak terpilih.
Formulasi Kebijakan	Para pejabat merumuskan alternatif kebijakan untuk mengatasi masalah. Alternatif kebijakan melihat perlunya membuat perintah eksekutif, keputusan peradilan dan tindakan legislatif.	Peradilan Negara bagian mempertimbangkan pelarangan penggunaan tes kemampuan standar seperti SAT dengan alasan bahwa tes tersebut cenderung bias terhadap perempuan dan minoritas
Adopsi Kebijakan	Alternatif kebijakan yang diadopsi dengan dukungan dari mayoritas legislatif, konsensus diantara direktur lembaga atau keputusan peradilan	Dalam keputusan mahkamah agung pada kasus Roe V Wade tercapai keputusan mayoritas bahwa setiap wanita mempunyai hak untuk mengakhiri kehamilan melalui aborsi
Implementasi Kebijakan	Kebijakan telah diambil dilaksanakan oleh unit – unit administrasi yang memobilisasikan sumber daya finansial dan manusia	Bagian keuangan kota mengangkat pegawai untuk mendukung peraturan baru tentang penarikan pajak kepada rumah sakit yang tidak lagi memiliki status pengecualian pajak.
Penilaian Kebijakan	Unit – unit pemeriksaan dan akuntansi dalam pemerintahan menentukan apakah badan – badan eksekutif, legislatif dan peradilan undang – undang dalam pembuatan kebijakan dan pencapaian tujuan	Kantor akuntansi publik memantau program – program kesejahteraan sosial seperti bantuan untuk keluarga dengan anak tanggungan (AFDC) untuk menentukan luasnya penyimpangan/korupsi

Sementara itu dalam pandangan Ripley dalam Subarsono (2009), tahapan kebijakan publik digambarkan sebagai berikut :

Gambar 1.

Tahapan Kebijakan Publik Ripley dalam Subarsono (2009: 82)



Pakar Kebijakan Publik James Anderson dalam Suharno (2013: 9) menetapkan proses kebijakan publik sebagai berikut :

1. Formulasi Masalah (*problem formulation*)

Apa masalahnya ? Apa yang membuat hal tersebut menjadi masalah kebijakan?

Bagaimana masalah tersebut dapat masuk dalam agenda pemerintah.

2. Formulasi Kebijakan (*formulation*)

Bagaimana mengembangkan pilihan – pilihan atau alternatif – alternatif untuk memecahkan masalah tersebut? Siapa saja yang berpartisipasi dalam formulasi kebijakan.

3. Penentuan Kebijakan (*adaption*)

Bagaimana alternatif ditetapkan? Persyaratan atau kriteria seperti apa yang harus dipenuhi? Siapa yang akan melaksanakan kebijakan? Bagaimana proses atau strategi untuk melaksanakan kebijakan? Apa isi kebijakan yang telah ditetapkan?

4. Implementasi (*implementation*)

Siapa yang terlibat dalam implmentasi kebijakan? Apa yang mereka kerjakan?

Apa dampak dari isi kebijakan?

5. Evaluasi (*evaluation*)

Bagaimana tingkat keberhasilan atau dampak kebijakan diukur? Siapa yang mengevaluasi kebijakan? Apa konsekuensi dari evaluasi kebijakan? Adakah tuntunan untuk melakukan perubahan atau pembatalan (Suharno, 2013).

Dari pendapat di atas penulis menyimpulkan bahwa proses perumusan kebijakan terbagi atas beberapa tahapan, yaitu :

1. Tahap Penyusunan Agenda Kebijakan

Membuat batasan masalah kemudian menyusun masalah tersebut ke masalah yang menjadi masalah prioritas untuk dijadikan sebuah kebijakan

2. Tahap Formulasi Kebijakan

Membuat tata cara penyelesaian masalah yang telah diprioritaskan serta tata cara bagaimana pelaksanaan kebijakan tersebut dan bagaimana sasaran serta target dari kebijakan tersebut.

3. Tahap Legitimasi / Penetapan Kebijakan

Penetapan kebijakan yang telah diformulasikan agar pelaksanaannya memiliki pedoman atau panduan.

4. Tahap Implementasi Kebijakan

Pelaksanaan dari kebijakan yang telah ditetapkan baik berupa peraturan atau berupa program.

5. Tahap Evaluasi terhadap implementasi, kinerja dan dampak kebijakan.

Tahap ini merupakan tahapan penilaian dari pelaksanaan kebijakan tersebut, bagaimana dampaknya serta bagaimana tindak lanjut dari kebijakan tersebut apakah perlu revisi atau penghapusan.

3. Konsep Implementasi Kebijakan Publik

Implementasi merupakan salah satu tahap dari keseluruhan proses kebijakan publik, mulai dari perencanaan sampai dengan evaluasi, dan implementasi dimaksudkan untuk mencapai tujuan kebijaksanaan yang membawa konsekuensi langsung pada

masyarakat yang terkena kebijaksanaan (Edward, 1980: 139). Secara sederhana tujuan implementasi kebijaksanaan adalah untuk menetapkan agar tujuan-tujuan kebijaksanaan pemerintah dapat dilegalisir.

Van Meter dan Van Horn dalam Wahab (1997: 78) mengemukakan bahwa implementasi kebijaksanaan meliputi tindakan – tindakan yang dilakukan baik oleh pemerintah, individu maupun kelompok yang dimaksudkan untuk mencapai perubahan besar maupun kecil seperti yang telah ditetapkan dalam keputusan.

Menurut Federick dalam Islami (2001: 15) bahwa kebijaksanaan “...*A proposed course of action of person, group, or government within a given environment providing obstacles and opportunities which the policy was proposed to utilize and overcome in an effort to reach a goal or realized and objective or a purpose.*” (serangkaian tindakan – tindakan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok atau pemerintahan dalam suatu lingkungan tertentu dengan menunjukkan hambatan – hambatan dan kesempatan – kesempatan terhadap pelaksanaan usaha kebijaksanaan tersebut dalam rangka mencapai tujuan tertentu.”).

Kedua pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa kebijakan mengandung arti : (1) Hasil produk keputusan yang diambil dari komitmen bersama, (2) Adanya formalisasi, (3) Pelaksanaannya adalah orang – orang dalam organisasi, (4) Adanya perilaku yang konsisten bagi para pengambil keputusan dan pelaksana.

Sedangkan proses implementasi kebijakan tersebut baru dapat dimulai apabila tujuan – tujuan kebijakan telah ditetapkan dalam bentuk program – program harus

mempertimbangkan antara peluang dan kelemahan, dimungkinkan kecilnya resiko dan besarnya peluang sehingga tercapainya tujuan organisasi seperti yang diharapkan.

Untuk memperoleh hasil seperti yang diharapkan, sebagaimana dalam proses pengambilan keputusan perlu melibatkan berbagai unsur (*stakeholder*), sebagai hasil keputusan akan melahirkan suatu produk kebijakan yang menyentuh atau mewakili semua kepentingan. Dari berbagai teori tentang proses pengambilan keputusan memang harus melibatkan orang-orang yang memiliki kemampuan dan kredibilitas yang tinggi sehingga kebijakan yang diambil tidak menjadi bias.

Selanjutnya, Grindle dalam Wahab (1997: 78) dengan teorinya "*Implementation as process and administration*" (Implementasi sebagai proses politik dan administrasi), memandang bahwa kebijakan yang dirumuskan secara implementatif didalamnya tidak lepas dari muatan politik dan administrasi. Perincian tujuan dari suatu kebijakan sangat dipengaruhi oleh isi kebijakan dan implementasinya. Isi kebijakan itu terdiri atas : (1) Kepentingan yang dipengaruhi, (2) Tipe manfaat, (3) Derajat perubahan yang diharapkan, (4) Letak pengambilan keputusan, (5) Pelaksanaan program, (6) sumber daya yang dilibatkan. Sedangkan konteks implementasinya terdiri atas : (1) Kekuasaan, kepentingan dan strategi dan aktor yang terlibat, (2) Karakteristik lembaga yang dan penguasa, (3) Keputusan dan daya tanggap. Diluar isi kebijakan dan konteks implementasi, ada tujuan kebijakan, tujuan yang telah dicapai, program aksi dan proyek individu, dan dibiayai program yang dijalankan seperti yang direncanakan, mengukur hasil kebijakan, yang kesemuanya saling berinteraksi satu sama lain dalam pengimplementasian dari suatu kebijakan.

Secara garis besar bahwa fungsi implementasi ialah membentuk suatu hubungan yang memungkinkan tujuan – tujuan ataupun sasaran – sasaran kebijakan yang diwujudkan sebagai “*Income*” (hasil akhir) kegiatan – kegiatan yang dilakukan pemerintah. Sebab itu, fungsi implementasi mencakup pula penciptaan apa yang dalam ilmu kebijakan negara disebut “*Policy Delivery System*” (sistem peyampaian / penerusan kebijakan negara) yang biasanya terdiri dari cara – cara atau sarana – sarana tertentu yang dirancang / didesain secara khusus serta diarahkan menuju tercapainya tujuan – tujuan dan sasaran – sasaran yang dikehendaki.

4. Model Implementasi Kebijakan Publik

Menurut Edward III (1980) dalam Subarsono (2009 : 89-101), implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yakni komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Keempat variabel tersebut juga saling berhubungan satu sama lain.

a. Komunikasi

Keberhasilan implementasi kebijakan mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan. Apa yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran (*target group*) sehingga akan mengurangi *distorsi* implementasi. Apabila jumlah tujuan dan sasaran suatu kebijakan tidak jelas atau bahkan tidak diketahui sama sekali oleh kelompok sasaran, maka kemungkinan akan terjadi *resistensi* dari kelompok sasaran.

b. Sumber Daya

Walaupun isi kebijakan sudah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementator kekurangan sumber daya untuk melaksanakan, implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumber daya tersebut dapat berwujud sumber daya manusia, yakni kompetensi implementator, dan sumberdaya finansial. Sumberdaya adalah faktor penting untuk implementasi kebijakan agar efektif. Tanpa sumberdaya, kebijakan hanya tinggal dikertas menjadi dokumen saja.

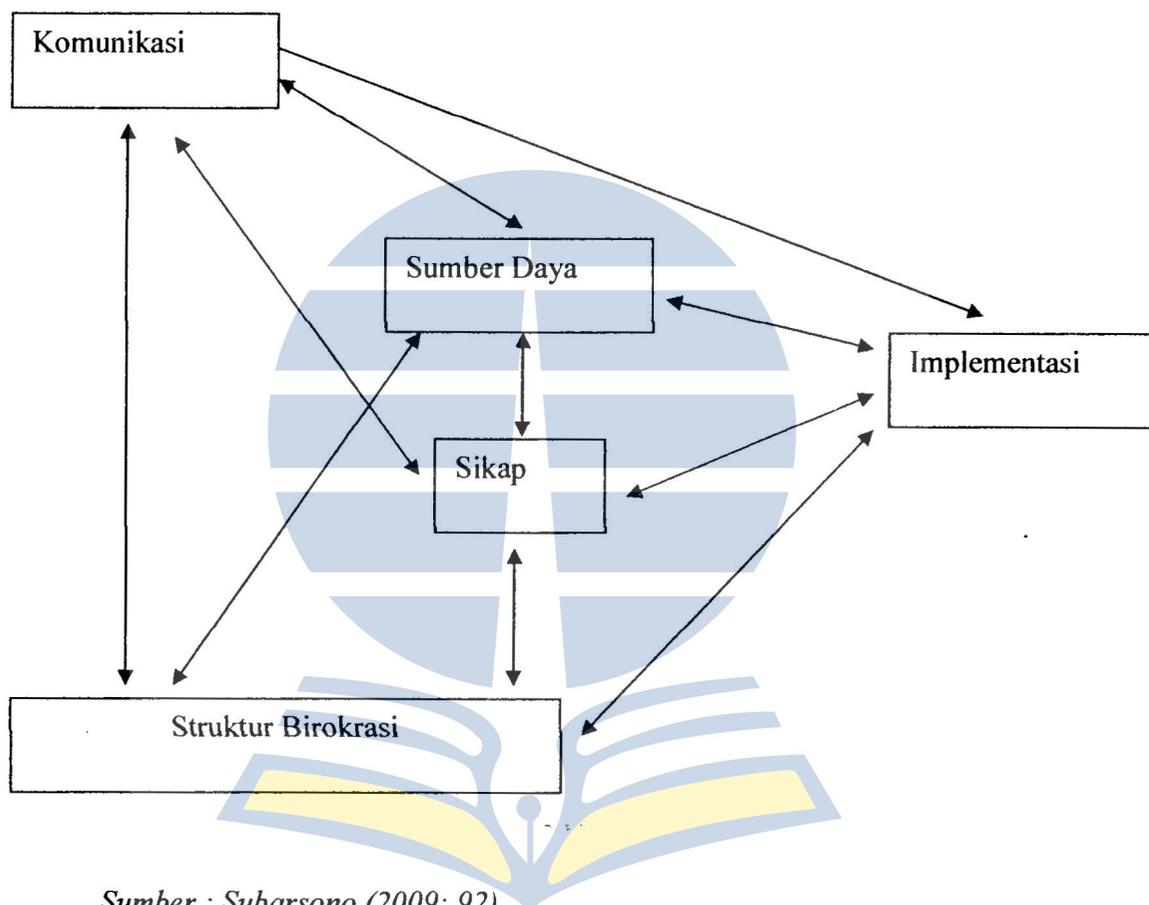
c. Disposisi

Disposisi adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementator, seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila implementator memiliki disposisi yang baik, maka dia akan dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementator memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan maka proses implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif.

d. Struktur Birokrasi

Struktur organisasi yang bertugas mengimplementasikan kebijakan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap implementasi kebijakan. Salah satu aspek struktur yang penting dari setiap organisasi adalah adanya prosedur operasi yang standar (*strandard operating procedurs* atau SOP). SOP menjadi pedoman bagi setiap implementator yang bertindak.

Gambar 2.

Model Implementasi Kebijakan George C. Edward III

Dalam Teori Deskriptif dan Preskriptif, disampaikan oleh Stephen K. Bailey bahwa sasaran teori administrasi publik adalah untuk menggambarkan bersama – sama tentang pengetahuan umat manusia pada proposisi – proposisi yang telah teruji dari ilmu pengetahuan sosial dan perilaku serta penerapannya bagi penyempurnaan tugas – tugas dalam proses pemerintahan guna mencapai tujuan – tujuan yang sah secara politik,

seperti yang diamanatkan oleh konstitusi. Sedangkan menurut teori implementasi kebijakan yang disampaikan oleh Van Meter Van Horn (2006), Implementasi kebijakan adalah tindakan – tindakan yang dilakukan oleh individu – individu dan kelompok pemerintah dan swasta yang diarahkan pada pencapaian tujuan dan sasaran yang ditetapkan. Model implementasi kebijakan yang bersifat *top down* yang dikembangkan oleh George C. Edward III. Edward III (dalam Agustino, 2006: 139) menamakan model implementasi kebijakan publiknya dengan *Direct and Indirect Impact on Implementation*. Dalam pendekatan teori ini terdapat empat variabel yang mempengaruhi keberhasilan implementasi suatu kebijakan, yaitu : 1. Komunikasi; 2. Sumberdaya; 3. Disposisi; dan 4. Struktur birokrasi (Subarsono, 2009: 92).

Menurut Edward III (dalam Agustino, 2006: 153), yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan publik adalah struktur birokrasi. Dimensi komunikasi memiliki indikator-indikator: (1) Sosialisasi tujuan Kebijakan, (2) Manfaat Kebijakan. Dimensi sumber daya memiliki indikator-indikator: (3) Dukungan Aparatur, (4) Dukungan anggaran, (5) Dukungan fasilitas Kebijakan. Dimensi struktur birokrasi memiliki indikator-indikator: (6) Fragmentasi, (7) Standar Prosedur Operasi, (8) Komitmen Aparatur dan Dimensi disposisi pelaksana memiliki indikator-indikator: (9) Disiplin Aparatur, (10) Kejujuran Aparatur, (11) Budaya Kerja Aparatur, (12) Sifat Demokratis Aparatur. Walaupun sumber daya untuk melaksanakan suatu kebijakan tersedia, atau para pelaksana kebijakan mengetahui apa yang seharusnya dilakukan, dan mempunyai keinginan untuk melaksanakan suatu kebijakan, kemungkinan kebijakan tersebut tidak dapat dilaksanakan atau direalisasikan karena terdapatnya kelemahan

dalam struktur birokrasi. Kebijakan yang begitu kompleks menuntut adanya kerjasama banyak orang, ketika struktur birokrasi tidak kondusif pada kebijakan yang tersedia, maka hal ini akan menyebabkan sumber daya-sumber daya menjadi tidak efektif dan menghambat jalannya kebijakan. Birokrasi sebagai pelaksana sebuah kebijakan harus dapat mendukung kebijakan yang telah diputuskan secara politik dengan jalan melakukan koordinasi dengan baik (Agustino, 2006: 153-159).

B. Manajemen Program Pengendalian TB Paru

Manajemen menurut John, M.E. dan Hasan, (1992) dalam Handoko (1995: 10) berasal dari bahasa Inggris *manage* yang memiliki arti mengatur, mengurus, melaksanakan, mengelola. Sedangkan menurut istilah seperti yang dilakukan Stoner, manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan usaha para anggota organisasi dan penggunaan sumberdaya organisasi lainnya agar mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Secara bahasa manajemen berasal dari kata "to manage" yang artinya mengatur. Secara etimologi manajemen ialah ilmu dan seni yang mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai suatu tujuan tertentu dalam sebuah organisasi (Hasibuan, 1994: 3).

Di bawah ini dijelaskan beberapa pendapat yang menjelaskan tentang pengertian manajemen :

- a. Malayu S. P. Hasibuan (1994: 27), Manajemen adalah ilmu dan seni mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai suatu tujuan tertentu.
- b. Arifin Abdurrachman sebagaimana dikutip oleh Purwanto (2008: 7), yang mengartikan manajemen merupakan kegiatan-kegiatan untuk mencapai sasaran-sasaran dan tujuan pokok yang telah ditentukan dengan menggunakan orang-orang pelaksana. Jadi, dalam hal ini kegiatan dalam manajemen terutama adalah mengelola orang-orangnya sebagai pelaksana.
- c. Henry L. Sisk (1969: 10), *Management is the coordination of all resources through the processes of planning, organizing, directing, and controlling in order to attain stated objectives*, (Manajemen adalah Pengkoordinasian dari semua sumber-sumber melalui proses yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pemberian bimbingan, dan pengawasan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan). Perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian inilah yang kemudian disebut sebagai prinsip-prinsip manajemen.

Dari beberapa definisi yang tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa manajemen merupakan usaha yang dilakukan secara bersama-sama untuk menentukan dan mencapai tujuan-tujuan organisasi dengan pelaksanaan fungsi-fungsi perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pelaksanaan (*actuating*), dan pengawasan (*controlling*).

Tujuan manajemen merupakan suatu yang direalisasikan, menggambarkan cakupan tertentu dan menyarankan pengarahannya kepada usaha seorang manajer. Tujuan ialah yang ingin direalisasikan oleh seseorang. Menurut SH Rode dan Voich (1974)

dalam Nanang (2004: 15), tujuan utama manajemen yaitu produktivitas dan kepuasan. Tanpa adanya manajemen suatu lembaga akan sia-sia dan mengapai tujuan akan terasa sulit dicapai. Ada tiga alasan diperlukan tujuan manajemen yaitu:

- a. Untuk mencapai tujuan, manajemen dibutuhkan untuk mencapai tujuan organisasi dan pribadi.
- b. Untuk menjaga keseimbangan antara tujuan yang saling bertentangan.
- c. Untuk mencapai efisiensi, efektifitas, dan produktifitas.

Menurut Terry (2006: 9), fungsi manajemen dapat dibagi menjadi empat bagian, yakni *planning* (perencanaan), *organizing* (pengorganisasian), *actuating* (pelaksanaan), dan *controlling* (pengawasan) :

- a. *Planning* (Perencanaan)

Planning (perencanaan) ialah penetapan pekerjaan yang harus dilaksanakan oleh kelompok untuk mencapai tujuan yang digariskan. Planning mencakup kegiatan pengambilan keputusan, karena termasuk dalam pemilihan alternatif-alternatif keputusan. Diperlukan kemampuan untuk mengadakan visualisasi dan melihat ke depan guna merumuskan suatu pola dari himpunan tindakan untuk masa mendatang.

Perencanaan terdiri atas dua elemen penting, yaitu sasaran (*goals*) dan rencana (*plan*). Sasaran yaitu hal yang ingin dicapai oleh individu, kelompok, atau seluruh organisasi. Sasaran sering pula disebut tujuan. Sasaran memandu manajemen membuat keputusan dan membuat kriteria untuk mengukur suatu pekerjaan. Rencana adalah dokumen yang digunakan sebagai skema untuk mencapai tujuan. Rencana biasanya

mencakup alokasi sumber daya, jadwal, dan tindakan-tindakan penting lainnya. Rencana dibagi berdasarkan cakupan, jangka waktu, kekhususan, dan frekuensi penggunaannya.

b. *Organizing* (Pengorganisasian)

Organizing berasal dari kata organon dalam bahasa Yunani yang berarti alat, yaitu proses pengelompokan kegiatan-kegiatan untuk mencapai tujuan-tujuan dan penugasan setiap kelompok kepada seorang manajer (Terry & Rue, 2010: 82). Pengorganisasian dilakukan untuk menghimpun dan mengatur semua sumber-sumber yang diperlukan, termasuk manusia, sehingga pekerjaan yang dikehendaki dapat dilaksanakan dengan berhasil. Tujuan organisasi merupakan pernyataan tentang keadaan atau situasi yang tidak terdapat sekarang, tetapi dimaksudkan untuk dicapai pada waktu yang akan datang melalui kegiatan-kegiatan organisasi (Handoko, 1995: 109).

c. *Actuating* (Pelaksanaan)

Pelaksanaan merupakan usaha menggerakkan anggota-anggota kelompok sedemikian rupa, hingga mereka berkeinginan dan berusaha untuk mencapai tujuan yang telah direncanakan bersama (Terry, 2006: 9). Pelaksanaan pekerjaan dan pemanfaatan alat-alat bagaimanapun canggihnya baru dapat dilakukan jika karyawan (manusia) ikut berperan aktif melaksanakannya. Fungsi pengarahan ini adalah ibarat starter mobil, artinya mobil baru dapat berjalan jika kunci starternya telah melaksanakan fungsinya. Demikian juga proses manajemen, baru terlaksana setelah fungsi pengarahan diterapkan. Definisi pengarahan ini dikemukakan oleh Malayu S. P. Hasibuan sebagai berikut: pengarahan adalah mengarahkan semua bawahan agar mau bekerjasama dan bekerja efektif dalam mencapai tujuan (Hasibuan, 1994).

d. *Controlling* (Pengawasan).

Controlling atau pengawasan adalah penemuan dan penerapan cara dan alat utk menjamin bahwa rencana telah dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Tipe-tipe Pengawasan:

(1) *Feedforward Control* dirancang untuk mengantisipasi masalah-masalah dan penyimpangan dari standar tujuan dan memungkinkan koreksi sebelum suatu kegiatan tertentu diselesaikan.

(2) *Concurrent Control* merupakan proses dalam aspek tertentu dari suatu prosedur harus disetujui dulu sebelum suatu kegiatan dilanjutkan atau untuk menjamin ketepatan pelaksanaan suatu kegiatan.

(3) *Feedback Control* mengukur hasil-hasil dari suatu kegiatan yang telah dilaksanakan (Terry, 2006: 9).

Sasaran strategi nasional pengendalian TB mengacu pada rencana strategis kementerian kesehatan dari 2015 sampai dengan tahun 2019 yaitu menurunkan prevalensi TB menjadi 272 per 100.000 penduduk (Kemenkes, 2015). Sasaran keluaran adalah: (1) meningkatkan presentase keberhasilan pengobatan kasus baru TB paru (BTA positif) mencapai 88%; (2) meningkatkan presentase angka penemuan kasus mencapai 70%; (3) meningkatkan presentase angka kesembuhan mencapai 85% (Kemenkes, 2011). Kebijakan penanggulangan TB Paru mencakup:

1) Pengendalian TB di Indonesia dilaksanakan sesuai dengan azas desentralisasi dalam kerangka otonomi dengan Kabupaten/kota sebagai titik berat manajemen program,

yang meliputi: perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta menjamin ketersediaan sumber daya (dana, tenaga, sarana dan prasarana).

2) Pengendalian TB dilaksanakan dengan menggunakan strategi DOTS dan memperhatikan strategi Global Stop TB Partnership (upaya untuk mempercepat penurunan angka kematian dan kesakitan akibat TB paru sesuai dengan target MDGs).

3) Penguatan kebijakan ditujukan untuk meningkatkan komitmen daerah terhadap program pengendalian TB.

4) Penguatan strategi DOTS dan pengembangannya ditujukan terhadap peningkatan mutu pelayanan, kemudahan akses untuk penemuan dan pengobatan sehingga mampu memutuskan rantai penularan.

5) Penemuan dan pengobatan dalam rangka pengendalian TB dilaksanakan oleh seluruh Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes), meliputi Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah, Balai/Klinik Pengobatan, Dokter Praktek Swasta (DPS) dan fasilitas kesehatan lainnya.

6) Pengendalian TB dilaksanakan melalui penggalangan kerja sama dan kemitraan diantara sektor pemerintah, non pemerintah, swasta dan masyarakat dalam wujud Gerakan Terpadu Nasional Pengendalian TB (Gedurnas TB).

7) Peningkatan kemampuan laboratorium diberbagai tingkat pelayanan ditujukan untuk peningkatan mutu dan akses layanan.

8) Obat Anti Tuberkulosis (OAT) untuk pengendalian TB diberikan secara Cuma-Cuma dan dikelola dengan manajemen logistik yang efektif demi menjamin ketersediaannya.

9) Ketersediaan tenaga yang kompeten dalam jumlah yang memadai untuk meningkatkan dan mempertahankan kinerja program.

10) Pengendalian TB lebih diprioritaskan kepada kelompok miskin dan kelompok rentan lainnya terhadap TB.

11) Pasien TB tidak dijauhkan dari keluarga, masyarakat dan pekerjaannya.

12) Memperhatikan komitmen internasional yang termuat dalam MDGs (Kemenkes, 2011).

Pemetaan Peran fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Implementasi Strategi nasional pengendalian Tuberkulosis adalah:

1. Penjaringan suspek dan deteksi kasus TB

Penemuan penderita tuberkulosis didasarkan pada gejala umum yaitu, batuk terus menerus dan berdahak selama 3 minggu atau lebih. Gejala lain yang sering dijumpai yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas dan nyeri dada, badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan turun, rasa kurang enak badan (malaise), berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan, dan demam meriang lebih dari sebulan. Setiap orang yang datang ke UPK (Unit Pelayanan Kesehatan) dengan gejala tersebut, harus dianggap sebagai seorang suspek tuberkulosis atau tersangka penderita TB, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis secara langsung (Depkes, 2009).

2. Kegiatan diagnostik.

Diagnosis pasti TBC melalui pemeriksaan kultur atau biakan dahak. Pemeriksaan kultur memerlukan waktu lebih lama (paling cepat sekitar 6 minggu) dan mahal. Pemeriksaan 3 spesimen (SPS) dahak secara mikroskopis langsung nilainya identik

dengan pemeriksaan dahak seara kultur atau biakan. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis merupakan pemeriksaan yang paling efisien, mudah dan murah, dan hampir semua unit laboratorium dapat melaksanakan. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis bersifat spesifik dan cukup sensitif. Tujuan pemeriksaan dahak yaitu (1) menegakkan diagnosis dan menentukan klasifikasi/tipe, (2) menilai kemajuan pengobatan, dan (3) menentukan tingkat penularan (Depkes, 2009).

3. Pengobatan Pasien.

Pengobatan TB dibagi dalam 2 tahap: yaitu tahap intensif yang diikuti dengan tahap lanjutan. Pada tahap intensif pasien diberikan obat setiap hari di bawah pengawasan langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat (Depkes, 2009). Obat-obatan yang diberikan pada tahap ini antara lain: Rifampisin, dan atau Streptomycin, Isoniazid, Pyrazinamide, dan Ethambutol. Obat-obatan tersebut diberikan agar dapat membunuh kuman TB dengan cepat. Pada tahap lanjutan, obat yang diterima pasien jenisnya akan lebih sedikit tetapi harus diminum dalam jangka waktu yang lama. Adapun obat yang diberikan adalah Rifampisin dan Isoniazid, yang efektif membunuh kuman persiter dalam tubuh penderita sehingga dapat mencegah terjadinya kekambuhan (WHO, 2006).

4. Pemantauan pengobatan

Pasien diawasi secara langsung ketika menelan obatnya, obat yang diberikan harus sesuai dengan standar dan diberikan secara gratis pada seluruh pasien tuberkulosis yang menular dan yang kambuh. Untuk menjamin seseorang menyelesaikan pengobatannya maka perlu ditunjuk seorang pengawas menelan obat (PMO). Pengobatan

tuberkulosis memakan waktu 6 bulan. Setelah makan obat 2 atau 3 bulan tidak jarang keluhan pasien telah menghilang, ia merasa dirinya telah sehat, dan menghentikan pengobatannya. Karena itu, harus ada sistem yang menjamin pasien mau menyelesaikan seluruh masa pengobatannya sampai selesai.

5. Penyuluhan masyarakat dan dukungan bagi pasien.

Penyuluhan TBC dapat dilaksanakan dengan menyampaikan pesan penting secara langsung ataupun menggunakan media. Penyuluhan langsung bisa dilakukan perorangan dan masyarakat. Sementara penyuluhan tidak langsung dengan menggunakan media, dalam bentuk bahan cetak (leaflet, poster, atau spanduk) dan media massa berupa (media cetak dan media elektronik) (Depkes, 2009).

Dalam program penanggulangan TBC, penyuluhan langsung perorangan sangat penting artinya untuk menentukan keberhasilan pengobatan penderita. Penyuluhan ini ditujukan kepada suspek, penderita dan keluarganya, supaya penderita menjalani pengobatan secara teratur sampai sembuh. Bagi anggota keluarga yang sehat dapat menjaga, melindungi dan meningkatkan kesehatannya, sehingga terhindar dari penularan TBC. Penyuluhan dengan menggunakan bahan cetak dan media massa dilakukan untuk dapat menjangkau masyarakat yang lebih luas, untuk mengubah persepsi masyarakat tentang TBC dari “suatu penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan memalukan”, menjadi “suatu penyakit yang berbahaya, tapi dapat disembuhkan”. Bila penyuluhan ini berhasil, akan meningkatkan penemuan penderita secara pasif (Depkes, 2009).

6. Surveilans (Monev dan Supervisi)

Monitoring dan evaluasi merupakan salah satu fungsi manajemen untuk menilai keberhasilan pelaksanaan program. Kegiatan monitoring dilaksanakan secara berkala dan terus menerus, untuk dapat segera mendeteksi bila ada masalah dalam pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan, supaya dapat dilakukan tindakan perbaikan segera (Depkes, 2009). Evaluasi dilakukan setelah suatu jarak waktu (interval) lebih lama, biasanya setiap 6 bulan - 1 tahun. Dengan evaluasi dapat dinilai sejauh mana tujuan dan target yang telah ditetapkan sebelumnya dicapai. Dalam mengukur keberhasilan tersebut diperlukan indikator. Hasil evaluasi sangat berguna untuk kepentingan perencanaan program (Kemenkes, 2011).

Pada prinsipnya semua kegiatan harus dimonitor dan dievaluasi antara lain kegiatan penatalaksanaan penderita (penemuan diagnosis, dan pengobatan), pelayanan laboratorium, penyediaan obat dan bahan pelengkap lainnya, pelatihan petugas, penyuluhan, advokasi, dan supervisi. Seluruh kegiatan tersebut harus dimonitor baik dari aspek masukan (input), proses, output maupun keluaran. Cara pemantauan dilakukan dengan menelaah laporan, pengamatan langsung dan wawancara dengan petugas pelaksana maupun dengan masyarakat sasaran (Depkes, 2009).

C. Strategi DOTS

World Health Organization (WHO) telah memperkenalkan strategi *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS) yang dijadikan sebagai program penanggulangan TB di Indonesia. Sistem DOTS terdiri dari 5 komponen, yaitu perlunya komitmen politik penentu kebijakan, diagnosis dengan mikroskopis yang baik,

pemberian obat yang baik dan diawasi secara baik, jaminan ketersediaan obat serta pencatatan dan pelaporan yang akurat (Aditama, 2002: 12).

Aspek pertama, adanya jaminan komitmen pemerintah untuk menanggulangi tuberkulosis di suatu negara. Komitmen politik penentu kebijakan merupakan faktor kunci penting. Secara umum komitmen pemerintah dibangun atas kesadaran tentang besarnya masalah TB dan pengetahuan tentang adanya program penanggulangan TB yang telah terbukti ampuh. Komitmen ini dimulai dengan keputusan pemerintah untuk menjadikan tuberkulosis sebagai prioritas penting atau utama dalam program kesehatannya.

Aspek ke dua, penemuan kasus dengan pemeriksaan mikroskopis, terutama bagi mereka yang datang ke fasilitas kesehatan karena keluhan paru dan pernapasan. Pendekatan ini disebut sebagai *passive case finding*. Hal ini dipilih mengingat secara umum pemeriksaan mikroskopis merupakan cara yang paling *cost effective* dalam menemukan kasus TB. Dalam hal ini, pada keadaan tertentu dapat dilakukan pemeriksaan radiografi, dengan kriteria-kriteria yang jelas sehingga dapat diterapkan di masyarakat.

Aspek ke tiga dari strategi DOTS adalah pemberian obat yang diawasi secara langsung, atau dikenal dengan istilah DOT (*Directly Observed Therapy*). Pasien diawasi secara langsung ketika menelan obatnya, obat yang diberikan harus sesuai dengan standar dan diberikan secara gratis pada seluruh pasien tuberkulosis yang menular dan yang kambuh. Untuk menjamin seseorang menyelesaikan pengobatannya maka perlu ditunjuk seorang pengawas menelan obat (PMO). Pengobatan tuberkulosis memakan waktu 6

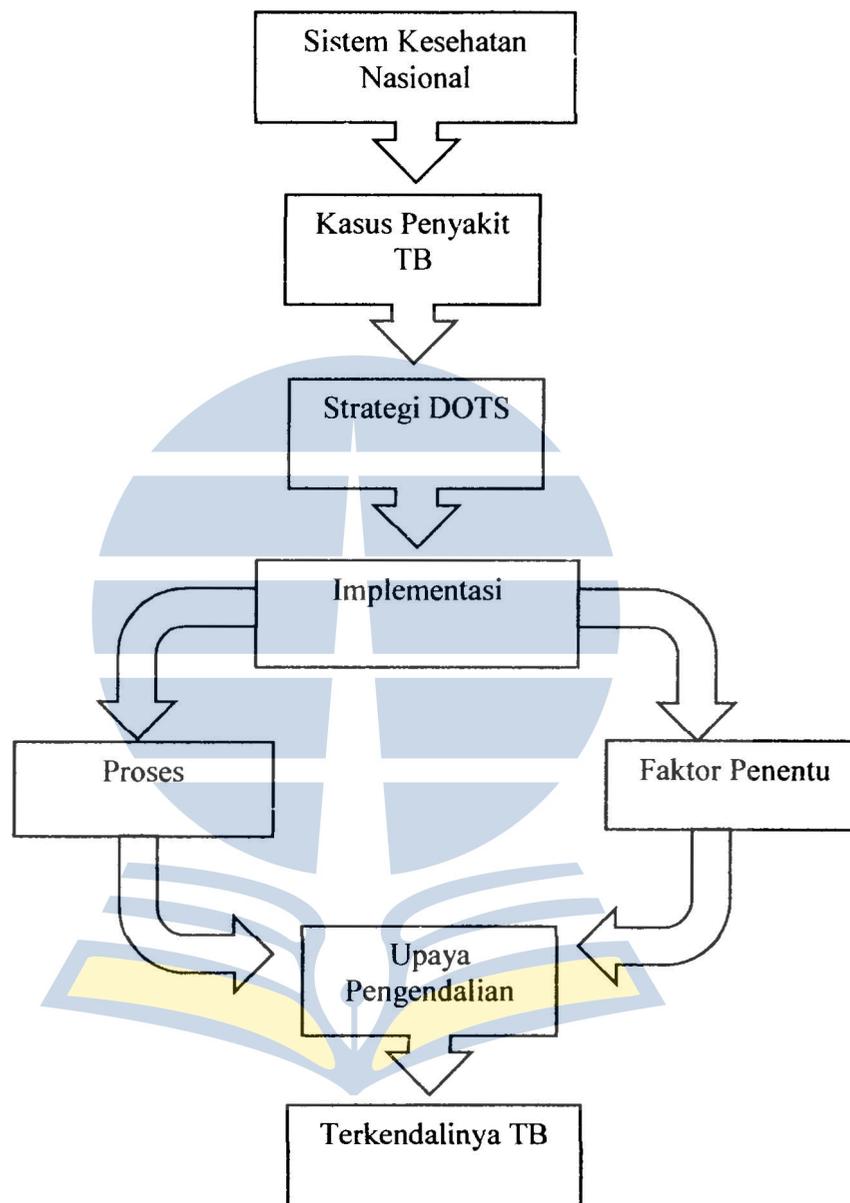
bulan. Setelah makan obat 2 atau 3 bulan tidak jarang keluhan pasien telah menghilang, ia merasa dirinya telah sehat, dan menghentikan pengobatannya. Karena itu, harus ada sistem yang menjamin pasien mau menyelesaikan seluruh masa pengobatannya sampai selesai.

Aspek ke empat dari strategi DOTS adalah jaminan tersedianya obat secara teratur, menyeluruh dan tepat waktu. Masalah utama dalam hal ini adalah perencanaan dan pemeliharaan stok obat pada berbagai tingkat daerah, sehingga diperlukan pencatatan dan pelaporan penggunaan obat yang baik, seperti misalnya jumlah kasus pada setiap kategori pengobatan, kasus yang ditangani dalam waktu yang lalu, data akurat stok di masing-masing gudang yang ada.

Aspek ke lima dari strategi ini adalah sistem monitoring serta pencatatan dan pelaporan yang baik. Setiap pasien tuberkulosis yang diobati harus mempunyai satu kartu identitas penderita yang kemudian tercatat di catatan TB yang ada di kabupaten. Pasien harus membawa kartu kemanapun dan menggunakan kartu yang sama sehingga dapat melanjutkan pengobatannya dan tidak sampai tercatat dua kali (Aditama, 2002).

D. Kerangka Konseptual.

Berdasarkan tujuan, tinjauan pustaka, maka kerangka konsep penelitian ini adalah:



Gambar 3. Kerangka Konseptual.

E. Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu yang berkaitan dengan penelitian ini diantaranya :

1. Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi DOTS di Eks Karesidenan Surakarta oleh Bhisma Murti, dkk (2010). Pengendalian TB dengan strategi *Direct Observed Treatment Short Course* (DOTS) dipandang berhasil. Tetapi laju penurunan prevalensi dan mortalitas TB belum cukup cepat untuk menjadi separoh pada tahun 2015 sesuai target *Millenium Development Goals* (MDGs). Diperlukan kontinuitas dan perluasan implementasi strategi DOTS. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi pencapaian program penganggulangan TB dengan strategi DOTS, mengidentifikasi faktor-faktor yang menghambat dan mendukung program, yang berguna untuk perbaikan kinerja dan perencanaan program.

Penelitian ini merupakan studi deskriptif-analitik post-hoc dengan desain studi potong lintang (*cross-sectional*). Data dikumpulkan dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Evaluasi dilakukan di kabupaten Sukoharjo, kabupaten Boyolali, dan kota Surakarta, Jawa Tengah, pada Oktober 2009 s/d Februari 2010. Populasi sasaran evaluasi meliputi petugas pelaksana, pembuat kebijakan, perencana program TB, pasien TB dan keluarganya, masyarakat, dan pemangku kepentingan penanggulangan TB, serta data pencatatan dan pelaporan program TB.

Hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa program pengendalian TB dengan strategi DOTS telah berjalan di kabupaten Boyolali, Sukoharjo, dan kota Surakarta, tetapi belum mencapai target yang diharapkan. Penemuan kasus dan *case detection rate* di bawah standar 70%, pada level kota/ kabupaten maupun level puskesmas. Angka konversi dan angka kesembuhan masih di bawah target 85% pada sejumlah puskesmas, meskipun rata-rata target telah tercapai di level kabupaten/ kota. Salah

satu penyebab utama adalah kepatuhan para dokter, spesialis, dan RS swasta masih rendah dalam menerapkan prosedur standar diagnosis, pengobatan, maupun pencatatan dan pelaporan pasien TB. Angka putus berobat dan ketidakefektifan pengawasan menelan obat mempengaruhi angka kesembuhan. Dukungan pemerintah daerah dan DPRD belum memadai dalam pembiayaan program penanggulangan TB. Terdapat disparitas pencapaian target program pengendalian TB di kabupaten/ kota dan di tingkat kecamatan. Beberapa kabupaten dan kecamatan belum mencapai hasil kuantitatif dan kualitatif yang ditargetkan (Bhisma, dkk., 2010).

2. Implementasi Strategi DOTS (*Direct Observed Treatment Short Course*) di RSD DR. Soebandi Kabupaten Jember Provinsi Jawa Timur Tahun 2010, oleh Hajar Sugihantoro. Penelitian ini menyatakan cara yang paling efektif memberantas penyakit TB paru adalah dengan menggunakan obat kombinasi OAT. Salah satu metode pengobatan TB yakni dengan DOTS (*Directly Observed Treatment Short Course*), yang merupakan strategi pengobatan dari WHO. Dalam penerapan DOTS terdiri dari 5 strategi yakni, komitmen pemerintah dan semua pihak, diagnosis mikroskopis, ketersediaan OAT berkelanjutan, pengobatan jangka panjang dengan PMO dan pencatatan serta pelaporan. Pola pencarian pengobatan pasien tuberkulosis sekitar 60% untuk pertama kali melakukan pengobatan ke rumah sakit. Untuk mengetahui pelaksanaan program DOTS di daerah, maka perlu dilakukan penelitian untuk mengevaluasi keberhasilan pengobatan TB di RS daerah yakni di RSD dr. Soebandi Jember sebagai rumah sakit rujukan daerah Jawa Timur bagian timur. Tujuan dari penelitian ini adalah menggambarkan pelaksanaan program DOTS TB di

RSD dr. Soebandi Jember yang meliputi strategi, ketepatan serta kekuatan dan kelemahan pelaksanaan DOTS TB di RSD dr. Soebandi Jember (Hajar, 2010).

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif dengan rancangan studi kasus. Data didapatkan dengan cara melakukan wawancara, observasi dan telaah dokumen data pasien TB dari kartu TB. Hasil dari penelitian didapatkan bahwa pasien tuberkulosis 70% terdapat pada usia produktif 13-50 tahun. 5 strategi DOTS telah dijalankan dengan hasil sebagai berikut, komitmen politik pemerintah dan RS telah tertuang dalam SK Dinkes dan RS. Diagnostik secara mikroskopis telah dilakukan sebagai dasar diagnosa pasien TB. Ketersediaan obat dijamin oleh obat program dari DinKes dan pihak RS menyediakan cadangan apabila terjadi kekosongan. Pencatatan dan pelaporan telah dilakukan di kartu TB berdasarkan panduan pencatatan dari DepKes. Pengobatan jangka panjang dengan PMO di RS sudah dilakukan tetapi belum optimal karena keterbatasan SDM dari dalam Tim DOTS RS. Hasil pengobatan pasien TB di RSD dr Soebandi Jember tahun 2010 yakni angka kesembuhan 62% masih kurang dari standar 85%, dan angka default 33% melebihi dari standar maksimal 10%, sedangkan angka gagal 2% masih dibawah standar maksimal 4%. Pelaksanaan DOTS TB di RSD dr. Soebandi Jember sudah berjalan tapi belum optimal karena hasil yang didapat belum memenuhi standar dari Depkes dalam Pedoman Nasional Penanggulangan tuberkulosis (Hajar, 2010).

3. Strategi Implementasi Program *Directly Observed Treatment Short Course* untuk Menanggulangi Tuberkulosis (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo), oleh Avando Noukynova Yunyartha (2015). Strategi implementasi program DOTS

merupakan salah satu masalah yang dihadapi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo. Latar belakang penelitian ini diangkat yaitu untuk melihat bagaimana implementasi program DOTS di terapkan sebagai upaya mencegah dan menanggulangi bahaya penyakit tuberkulosis di lingkungan masyarakat Kabupaten Ponorogo. Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk mengetahui strategi yang diterapkan dan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi dalam implementasi program DOTS selanjutnya. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Sumber data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis SWOT, yang meliputi kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman yang ada dalam implementasi program untuk menentukan strategi implementasi program selanjutnya. Implementasi program DOTS di Kabupaten Ponorogo sudah mengalami perkembangan yang positif, namun belum mampu mencapai hasil maksimal. Hal tersebut dikarenakan masih terdapat beberapa faktor penghambat yang terjadi pada penerapannya (Avando, 2015).

4. Kajian Proses Deteksi Pasien Tuberkulosis dalam Upaya Implementasi DOTS di Rumah Sakit Jawa Tengah, oleh Bagoes Widjanarko, RK (2004). Penelitian ini dilakukan untuk memberikan gambaran mengenai proses deteksi kasus TB di rumah sakit pemerintah dan swasta di wilayah Jawa Tengah dan faktor yang terkait dengan proses tersebut. Metodologi Penelitian ini menggunakan rancangan *cross-sectional*. Secara random, dipilih 15 Kabupaten dan dalam setiap Kabupaten dipilih satu Rumah Sakit Pemerintah dan dua Rumah Sakit swasta. Subyek penelitian terdiri dari dokter,

perawat, petugas laboratorium yang menangani kasus TB dan dua orang pasien pada setiap Rumah Sakit. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dan observasi. Wawancara dengan subyek menggunakan kuesioner terstruktur, sementara pedoman wawancara dengan dokter menggunakan pertanyaan terbuka. Data dianalisis secara kualitatif dan kuantitatif.

Hasil Penelitian Berdasarkan pengelompokan sesuai tipe Rumah Sakit, 24,4% tergolong dalam tipe B, 60% tipe C dan 15,6% tipe D. Jumlah suspek yang dirujuk ke laboratorium rumah sakit menurut standart adalah 100%. Dalam penelitian ini hanya 4 (26,6%) rumah sakit pemerintah yang memenuhi standart, dan 13,3% untuk rumah sakit swasta. Didapatkan hasil bahwa rumah sakit yang memenuhi standart kualitas penemuan BTA (+) yang baik hanya 33,3% (di rumah sakit pemerintah), dan 13,3% di rumah sakit swasta. Tidak ada perbedaan kualitas penemuan BTA (+) antara rumah sakit swasta dan pemerintah ($P=0,263$). Hasil wawancara dengan paramedis menggambarkan pada umumnya dokter berpendapat bahwa proses diagnosis tuberkulosis berdasarkan strategi DOTS dinilai tidak sesuai dengan kondisi rumah sakit. Dalam konteks pelayanan medis di rumah sakit, dokter memegang peranan yang sangat besar dalam menentukan proses pelayanan tersebut. Data menunjukkan bahwa terhadap keberadaan program DOTS, masih ada 6,7% dokter pemerintah dan 13,3% dokter di rumah sakit swasta tidak setuju. Sementara itu 46,7% dokter rumah sakit pemerintah dan 43,3% dokter RS swasta memberikan pernyataan setuju dengan beberapa keberatan, antara lain mereka merasa waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien TB dengan standart DOTS terlalu lama. Sebagian juga berpendapat

bahwa di rumah sakit tidak tersedia petugas yang siap untuk menangani pencatatan dan pelaporan kasus TB, yang menurutnya sangat rumit (Bagoes, 2004).

5. Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis Paru dengan Strategi DOTS di Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya, oleh Adistha Eka Noveyani dan Santi Martini (2014). Strategi DOTS merupakan program pengendalian tuberkulosis. Program ini dilaksanakan oleh Puskesmas Tanah Kalikedinding dan diharapkan dapat mencapai $CDR \geq 70\%$ dan $SR \geq 85\%$. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan program DOTS di puskesmas yang hasilnya dikaitkan dengan capaian indikator tuberkulosis. Penelitian ini menggunakan rancang bangun deskriptif dengan populasi yaitu semua dokter spesialis paru, petugas TB dan petugas laboratorium serta pasien tuberkulosis paru. Teknik sampling dengan *purposive sampling*. Pengumpulan data dengan wawancara kuesioner dan checklist. Variabel penelitian ini adalah penemuan kasus, pengobatan, faktor pendorong dan faktor penghambat, pencatatan dan pelaporan, dan capaian berdasarkan indikator tuberkulosis.

Hasil penelitian menunjukkan CDR tahun 2013 adalah 112% memenuhi target nasional $\geq 70\%$. Keberhasilan ini terkait dengan penjarangan suspek hampir seluruhnya (87,5%) adalah batuk >2 minggu dan semua (100%) pasien dilakukan pemeriksaan dahak dan diperiksa sesuai alur diagnosis dalam pedoman Depkes RI. Sedangkan SR tahun 2013 adalah 65,5% belum memenuhi target $\geq 85\%$. Perubahan jadwal kunjungan pada fase lanjutan menjadi 2x/ bulan menyebabkan pasien lupa menelan obat anti tuberkulosis. Faktor pendorong berupa penyuluhan rutin oleh petugas di puskesmas. Faktor penghambat yaitu jarak menuju puskesmas sebagian

besar (65,6%) pasien adalah > 1 km. Sehingga dibutuhkan kendaraan untuk menuju ke puskesmas. Pencatatan dan pelaporan menggunakan sistem elektronik dan dilaporkan secara online. Sehingga untuk meningkatkan keberhasilan pengobatan diharapkan semua pasien tuberkulosis memiliki pengawas menelan obat dan optimalisasi peran pengawas menelan obat (Adistha dan Santi, 2014).

Tabel. 2
Matrik Penelitian Terdahulu.

No	Nama Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi DOTS di Eks Karesidenan Surakarta oleh Bhisma Murti, dkk (2010)	Studi deskriptif-analitik post-hoc dengan desain studi potong lintang (<i>cross-sectional</i>). Data dikumpulkan dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Evaluasi dilakukan di kabupaten Sukoharjo, kabupaten Boyolali, dan kota Surakarta, Jawa Tengah, pada Oktober 2009 s/d Februari 2010	Program pengendalian TB dengan strategi DOTS telah berjalan di kabupaten Boyolali, Sukoharjo, dan kota Surakarta, tetapi belum mencapai target yang diharapkan. Penemuan kasus dan <i>case detection rate</i> di bawah standar 70%, pada level kota/ kabupaten maupun level puskesmas. Angka konversi dan angka kesembuhan masih di bawah target 85% pada sejumlah puskesmas, meskipun rata-rata target telah tercapai di level kabupaten/ kota. Salah satu penyebab utama adalah kepatuhan para dokter, spesialis, dan RS swasta masih rendah dalam menerapkan prosedur standar diagnosis, pengobatan, maupun pencatatan dan pelaporan pasien TB. Terdapat disparitas pencapaian target program pengendalian TB di kabupaten/ kota dan di tingkat kecamatan.
2	Implementasi Strategi DOTS (<i>Direct Observed Treatment Short Course</i>) di RSD DR. Soebandi	Penelitian deskriptif menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif dengan rancangan studi kasus. Data didapatkan dengan cara melakukan	Pasien tuberkulosis 70% terdapat pada usia produktif 13-50 tahun. 5 strategi DOTS telah dijalankan dengan hasil sebagai berikut, komitmen politik pemerintah dan RS telah tertuang dalam SK Dinkes dan RS. Diagnostik secara mikroskopis telah dilakukan sebagai

	Kabupaten Jember Provinsi Jawa Timur Tahun 2010, oleh Hajar Sugihantoro	wawancara, observasi dan telaah dokumen data pasien TB dari kartu TB	dasar diagnosa pasien TB. Ketersediaan obat dijamin oleh obat program dari DinKes dan pihak RS menyediakan cadangan apabila terjadi kekosongan. Pencatatan dan pelaporan telah dilakukan di kartu TB berdasarkan panduan pencatatan dari DepKes. Pengobatan jangka panjang dengan PMO di RS sudah dilakukan tetapi belum optimal karena keterbatasan SDM dari dalam Tim DOTS RS. Hasil pengobatan pasien TB di RSD dr Soebandi Jember tahun 2010 yakni angka kesembuhan 62% masih kurang dari standar 85%, dan angka default 33% melebihi dari standar maksimal 10%, sedangkan angka gagal 2% masih dibawah standar maksimal 4%. Pelaksanaan DOTS TB di RSD dr. Soebandi Jember sudah berjalan tapi belum optimal karena hasil yang didapat belum memenuhi standar dari Depkes dalam Pedoman Nasional Penanggulangan tuberculosis
3	Strategi Implementasi Program <i>Directly Observed Treatment Short Course</i> untuk Menanggulangi Tuberkolusis (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo), oleh Avando Noukynova Yunyartha (2015)	Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Sumber data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis SWOT, yang meliputi kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman yang ada dalam implementasi program untuk menentukan strategi implementasi program selanjutnya	Implementasi program DOTS di Kabupaten Ponorogo sudah mengalami perkembangan yang positif, namun belum mampu mencapai hasil yang maksimal. Hal tersebut dikarenakan masih terdapat beberapa faktor penghambat yang terjadi pada penerapannya.
4	Kajian Proses Deteksi Pasien Tuberkulosis dalam Upaya Implementasi DOTS di Rumah Sakit Jawa	Metodologi Penelitian ini menggunakan rancangan cross-sectional. Secara random, dipilih 15 Kabupaten dan dalam setiap Kabupaten dipilih satu Rumah Sakit	Didapatkan hasil bahwa rumah sakit yang memenuhi standart kualitas penemuan BTA (+) yang baik hanya 33,3% (di rumah sakit pemerintah), dan 13,3% di rumah sakit swasta. Tidak ada perbedaan kualitas penemuan BTA (+) antara rumah sakit swasta dan pemerintah (P=0,263). Hasil wawancara dengan paramedis

	Tengah, oleh Bagoes Widjanarko, RK (2004)	Pemerintah dan dua Rumah Sakit swasta	menggambarkan pada umumnya dokter berpendapat bahwa proses diagnosis tuberkulosis berdasarkan strategi DOTS dinilai tidak sesuai dengan kondisi rumah sakit.
5	Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis Paru dengan Strategi DOTS di Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya, oleh Adistha Eka Noveyani dan Santi Martini (2014).	Penelitian ini menggunakan rancang bangun deskriptif dengan populasi yaitu semua dokter spesialis paru, petugas TB dan petugas laboratorium serta pasien tuberkulosis paru. Teknik sampling dengan purposive sampling. Pengumpulan data dengan wawancara kuesioner dan checklist.	Hasil penelitian menunjukkan CDR tahun 2013 adalah 112% memenuhi target nasional $\geq 70\%$. Keberhasilan ini terkait dengan penjarangan suspek hampir seluruhnya (87,5%) adalah batuk >2 minggu dan semua (100%) pasien dilakukan pemeriksaan dahak dan diperiksa sesuai alur diagnosis dalam pedoman Depkes RI. Sedangkan SR tahun 2013 adalah 65,5% belum memenuhi target $\geq 85\%$. Perubahan jadwal kunjungan pada fase lanjutan menjadi 2x/ bulan menyebabkan pasien lupa menelan obat anti tuberkulosis. Faktor pendorong berupa penyuluhan rutin oleh petugas di puskesmas. Faktor penghambat yaitu jarak menuju puskesmas sebagian besar (65,6%) pasien adalah > 1 km.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan oleh penulis termasuk penelitian deskriptif kualitatif, menurut Sugiyono, (2009: 14) penelitian kualitatif adalah penelitian dengan data yang berbentuk kata, skema, dan gambar. Berdasarkan tingkat eksplanasinya (tingkat kejelasan) penelitian ini digolongkan sebagai penelitian diskriptif yaitu penelitian yang dilakukan untuk mengetahui nilai variabel mandiri, baik satu variabel atau lebih tanpa membuat perbandingan, atau menghubungkan dengan variabel yang lain (Sugiyono,2009: 11).

Menurut Nawawi (1999: 67), metode penelitian kualitatif dapat diartikan sebagai prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan menggambarkan atau melukiskan subjek atau objek penelitian seseorang, lembaga masyarakat dan lain – lain, pada saat sekarang didasarkan pada fakta – fakta yang tampak atau sebagaimana adanya.

Alasan peneliti menggunakan pendekatan kualitatif karena penelitian kualitatif bertujuan untuk memahami suatu situasi, sebab, peristiwa, peran, interaksi dan kelompok. Menurut John W. Creswell (Creswell, 1994: 21) metode pendekatan penelitian kualitatif merupakan sebuah proses investigasi. Sesuai dengan penelitian yang penulis teliti, maka jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif yaitu penelitian yang bertujuan untuk mengetahui dan mendapatkan gambaran secara

sistematis tentang implementasi dari Strategi DOTS di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tabur. Pemilihan metode deskriptif ini dirasakan sesuai untuk melihat mengenai gambaran suatu kejadian secara detail, alami tanpa campur tangan peneliti dalam hal ini keadaan sebenarnya dari obyek yang diteliti.

B. Fokus Penelitian

Fokus penelitian dalam suatu penelitian kualitatif dimaksudkan untuk membatasi suatu studi, atau dengan kata lain fokus penelitian dapat membatasi bidang inkuiri dan memenuhi kriteria suatu informasi yang dilakukan dilapangan sehingga dapat mendukung suatu penelitian. Dengan adanya fokus penelitian, seorang peneliti dapat mengetahui data mana yang perlu diambil dari data yang sedang dikumpulkan (Moleong, 2002: 12). Adapun yang menjadi fokus penelitian dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Implementasi dari strategi DOTS dalam kebijakan pengendalian Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tabur kabupaten Berau yang meliputi :
 - a. Komitmen Politik
 - b. Diagnosis dengan mikroskopis yang baik
 - c. Pemberian obat yang baik
 - d. Jaminan ketersediaan obat
 - e. Pencatatan dan pelaporan yang akurat.
2. Apa faktor- faktor mempengaruhi implementasi strategi DOTS dalam pengendalian Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tabur kabupaten Berau.

C. Informan Penelitian

Suharsimi Arikunto (2006: 130) menyatakan bahwa populasi adalah keseluruhan subjek penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah para pasien/keluarga pasien TB dan petugas yang ada di Puskesmas Gunung Tabur. Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti. Sampel disini merupakan bagian terkecil dari populasi yang dipilih dan diambil untuk tujuan penelitian. Teknik *sampling* yang digunakan adalah *snowball sampling*. Teknik *snowball sampling* yaitu teknik pengambilan sampel sumber data, yang pada awalnya jumlahnya sedikit, lama-lama menjadi besar. Hal ini dikarenakan dari jumlah sumber data yang sedikit tersebut belum mampu memberikan data yang memuaskan, maka mencari informan lagi yang dapat digunakan sebagai sumber data. Dengan demikian jumlah sumber data akan semakin besar, seperti bola salju yang menggelinding, lama-lama menjadi besar (Sugiyono, 2009: 26). Pada penelitian ini yang menjadi *key informan* adalah pemegang program Tb, dokter, analis, apoteker, perawat pelaksana, pasien/keluarga pasien.

D. Jenis dan Sumber Data

Adapun sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Data primer

Data yang diperoleh secara langsung mendatangi informan dengan wawancara langsung dengan responden, yaitu dengan menggunakan panduan wawancara dengan informan.

2. Data sekunder

Data yang didapatkan dari dokumen pencatatan dan laporan di Puskesmas Gunung Tabur.

E. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian Kualitatif, peneliti sendirilah yang menjadi instrument utama yang melakukan obeservasi ke objek penelitian serta berusaha sendiri mengumpulkan informasi data sesuai dengan kebutuhan melalui metode wawancara yang dilakukan dengan informan.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Observasi.

Observasi, adalah melakukan pengamatan terhadap obyek penelitian.

2. Wawancara.

Untuk lebih memperjelas pengambilan data dilakukan dengan wawancara. Dalam wawancara dilakukan dengan dua cara yaitu wawancara bebas dan terprogram. Wawancara bebas dilakukan terhadap beberapa informan dan narasumber untuk memperoleh data yang sifatnya umum. Pada wawancara bebas sudah dilakukan sejak peneliti memasuki lapangan.

Wawancara terprogram dilakukan untuk menggali data yang benar-benar diperlukan dalam penelitian. Untuk wawancara terprogram peneliti telah menyiapkan sejumlah daftar pertanyaan mengenai implementasi strategi DOTS untuk pengendalian penyakit TB di puskesmas Gunung Tabur.

3. Dokumentasi.

Dalam penelitian kualitatif peran dokumentasi sangat besar, data dari dokumentasi berguna untuk membantu menampilkan kembali beberapa data yang mungkin belum dapat diperoleh. Beberapa catatan tertulis dan gambar diperlukan untuk membantu dalam menganalisis data penelitian. Data yang berupa dokumentasi berguna dalam mengecek kebenaran kembali agar lebih memudahkan deskripsi.

F. Teknik Analisa Data

Setelah melakukan teknik pengumpulan data, langkah selanjutnya adalah menganalisis data. Analisis data adalah proses menyusun, mengkategorikan data, mencari pola atau tema dengan maksud untuk memahami maknanya. Teknik Analisis data yang dilakukan, diantaranya:

1. Reduksi Data, pada tahap ini dilakukan pemilihan tentang relevansi antara data dengan tujuan penelitian. Data-data yang penulis peroleh dari hasil observasi dan wawancara tidak semuanya penulis gunakan. Akan tetapi, data tersebut dipilah-pilah lagi untuk menentukan mana yang relevan dengan tema penelitian.
2. Penyajian Data. Setelah data direduksi, tahap selanjutnya adalah penyajian data. Pada tahap ini, data disajikan dan dianalisis dengan menghubungkan data yang diperoleh dari studi pustaka dengan data yang ditemukan melalui wawancara dan observasi. Adapun dalam penelitian ini, penulis menyajikan data dalam bentuk teks yang bersifat naratif.

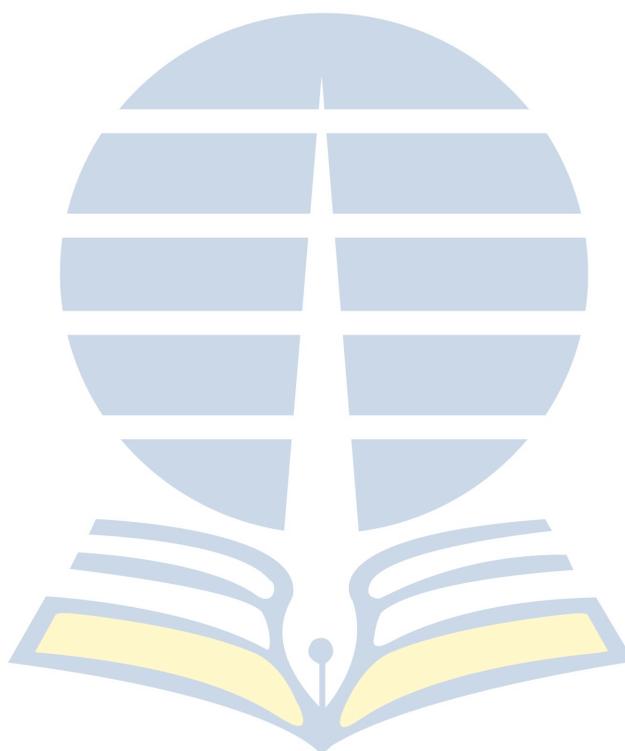
3. Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi Data Kegiatan ini dimaksudkan untuk mencari makna data yang dikumpulkan dengan mencari hubungan, persamaan, atau perbedaan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan jalan membandingkan kesesuaian pernyataan dari subyek penelitian dengan makna yang terkandung dengan konsep-konsep dasar dalam penelitian tersebut. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan jalan membandingkan kesesuaian pernyataan dari subyek penelitian dengan makna yang terkandung dengan konsep-konsep dasar dalam penelitian tersebut. Sedangkan verifikasi dimaksudkan agar penilaian tentang kesesuaian data dengan maksud yang terkandung dalam konsep-konsep dasar dalam penelitian tersebut lebih tepat dan obyektif (Creswell, 1994: 23).

G. Tehnik Penyajian Data

Secara umum penyajian data merupakan pengorganisasian penyatuan dari informasi yang memungkinkan penyimpulan dari tindakan terkait dengan data yang dikumpulkan. Penyajian data yang dimaksud dalam bentuk matrik, grafik, kurva yang kesemuanya dirancang untuk menyatukan berbagai informasi yang terorganisasi, secara lengkap sehingga dapat diketahui mengenai fenomena yang sebenarnya terjadi sekaligus untuk menggambarkan secara menyeluruh sehingga dapat disimpulkan dan selanjutnya dapat disajikan sesuai dengan kebutuhan peneliti.

H. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini di laksanakan di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tabur kabupaten Berau pada bulan Januari 2017.



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.

Puskesmas Gunung Tabur memiliki luas wilayah 1,724 KM², serta terdiri dari 6 kelurahan/kampung. Adapun luas UPTD Puskesmas Gunung Tabur adalah $12 \times 68 \text{ M}^2 + 16 \times 16 \text{ M}^2$ (Pusk + Pusk. Perawatan). Batas wilayah Puskesmas Gunung Tabur adalah sebagai berikut :

1. Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Bulungan.
2. Sebelah Timur berbatasan dengan Puskesmas Merancang Ulu
3. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Tanjung Redeb.
4. Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Segah.

Batas wilayah administratif Puskesmas Gunung Tabur yang terdiri dari 1 kelurahan dan 5 kampung, terdapat 8 Puskesmas Pembantu dan 4 Poskesdes serta 23 Posyandu.

Sebagaimana diketahui bahwa penyelenggaraan upaya kesehatan tidak hanya dilakukan pemerintah, tapi juga diselenggarakan oleh swasta. Oleh karena itu gambaran situasi ketersediaan tenaga kesehatan baik yang bekerja disektor pemerintah maupun swasta perlu diketahui. Sesuai dengan fungsi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, maka tenaga medis dan keperawatan baik itu perawat maupun bidan menempati proporsi lebih banyak di wilayah Puskesmas Gunung Tabur.

Tabel 3. Jumlah Tenaga Kesehatan Tahun 2016.

No.	Uraian	Jumlah		Ket
		L	P	
☒	Dokter Umum	1	2	
☒	Dokter Gigi	1		
☒	Sarjana Keperawatan		1	
☒	D.IV/Perawat Anestesi/dan lain-lain			
☒	D.III Keperawatan	4	5	
☒	SPR/SPK	6	1	
☒	D.I Kebidanan			
☒	D.III Kebidanan		12	
☒	D.IV Kebidanan			
☒	Perawat Gigi			
☒	D.III Keperawatan Gigi		1	
☒	Apoteker		1	
☒	Sarjana Farmasi			
☒	D.III Farmasi & Asisten Apoteker		1	
☒	D.IV/Sarjana Gizi			
☒	D.I & D.III Gizi		1	
☒	Sarjana Kesehatan Masyarakat	1		
☒	D.III Kesehatan Masyarakat			
☒	Tenaga Sanitasi	1	1	
☒	Analisis Laboratorium		1	
	Jumlah	14	27	

Jumlah penduduk di wilayah Puskesmas Gunung Tabur pada tahun 2016 sebanyak 17.787 jiwa, dengan jumlah penduduk laki-laki sebanyak 9.859 jiwa dan jumlah penduduk perempuan sebanyak 7.928 jiwa, dengan wilayah kampung yang mempunyai jumlah penduduk tertinggi adalah Kelurahan Gunung Tabur yaitu sebesar 7.454 jiwa. Sedangkan jumlah penduduk terendah adalah di Kampung Birang yaitu sebesar 530 jiwa.

Tabel 4. Jumlah Penduduk Laki-laki & Perempuan Tahun 2016

No.	Kelurahan/ Kampung	Jumlah Penduduk	Jenis Kelamin			
			L	%	P	%
1	Gunung Tabur	7.454	4.026	54,01	3.428	45,99
2	Tasuk	2.328	1.322	56,79	1.006	43,21
3	Birang	530	320	60,38	210	39,62
4	Maluang	4.141	2.331	56,30	1.810	43,70
5	Samburakat	1.122	607	54,10	515	45,90
6	Sambakungan	2.212	1.253	56,65	959	43,35
	Jumlah	17.787	9.859	55,43	7.928	44,57

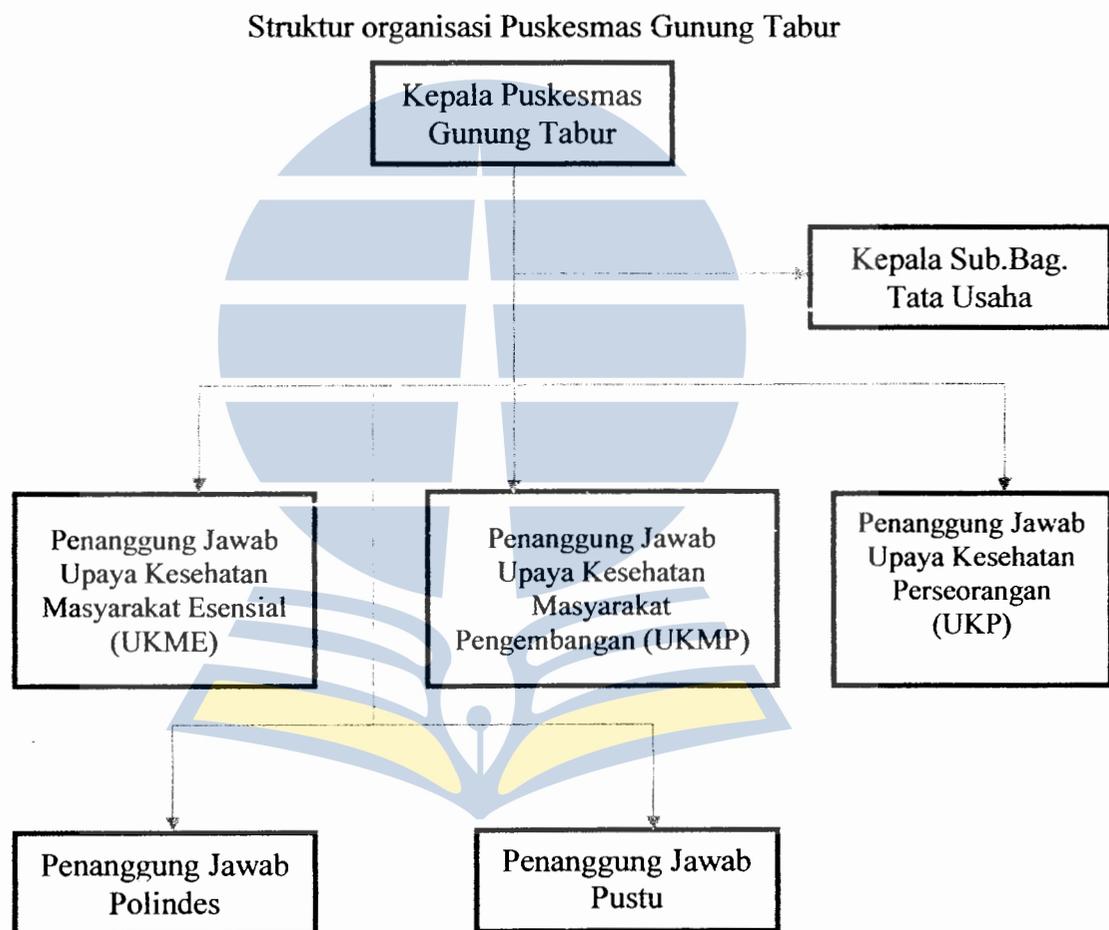
Perkembangan penduduk menurut jenis kelamin dapat dilihat perbandingan penduduk laki-laki dan perempuan. Jumlah penduduk laki-laki pada tahun 2016 adalah sebanyak 9.859 jiwa (55,43%) dan perempuan sebanyak 7.928 jiwa (44,57%).

Unit Pelaksana Puskesmas Gunung Tabur terdiri dari:

1. Kepala UPT Puskesmas mempunyai tugas memimpin, melaksanakan, mengkoordinasikan, mengendalikan dan mengawasi pelaksanaan tugas dan fungsi dan tata kerja UPT Puskesmas.
2. Kelompok Jabatan fungsional terdiri atas sejumlah tenaga dalam jenjang jabatan fungsional yang terbagi dalam berbagai kelompok sesuai dengan bidang keahliannya.
3. Kasubag Tata Usaha mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan urusan umum dan kepegawaian, keuangan, data dan informasi, sarana dan prasarana, serta penyusunan perencanaan dan penilaian.

4. Pelaksana upaya kesehatan wajib dan pengembangan mempunyai tugas merencanakan kegiatan upaya kesehatan wajib dan pengembangan dan bertanggung jawab kepada Kepala UPT Puskesmas.

Struktur Organisasi Puskesmas Gunung Tabur digambarkan dalam bentuk bagan sebagai berikut:



Gambar 3. Struktur Organisasi Puskesmas Gunung Tabur

Berdasarkan Struktur Organisasi Puskesmas Gunung Tabur pada Gambar 3 bahwa bentuk struktur organisasi Puskesmas Gunung Tabur adalah lini dan staff.

Bentuk ini memiliki ciri-ciri (Wursanto, 2005) sebagai berikut:

1. Digunakan oleh organisasi-organisasi yang besar dan kompleks.
2. Jumlah anggota relatif banyak.
3. Unit-unit dalam organisasi dibedakan menjadi dua macam, yaitu:
 - (a). Unit-unit lini / garis, satu sama lain berhubungan menurut garis komando mulai top manager (pimpinan puncak), sampai dengan unit lini yang paling bawah. Yang dimaksud dengan unit lini ialah unit-unit yang secara langsung terlibat dalam pelaksanaan pencapaian tujuan organisasi.
 - (b). Unit staff yang dihubungkan dengan garis tata hubungan staff. Yang dimaksud dengan unit staff adalah unit yang tidak secara langsung ikut terlibat dalam pencapaian tujuan organisasi, tetapi hanya memberikan bantuan di bidang pengadaan pegawai, keuangan, material dan bantuan lainnya baik untuk kepentingan unit lini maupun kepentingan unit staff sendiri.
4. Karena jumlah anggota organisasi relatif banyak maka hubungan yang sifatnya tatap muka tidak mungkin dapat dilaksanakan bagi seluruh anggota organisasi. Siagian (2015), menambahkan bahwa bentuk struktur organisasi lini dan staff pada umumnya digunakan oleh organisasi-organisasi pemerintahan. Sifatnya birokratik dan bentuknya piramidal.

B. Gambaran Puskesmas Gunung Tabur dalam Implementasi Strategi DOTS Pengendalian Tuberkulosis.

Pelaksanaan program TB paru di Puskesmas Gunung Tabur mengacu pada Peraturan Nasional mengenai penanggulangan TB paru. Kebijakan memudahkan pemerintah berhak dan wajib untuk turut serta menegakkan tata tertib, memberikan ketetapan dalam melaksanakan kegiatan program, dan memberikan kemudahan dalam pelaksanaannya (Buse, *et. Al*, 1994). Jumlah tenaga kesehatan pelaksana TB paru di Puskesmas Gunung Tabur Kecamatan Gunung Tabur saat ini terdiri dari dokter, perawat, apoteker dan analis. Satu orang petugas TB sudah mendapatkan pelatihan, yaitu analis laboratorium, sedangkan petugas TB yang lain belum dilatih.

Anggaran program TB paru berasal dari BOK dan APBD. Anggaran dialokasikan pada setiap kegiatan program TB paru sesuai dengan perencanaan yang dibuat. Setiap anggaran yang dianggarkan tidak semua dapat diterima secara keseluruhan tetapi disesuaikan dengan jumlah anggaran yang diterima puskesmas dan peraturan yang berlaku. Sasaran program TB paru di Puskesmas Gunung Tabur adalah suspek TB, pasien TB paru dan keluarga. Jumlah sasaran program TB paru di Puskesmas Gunung Tabur pada tahun 2016 berdasarkan jumlah penduduk adalah sebanyak 28 orang, tapi ditemukan sebanyak 32 orang dengan kasus baru TB BTA+ 18 orang dari jumlah seluruh kasus. Kasus TB anak juga dilaporkan terdapat 1 kasus. Penjaringan suspek TB paru dapat dilakukan dengan merujuk pasien TB paru dari Puskesmas pembantu, dan petugas TB ke koordinator TB. Namun rujukan dapat tidak efektif apabila pasien tidak mau

datang ke Puskesmas untuk melakukan pemeriksaan. Laboratorium hanya terdapat di Puskesmas induk sehingga setiap pemeriksaan dahak BTA dari Puskesmas Pembantu dilakukan atau dirujuk ke Puskesmas induk Kecamatan Gunung Tabur. Laboratorium dilengkapi dengan peralatan diagnostik pemeriksaan BTA yang sudah sesuai dan lengkap, serta jumlah yang cukup. dengan tersedianya laboratorium maka penemuan kasus TB paru dapat dideteksi dengan segera. Petugas memberi pengobatan berdasarkan diagnosa dokter sesuai dengan standar internasional. Konsep DOTS merupakan upaya penting dalam menjamin keteraturan berobat pasien. Istilah DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) dapat diartikan sebagai pengawasan langsung menelan obat jangka pendek setiap hari oleh Pengawas Menelan Obat (PMO). Tujuannya mencapai angka kesembuhan yang tinggi, mencegah putus berobat, mengatasi efek samping obat jika timbul dan mencegah resistensi. Sebelum pengobatan pertama kali dimulai DOTS harus dijelaskan kepada pasien tentang cara dan manfaatnya. Seorang PMO harus ditentukan dan dihadirkan di Puskesmas untuk diberi penerangan tentang DOTS dan tugas-tugasnya. PMO haruslah seseorang yang mampu membantu pasien sampai sembuh selama 6 bulan dan sebaiknya merupakan anggota keluarga pasien yang disegani. Penatalaksanaan TB yang tidak tepat akan menimbulkan resistensi obat, kasus TB meningkat, dan dapat menjadi kasus TB-MDR.

Implementasi strategi DOTS dalam pengendalian Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tabur diklasifikasikan menjadi 5 komponen yaitu: komitmen politis, diagnosis dengan mikroskopis yang baik, pemberian obat yang

baik dan diawasi secara baik, jaminan ketersediaan obat, pencatatan dan pelaporan yang akurat.

1. Implementasi Komitmen Politis

Dalam banyak program, implementasi sebuah program perlu dukungan dan koordinasi dengan instansi lain. Untuk itu, diperlukan koordinasi dan kerjasama antar instansi bagi keberhasilan suatu program. Karakteristik agen pelaksana mencakup struktur birokrasi, norma-norma, dan pola-pola hubungan yang terjadi dalam birokrasi, yang semuanya itu akan mempengaruhi implementasi suatu program.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan bahwa Puskesmas Gunung Tabur telah melakukan kerjasama lintas sektor dan lintas program. Kerjasama lintas sektor dilakukan dengan kecamatan dan kelurahan/kampung, sedangkan lintas program sudah terstruktur dilakukan dalam setiap rapat minilokakarya puskesmas dan juga dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Berau dan Rumah Sakit Abdul Rivai.

Benyamin (Koordinator P2TB) : “Puskesmas setiap bulan mengadakan minilokakarya antar program sehingga program-program puskesmas yang berkaitan dengan program Tb bisa saling berkoordinasi seperti program kesehatan lingkungan, promosi kesehatan dan perbaikan gizi. Demikian pula sudah bekerjasama dengan pihak Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit Abdul Rivai. Untuk pasien suspek TB, bila pemeriksaan dahak negatif maka pasien akan dirujuk ke RSUD untuk pemeriksaan *Rontgen*. Untuk sosialisasi, pertemuan minilokakarya disampaikan gambaran kasus pasien TB tiap kampung.” (wawancara 30 Jan 2017).

Vera Tri Agustina (Analis) : “Ada *crosscheck* pemeriksaan *slide* tiap tiga bulan ke dinkes Kabupaten untuk validitas pemeriksaan” (wawancara 30 Jan 2017).

Kemitraan dan dukungan Pemerintah Daerah masih kurang dalam pembiayaan program pengendalian TB. Dana yang digunakan untuk pelaksanaan

strategi DOTS di Puskesmas Gunung Tabur berasal dari BOK (Bantuan Operasional Kesehatan).

Koordinator P2TB: “Untuk program Tb yang dibiayai BOK hanya *survey* kontak sekali setahun, tidak ada pendanaan untuk *homecare*, PMO dan juga tunjangan resti untuk pemegang program dan analis. Anggaran Pemda untuk program TB tidak memadai, baik dalam besaran maupun keteraturan. Anggaran Pemda untuk program TB tidak selalu ada setiap tahun. Bantuan dana dari *Global Fund* juga berkurang dan pada tahun 2016 tidak ada lagi dana yang diberikan, hanya untuk koordinasi dan penemuan penderita, sementara dana yang didapat dari APBD terbatas dan dipergunakan untuk pertemuan komunitas PPM, peningkatan diagnosa, dan *supervise*”(wawancara 30 Jan 2017).

Kurangnya komitmen politis dalam ketersediaan dana akan berdampak pada terhambatnya pelaksanaan kegiatan penanggulangan TB paru.

2. Implementasi Diagnosis dengan mikroskopis yang baik

Program penanggulangan TB paru dengan strategi DOTS adalah untuk menurunkan angka kesakitan dan angka kematian yang disebabkan oleh penyakit TB paru. Upaya untuk menurunkan angka tersebut dapat dilakukan dengan meningkatkan angka penemuan kasus TB paru sehingga mencegah penularan akibat TB paru.

Kegiatan penemuan pasien terdiri dari penjangingan suspek, diagnosis, penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien. Strategi penemuan pasien TB yang diberlakukan di Puskesmas Gunung Tabur dilakukan secara pasif dengan promosi aktif. Penjangingan tersangka pasien dilakukan di unit pelayanan kesehatan, didukung dengan penyuluhan secara aktif saat posyandu dan kegiatan pertemuan di kampung, baik oleh petugas kesehatan maupun masyarakat. Penemuan kasus dengan cara mengunjungi rumah penderita TB paru tidak rutin dilakukan, 1 kali setahun saja.

Gejala utama pasien TB paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk berdarah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan. Gejala-gejala tersebut diatas dapat dijumpai pula pada penyakit paru selain TB, seperti bronkiektasis, bronkhitis kronis, asma, kanker paru, dan lain-lain. Mengingat prevalensi TB di Indonesia saat ini masih tinggi, maka setiap orang yang datang ke Puskesmas dengan gejala tersebut diatas, dianggap sebagai seorang tersangka (suspek) pasien TB, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung.

Pemeriksaan dahak berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 spesimen dahak yang dikumpulkan dalam 2 hari kunjungan yang berurutan berupa sewaktu-pagi-sewaktu (SPS):

- S (Sewaktu): dahak dikumpulkan pada saat suspek TB datang berkunjung pertama kali. Pada saat pulang, suspek membawa sebuah pot dahak untuk mengumpulkan dahak pagi pada hari kedua.
- P (Pagi): dahak dikumpulkan di rumah pada pagi hari kedua. Segera setelah bangun tidur, pot dibawa dan diserahkan sendiri kepada petugas di Puskesmas.
- S (Sewaktu): dahak dikumpulkan di Puskesmas pada hari kedua, saat menyerahkan dahak pagi.

Pemeriksaan biakan, dan identifikasi kuman *M. Tuberculosis* pada penanggulangan TB khususnya untuk mengetahui apakah pasien yang bersangkutan masih peka terhadap OAT yang digunakan. Dilanjutkan dengan tes resistensi agar hasil pemeriksaan tersebut memberikan kesimpulan yang benar sehingga kemungkinan kesalahan dalam pengobatan MDR dapat dicegah.

Pada program TB nasional di Puskesmas, penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopik merupakan diagnosis utama. Pemeriksaan lain seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya. Untuk pemeriksaan toraks, biakan dan uji kepekaan, pasien akan diberikan rujukan ke RSUD Abdul Rivai dikarenakan keterbatasan sarana dan prasarana di Puskesmas.

3. Implementasi Pemberian obat yang baik dan diawasi secara baik

Yang perlu diperhatikan sebelum melaksanakan kelima strategi DOTS pada pengobatan seorang penderita tuberkulosis adalah memberikan pemahaman terhadap penderita tentang penyakitnya dan kemudian menetapkan seorang pengawas menelan obatnya (PMO). Pengawasan menelan obat apabila penderita dirawat jalan dapat dilakukan oleh: dokter, petugas kesehatan, pemuka masyarakat atau orang yang disegani, suami/istri/keluarga/orang serumah. Apabila penderita dirawat di RS, yang bertindak sebagai PMO adalah petugas RS.

Benyamin (Koordinator P2TB): Bila ada pasien baru terdiagnosa TB akan ditimbang berat badan mereka baru diberikan OAT sesuai dosis BB. Untuk meningkatkan kepatuhan dalam minum obat selama 6 bulan atau sampai sembuh maka akan di tunjuk salah seorang anggota keluarga untuk mengawasi penderita dalam ketaatan minum obat setiap hari, biasanya yang ditunjuk adalah keluarga yang disegani, bisa baca tulis dan dapat diajak berkomunikasi dengan petugas karena puskesmas tidak bisa menunjuk tenaga kesehatan sebagai pengawas

minum obat karena keterbatasan dalam anggaran, kecuali petugas sendiri mau membantu dengan sukarela.(wawancara 30 jan 2017)

Elvira Rosa (Apoteker): “Dalam hal pemberian obat, apotek hanya sebagai penyimpan dan distribusi hanya melalui resep. Apoteker yang menyiapkan obat, pemegang program yang akan menyerahkan sambil mengedukasi pasien. Untuk penyerahan obat TB, diapotek belum memiliki SOP, hanya mengikuti juknis-juknis yang ada” (Wawancara 30 Jan 2017).

Panduan obat anti tuberculosis yang dipakai program sesuai dengan dengan rekomendasi WHO berupa OAT jangka pendek yang terdiri dari 4 kategori. Setiap kategori terdiri dari 2 fase pemberian yaitu fase awal/Intensif dan fase lanjutan/intermitten. Paduan OAT ini disediakan dalam bentuk paket, dengan tujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan (kontinuitas) pengobatan sampai selesai. 1 paket untuk 1 penderita dalam 1 masa pengobatan. Obat Paket Tuberkulosis ini disediakan secara gratis. Saat ini obat TB yang tersedia disebut *Fix Dose Combination*(FDC). Obat ini yaitu rejimen dalam bentuk kombinasi, didalam tablet yang ada sudah berisi 2, 3 atau 4 campuran OAT dalam satu kesatuan. WHO sangat menganjurkan pemakaian OAT-FDC karena beberapa keunggulan dan keuntungannya dibandingkan dengan OAT dalam bentuk lain seperti kombipak apalagi dalam bentuk lepas. Keuntungan penggunaan OAT-FDC:

- a. Mengurangi kesalahan peresepan karena jenis OAT sudah dalam satu kombinasi tetap dan dosis OAT mudah disesuaikan dengan berat badan penderita.

- b. Dengan jumlah tablet yang lebih sedikit maka akan lebih mudah pemberiannya dan meningkatkan penerimaan penderita sehingga dapat meningkatkan kepatuhan penderita.
- c. Dengan kombinasi yang tetap, walaupun tanpa diawasi, maka penderita tidak bisa memilih jenis obat tertentu yang akan ditelan.
- d. Dari aspek manajemen logistik, OAT-FDC akan lebih mudah pengelolaannya.

Pengobatan Tuberkulosis memiliki beberapa Efek samping dari obat-obatan tuberkulosis. Seperti neuritis perifer, ikterus, hipersensitivitas, mulut kering, mual muntah, vertigo, tuli, nyeri epigastrik, tinnitus, retensio urin dan methemoglobinemia. Sebagian besar penderita dapat menyelesaikan pengobatan tanpa efek samping, namun sebagian kecil dapat mengalami efek samping. Oleh karena itu pemantauan kemungkinan terjadinya efek samping dilakukan di Puskesmas Gunung Tabur selama masa pengobatan.

Pemantauan efek samping obat di Puskesmas Gunung Tabur dilakukan dengan cara:

- a. Menjelaskan kepada pasien/penderita tanda-tanda efek samping.
- b. Menanyakan adanya gejala efek samping pada pasien/penderita pada waktu penderita mengambil OAT.
- c. Efek samping OAT dapat dibedakan menjadi efek samping berat dan efek samping ringan. Efek samping obat berat yaitu efek samping yang dapat menjadi sakit serius. Dalam kasus ini maka pemberian OAT harus dihentikan dan penderita segera dirujuk ke RSUD dr. Abdul Rivai dimana terdapat dokter

spesialis paru yang dapat memberikan penanganan lebih lanjut. Efek samping ringan yaitu hanya menyebabkan sedikit perasaan yang tidak enak. Gejala-gejala ini sering dapat ditanggulangi dengan obat-obat simptomatik, tetapi kadang-kadang menetap untuk beberapa waktu selama pengobatan. Dalam hal ini pengobatan OAT dapat diteruskan.

4. Implementasi Jaminan ketersediaan obat

Pengelolaan ketersediaan obat antituberkulosis (OAT) merupakan serangkaian kegiatan yang meliputi perencanaan kebutuhan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, monitoring dan evaluasi. Puskesmas Gunung Tabur ini menghitung kebutuhan tahunan, triwulan dan bulanan sebagai dasar permintaan ke kabupaten/kota.

Perencanaan kebutuhan OAT dilakukan terpadu dengan perencanaan obat program lainnya yang berpedoman pada:

- Jumlah penemuan pasien pada tahun sebelumnya
- Perkiraan jumlah penemuan pasien yang direncanakan
- *Buffer-stock* (tiap kategori OAT)
- Sisa stok OAT yang ada
- Perkiraan waktu perencanaan dan waktu distribusi (untuk mengetahui estimasi kebutuhan dalam kurun waktu perencanaan).

Puskesmas Gunung Tabur sudah memiliki persediaan obat yang cukup, Puskesmas mengambil persediaan obat ke GFK. OAT yang diberikan melalui GFK/Dinas Kesehatan kemudian diserahkan ke puskesmas, di mana bagian apotek yang menyimpan dan mendistribusikannya. Bila ada kasus obat di

puskesmas habis, maka petugas TB akan mencari obat TB paru ke puskesmas lain. Penderita maupun PMO yang berobat di Puskesmas Gunung Tabur juga merasa tidak ada masalah dalam memperoleh obat TB paru di puskesmas, mereka hanya menunjukkan kartu berobat TB paru, kemudian ditimbang dan langsung diberikan obat TB paru kepada pasien atau PMO.

Mengenai Jaminan ketersediaan obat TB, peneliti mendapatkan data seperti yang terungkap dalam petikan wawancara di bawah ini:

Dr Nevi (dokter) : “Cukup memadai untuk ketersediaanya, pendistribusiannya yang kadang belum tepat dengan jadwal pemberian.”(wawancara 30 jan 2017)

Koordinator Program TB: “ Tersedia dan selama ini belum pernah mengalami kekosongan, walaupun terjadi maka akan berkoordinasi dengan puskesmas lain yang masih memiliki stock sebagai pinjaman dan akan dikembalikan /diganti setelah ada distribusi dari kabupaten .”(wawancara, 30 jan 2017)

Apoteker: “Yg meminta obat TB adalah dari pemegang program, mengamprah dan mengambil baru diserahkan ke apotek. Jadi di apotek hanya sebagai penyimpanan dan distribusi melalui obat. Obat ini kan per-pasien. Tidak pernah terjadi kekurangan. Jadi bisa saling menutupi sehingga tidak pernah kekurangan. Sebelum habis stoknya pemegang program sudah meminta ke GFK. Obat-Obat yang habis masa berlakunya tidak pernah ada. Tidak pernah terjadi kekurangan, selalu menutupi permintaan, pendistribusiannya” (wawancara 30 Jan2017).

Berdasarkan petikan wawancara tersebut tampak bahwa ketersediaan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) di Puskesmas Gunung Tabur terjamin.

5. Implementasi Pencatatan dan pelaporan yang akurat

Pencatatan dan pelaporan merupakan salah satu elemen yang sangat penting untuk mendapat gambaran dan informasi kegiatan di semua tingkat implementasi penanggulangan penyakit TB, dan tujuan pencatatan dan pelaporan untuk:

1. Mendapatkan informasi hasil pelaksanaan strategi DOTS

2. Intervensi.

3. Mengetahui keberhasilan program (Aditama, 2002).

Untuk itu diperlukan pencatatan dan pelaporan yang baku, berkualitas, akurat dan tepat waktu, untuk mendukung pengambilan keputusan dan perencanaan program DOTS dalam kebijakan pengendalian Tuberkulosis. Pencatatan adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh petugas untuk mencatat hasil-hasil kegiatan dalam Implementasi strategi DOTS dalam pengendalian Tuberkulosis. Puskesmas Gunung Tabur adalah unit pelayanan kesehatan yang melaksanakan pencatatan tersebut, meliputi: (1) Kartu pencatatan penderita disimpan di Puskesmas Gunung Tabur tujuannya untuk identifikasi penderita, mencatat diagnosis yang telah ditegakkan, mengetahui riwayat penyakit, mengetahui keteraturan pengobatan, mengetahui hasil pemeriksaan laboratorium; (2) Register/Monitoring. Formulir ini disimpan di Puskesmas Gunung Tabur, tujuannya adalah: untuk mengetahui jumlah penderita TB secara kumulatif jangka waktu tertentu, dalam setahun adanya peningkatan dan penurunan penyakit TB, untuk mengetahui keteraturan pengobatan 3 bulan, 6 bulan sampai 1 tahun tergantung pada kondisi pasien, untuk mengetahui jumlah penderita DEFAULT, untuk mengetahui jumlah penduduk yang pindah, dan untuk mengetahui jumlah penderita meninggal; (3) Pelaporan adalah penyampaian hasil-hasil kegiatan pelaksanaan implementasi program penanggulangan penyakit TB di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tabur, pada jangka waktu tertentu dengan benar dan tepat waktu.

Puskesmas Gunung Tabur telah melakukan pencatatan dan pelaporan. Formulir yang tersedia di puskesmas dicatat sesuai jumlah pasien yang berobat, dengan format laporan yang ada, selanjutnya petugas TB puskesmas harus sudah selesai mengisi laporannya sebelum tanggal 2 setiap bulan yang kemudian akan dilaporkan ke Dinas Kesehatan sebelum tanggal 5 untuk diperiksa ulang oleh petugas dinas. Pelaksanaan pemantauan dan evaluasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Berau dalam pelaksanaan program TB paru dengan strategi DOTS yaitu dengan menginformasikan kepada petugas TB puskesmas untuk mengantarkan laporan TB setiap bulan sebelum tanggal 5 dan memberikan kelengkapan data TB secara berkala selama 3 bulan sekali yang dibagi dalam triwulan I, II, III, dan IV. Apabila laporan dari puskesmas terlambat, maka petugas Dinas Kesehatan akan mengingatkan kepada petugas TB untuk mengantarkan laporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Berau. Petugas dinas melakukan supervisi ke puskesmas sekaligus melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap program TB paru. Pemantauan dan evaluasi harus dilakukan untuk meninjau langsung pencatatan dan pelaporan yang dilakukan oleh puskesmas.

Pengobatan atau tindak lanjut yang dilakukan Petugas di Puskesmas Gunung Tabur bagi pasien/penderita yang sembuh, meninggal, pindah, lalai/*Drop Out* dan Gagal adalah sebagai berikut:

- a. Penderita yang sudah sembuh atau penderita dinyatakan sembuh bila penderita telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap dan pemeriksaan ulang dahak (*follow-up*) paling sedikit 2 (dua) kali berturut-turut hasilnya negatif (yaitu pada AP dan/atau sebulan sebelum AP, dan pada satu pemeriksaan

- follow-up* sebelumnya). Tindak lanjut yang dilakukan adalah penderita diberitahu apabila gejala muncul kembali supaya memeriksakan diri dengan mengikuti prosedur tetap.
- b. Pengobatan lengkap adalah penderita yang telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap tapi tidak ada hasil, pemeriksaan ulang dahak 2 kali berturut-turut negatif. Tindak lanjut yang dilakukan adalah penderita diberitahu apabila gejala muncul kembali, supaya memeriksakan diri dengan mengikuti prosedur tetap. Seharusnya terhadap semua penderita BTA positif dilakukan pemeriksaan ulang dahak sesuai dengan petunjuk.
 - c. Meninggal adalah penderita yang dalam masa pengobatan diketahui meninggal karena sebab apapun.
 - d. Pindah adalah penderita yang pindah berobat ke daerah kabupaten/kota lain. Tindak lanjut yang dilakukan adalah penderita yang ingin pindah, dibuatkan surat pindah (Form TB.09) dan bersama sisa obat dikirim ke UPK yang baru. Hasil pengobatan penderita dikirim kembali ke UPK asal, dengan formulir TB.10.
 - e. *Defaulted* atau *Drop Out* adalah penderita yang tidak mengambil obat 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatannya selesai. Tindak lanjut yang dilakukan adalah petugas melacak penderita tersebut dan memberikan penyuluhan pentingnya berobat secara teratur. Apabila penderita akan melanjutkan pengobatan, dilakukan pemeriksaan dahak. Bila positif maka,

penderita mulai pengobatan dengan kategori-2; bila negatif sisa pengobatan kategori-1 dilanjutkan.

- f. Gagal adalah penderita BTA positif yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada satu bulan sebelum akhir pengobatan atau pada akhir pengobatan. Tindak lanjut yang dilakukan adalah Penderita BTA positif baru dengan kategori 1 diberikan kategori 2 mulai dari awal. Penderita BTA positif pengobatan ulang dengan kategori 2 dirujuk ke UPK spesialisik atau berikan INH seumur hidup. Penderita BTA negatif yang hasil pemeriksaan dahaknya pada akhir bulan ke 2 menjadi positif. Tindak lanjut: berikan pengobatan kategori 2 mulai dari awal.

C. Hasil Penelitian

Implementasi merupakan salah satu tahap dari keseluruhan proses kebijakan publik, mulai dari perencanaan sampai dengan evaluasi, dan implementasi dimaksudkan untuk mencapai tujuan kebijaksanaan yang membawa konsekuensi langsung pada masyarakat yang terkena kebijaksanaan (Edward, 1980: 89). Tingkat keberhasilan pengobatan dengan DOTS merupakan hal yang sangat penting diperhatikan, apakah strategi DOTS tersebut berhasil atau gagal dilaksanakan. Untuk menilai kemajuan atau keberhasilan strategi DOTS dapat dilihat dari angka penemuan pasien baru TB BTA positif (*Case Detection Rate* = CDR) dan angka keberhasilan pengobatan (*Success Rate* = SR). Penerapan sistem DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course*) di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tabur diketahui berhasil menurunkan prevalensi dan mortalitas TB, tetapi

hal tersebut belum cukup untuk mencapai Target *Case Detection Rate*. Target CDR program penanggulangan Tuberkulosis Nasional minimal adalah 70%.

Dari Hasil penelitian dapat diketahui bahwa komitmen dan dukungan Pemerintah Daerah masih kurang dalam pembiayaan program pengendalian TB. Dana yang digunakan untuk pelaksanaan strategi DOTS di Puskesmas Gunung Tabur berasal dari BOK (Bantuan Operasional Kesehatan).

Koordinator P2TB: “Untuk program Tb yang dibiayai BOK hanya *survey* kontak sekali setahun, tidak ada pendanaan untuk *homecare*, PMO dan juga tunjangan resti untuk pemegang program dan analis. Anggaran Pemda untuk program TB tidak memadai, baik dalam besaran maupun keteraturan. Anggaran Pemda untuk program TB tidak selalu ada setiap tahun. Bantuan dana dari *Global Fund* juga berkurang dan pada tahun 2016 tidak ada lagi dana yang diberikan, hanya untuk koordinasi dan penemuan penderita, sementara dana yang didapat dari APBD terbatas dan dipergunakan untuk pertemuan komunitas PPM, peningkatan diagnosa, dan *supervise*” (wawancara 30 Jan 2017).

Kurangnya komitmen politis dalam ketersediaan dana akan berdampak pada terhambatnya pelaksanaan kegiatan penanggulangan TB paru. Penanggung jawab program tidak mempunyai jadwal sendiri dalam pelaksanaan kegiatan menjanging suspek dan penanggung jawab hanya kebanyakan menunggu di puskesmas. Puskesmas Gunung Tabur dalam pelaksanaan penanggulangan TB paru melakukan pewarnaan dan pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Diusahakan 3 buah spesimen dahak dari suspek TB paru terkumpul agar ditegakkan diagnosanya, namun dalam hal ini sebagian penderita tidak tahu cara menampung dahak yang benar sehingga pemeriksaan laboratorium terjadi kesalahan hasil pembacaan laboratorium yang akan menghambat pengobatan pasien TB paru.

Dr Nevi (Dokter di puskesmas Gunung Tabur): “Untuk angka kesakitan TB, terjadi peningkatan. Kemudian beberapa kasus yang terdeteksi, ditemukan hasil laboratorium dengan BTA yang tidak positif (negatif) jadi dilihat dengan *Rongent* (Wawancara 30 Jan 2017).

Pengobatan TB dengan OAT yang diawasi Oleh PMO Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan diketahui bahwa Puskesmas Gunung Tabur telah melakukan pengobatan TB paru dengan paduan OAT jangka pendek yang diawasi langsung oleh PMO kepada penderita TB paru selama 6-9 bulan, paduan OAT yang diberikan oleh petugas puskesmas yaitu dengan paket FDC (*Fixed Dose Combination*) melalui prosedur sesuai berat badan penderita TB paru. Sedangkan dalam penentuan PMO yang dilakukan oleh petugas TB paru yaitu menunjuk anggota keluarga pasien yang berusia muda serta memiliki daya ingat yang bagus agar PMO yang bertanggungjawab terhadap pasien tidak lupa untuk mengingatkan dalam pengawasan menelan obat setiap hari. Namun di Puskesmas Gunung Tabur tidak ada menunjuk PMO dari pihak petugas kesehatan seperti bidan desa, perawat atau dokter bagi penderita TB paru, sehingga akan mengakibatkan kurangnya dukungan motivasi kepada pasien serta informasi tentang penanggulangan TB paru yang mengakibatkan angka penemuan kasus tidak sesuai target dan penularan penyakit TB paru semakin meningkat. Berdasarkan penelitian Bhisma Murti, dkk (2010) tentang Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi DOTS di Eks Karesidenan Surakarta mengatakan bahwa terdapat hubungan yang kuat dan bermakna antara kinerja PMO dengan kesembuhan TB paru kasus baru strategi DOTS. Angka konversi dan angka kesembuhan di sejumlah puskesmas masih di bawah target 85%, meskipun secara rata-rata target tersebut secara agregat telah tercapai di level kabupaten/ kota. Salah satu penyebab utama adalah putus berobat dan

ketidakefektifan pengawasan menelan obat dalam memastikan keteraturan menelan obat.

Dilapangan tidak jarang data atau informasi yang dibutuhkan baru tersedia setelah sehari-hari. Kualitas data yang dikumpulkan umumnya belum memadai, kadang terdapat inkonsistensi data ketika dilakukan cek silang yang mengindikasikan keraguan validitas data. Data yang ada belum dimanfaatkan secara optimal untuk surveilans TB di puskesmas, untuk pemantauan, evaluasi, dan perencanaan program TB. Biasanya pencatatan dan pelaporan tidak digunakan untuk perencanaan, melainkan hanya sekedar untuk dilaporkan ke tingkat administrasi yang lebih atas. Itulah sebabnya, informasi yang dibutuhkan untuk perencanaan atau pengambilan keputusan biasanya baru tersedia pada akhir bulan atau periode tertentu ketika Puskesmas harus membuat laporan.

Dalam penelitian ini, pendekatan yang digunakan dalam menganalisis faktor yang mempengaruhi implementasi strategi DOTS dalam pengendalian Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tabur adalah teori yang dikemukakan oleh George C. Edwards yaitu pendekatan komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi (Subarsono, 2009: 82).

1) Komunikasi

Terdapat tiga indikator yang dapat digunakan dalam mengukur keberhasilan variabel komunikasi. Edward III dalam Agustino (2006:157-158) mengemukakan tiga variabel tersebut yaitu:

- a. Transmisi. Penyaluran komunikasi yang baik akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik pula. Seringkali terjadi masalah dalam penyaluran

komunikasi yaitu adanya salah pengertian (miskomunikasi) yang disebabkan banyaknya tingkatan birokrasi yang harus dilalui dalam proses komunikasi, sehingga apa yang diharapkan terdistorsi di tengah jalan. Transmisi pada implementasi strategi DOTS pengendalian TB dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Berau kepada Puseksmas-puskesmas di Kabupaten Berau. Transmisi dalam implementasi strategi DOTS pengendalian TB berupa penyampaian atau pengiriman informasi dari Pemerintah kepada instansi pelaksana kebijakan kemudian diteruskan kepada masyarakat tentang pelaksanaan kebijakan Strategi DOTS dalam upaya pengendalian Tuberkulosis. Komunikasi implementasi strategi DOTS dalam pengendalian TB dilakukan pada saat rapat, pelatihan, bimbingan teknis dan dialog yang difasilitasi oleh Dinas Kesehatan. Kemampuan kerja pelaksana diturunkan dari variabel sumber daya. Dengan adanya komunikasi, implementor dapat menterjemahkan kebijakan-kebijakan yang ada dengan tepat, akurat, dan konsisten. Jika pemberian informasi mengenai kebijakan kurang jelas, maka akan menimbulkan kesalahpahaman diantara pembuat kebijakan dan implementornya.

- b. Kejelasan. Komunikasi yang diterima oleh pelaksana kebijakan harus jelas dan tidak membingungkan atau tidak ambigu/mendua. Dalam program Implementasi strategi DOTS dalam pengendalian Tuberkulosis di Puskesmas Gunung Tabur pesan yang ingin disampaikan oleh komunikator adalah konsep umum penyelenggaraan penanggulangan Tuberkulosis di Puskesmas Gunung Tabur. Sosialisasi kepada pihak lain yang berkepentingan melalui sosialisasi

program. Indikator selanjutnya adalah kejelasan komunikasi, kejelasan informasi merupakan hal yang penting karena dengan adanya kejelasan komunikasi diharapkan tidak terjadi perbedaan persepsi antara pembuat kebijakan, pelaksana dan masyarakat.

Dr Nevi (Dokter di puskesmas Gunung Tabur) menanggapi pertanyaan tentang kejelasan komunikasi: “Sudah, sejak saya bertugas disini sudah dilakukan strategi DOTS (2006). Petugas DOTS TB hanya dijelaskan mengenai pengobatannya saja.”

Koordinator TB: “Sudah, meliputi OAT (obat anti tuberkulosis) FDC (*Fixed Dose Combination*), PMO.”

Sedangkan tanggapan pasien mengenai pertanyaan, “Apakah strategi Dots pengendalian TB telah disosialisasikan kepada pasien dan PMO (pengawas minum obat)?” adalah “tidak tahu” dan kebanyakan tidak bisa menjawab (wawancara 30 Jan 2017).

- c. Konsistensi. Perintah yang diberikan dalam pelaksanaan suatu komunikasi harus konsisten dan jelas untuk ditetapkan atau dijalankan. Jika perintah yang diberikan sering berubah-ubah, maka dapat menimbulkan kebingungan bagi pelaksana di lapangan. Hasil wawancara menyebutkan bahwa kejelasan informasi yang dilakukan oleh pemerintah masih kurang, hal ini dapat terlihat dari sosialisasi yang tidak jelas dan tidak tahunya sebagian pasien/masyarakat tentang strategi DOTS pengendalian Tuberkulosis. Berdasarkan uraian tersebut dapat diketahui bahwa pemerintah (pusat dan dinas kesehatan) jarang melakukan sosialisasi melalui pelatihan tentang penyelenggaraan strategi DOTS dalam kebijakan pengendalian Tuberkulosis. Salah satu faktor keberhasilan adalah adanya sosialisasi berbentuk pelatihan, karena hal ini akan menambah pemahaman pelaksana dalam melaksanakan atau menjalankan kebijakan. Pelatihan merupakan suatu program yang diharapkan dapat

memberikan stimulus kepada staf untuk dapat meningkatkan kemampuan dalam pekerjaan tertentu. Untuk membangun dan mengembangkan staf yang profesional perlu diadakan program pelatihan secara internal dan eksternal yang diikuti oleh komunitas sumber daya manusia, program ini mulai dari rentang *workshop* hingga seminar serta pengalaman yang spesifik. Permasalahan yang sering terjadi dalam implementasi kebijakan adalah kurangnya konsistensi dalam sosialisasi sehingga ada rantai yang terputus dan menyebabkan ketidakjelasan pesan dan implementasi kebijakan suatu program tidak berjalan dengan baik.

2) Sumber Daya

Sumber daya meliputi: (1) sumber daya manusia yang tepat dengan kualitas dan kuantitas diperlukan; (2) informasi yang relevan dan cukup tentang tata cara mengimplementasikan kebijakan dan penyesuaian lainnya yang terlibat dalam implementasi; (3) Pengelolaan keuangan yang baik dalam mendukung pelaksanaan kebijakan. Sumber daya yang tidak cukup berarti bahwa kebijakan tidak akan diberlakukan, pelayanan tidak akan diberikan, dan peraturan-peraturan yang layak tidak akan dikembangkan. Dari hasil wawancara diketahui bahwa di puskesmas sudah ada tim pelaksana strategi DOTS, tetapi para petugasnya memiliki tugas lebih dari satu.

Dr Nevi (Dokter di puskesmas Gunung Tabur): "Ada tim DOTS, yang saya tahu ada lima (5) orang pelaksana, Ben, Jun, Wandi, Syahriah dan Wiwin. Ini multijob jadi sering kosong di poli."(wawancara 30 Jan 2017).

Jumlah dan kualitas sumber daya manusia merupakan hal penting dalam implementasi kebijakan. Jumlah staf pelaksana yang besar terkadang diperlukan

agar kebijakan yang disampaikan dapat dipantau dengan baik. Tidak hanya jumlah staff yang banyak saja yang diperlukan tetapi juga kemampuan para staff pelaksana tersebut dalam mengimplementasikan kebijakan.

Koordinator TB: Baru analis yang sudah dilatih, tenaga yang lainnya belum ada pelatihan untuk petugas pelaksana Strategi DOTS, dan juga masih ada kendala saat PMO dan *follow up* pasien”(wawancara 30 Jan 2017).

Manajemen sumber daya manusia merupakan suatu strategi dalam menerapkan fungsi-fungsi manajemen dalam aktivitas operasional sumber daya manusia, yang ditujukan bagi peningkatan kontribusi produktif dari sumber daya manusia terhadap pencapaian tujuan organisasi. Sesuai dengan pernyataan Siagian (2015), bahwa tanpa manajemen sumber daya manusia yang handal, pengelolaan, penggunaan dan pemanfaatan sumber-sumber lainnya menjadi tidak berdaya guna dan berhasil guna.

Dalam pelaksanaan kegiatan strategi DOTS di Puskesmas Gunung Tabur, dana yang tersedia berasal dari BOK (Bantuan Operasional Kesehatan).

Koordinator TB berkata: “Dana pelaksanaan kegiatan strategi DOTS berasal dari dana BOK saja tidak ada sumber dana yang lain seperti pihak swasta ataupun dari organisasi seperti PPTI.” Mengenai pertanyaan, “Apakah dana tersebut cukup untuk program ini?” Koordinator TB menjawab, “Dicukupkan..” (wawancara 30 Jan 2017).

Hal ini menunjukkan bahwa dukungan Pemerintah Daerah masih kurang dalam pembiayaan pelaksanaan strategi DOTS di Puskesmas Gunung Tabur.

Indikator lain yang dapat digunakan untuk mengukur bagaimana implementasi strategi DOTS dalam kebijakan pengendalian Tuberkulosis di Puskesmas Gunung Tabur adalah dengan menanyakan fasilitas yang digunakan melakukan kegiatan strategi DOTS.

Dokter di Puskesmas Gunung Tabur memberikan jawaban, "Belum terlalu memadai, ruang poli TB dan laboratorium belum memenuhi standar."

Koordinator TB menanggapi, "Tidak ada kendala walau belum memadai, laboratorium pencahayaannya kurang" (wawancara 30 Jan 2017).

Analisis: dari sisi alat dan reagen sudah mencukupi tapi ruangan belum sesuai standar luas dan posisi di tengah-tengah bangunan dan tidak ada pintu keluar tersendiri, dan pencahayaan juga kurang. (wawancara, 30 Jan 2017)

Inti dari jawaban mereka adalah sama seperti ketika mereka menjawab pertanyaan tersebut bahwa fasilitas untuk pelaksanaan strategi DOTS dalam kebijakan pengendalian Tuberkulosis di Puskesmas Gunung Tabur masih belum memadai.

Syarat berjalannya suatu organisasi adalah kepemilikan terhadap sumberdaya (*resources*). Seorang ahli dalam bidang sumberdaya, Hodge (1996:14) mengelompokkan sumberdaya ke dalam: "*Human resources, Material resources, Financial resources and Information resources*". Pengelompokan ini diturunkan pada pengkategorian yang lebih spesifik yaitu sumberdaya manusia ke dalam: "*Human resources- can be classified in a variety of ways; labors, engineers, accountants, faculty, nurses, etc*". Sumberdaya material dikategorikan ke dalam: "*Material resources-equipment, building, facilities, material, office, supplies, etc*". Sumberdaya finansial digolongkan menjadi: "*Financial resources-cash on hand, debt financing, owner`s investment, sale reveue, etc*". Serta sumber daya informasi dibagi menjadi: "*Data resources-historical, projective, cost, revenue, manpower data etc*".

Edwards III (1980) mengkategorikan sumber daya organisasi terdiri dari: "*Staff, information, authority, facilities; building, equipment, land and*

supplies". Edward III (1980) mengemukakan bahwa sumberdaya tersebut dapat diukur dari aspek kecukupannya yang didalamnya tersirat kesesuaian dan kejelasan; "*Insufficient resources will mean that laws will not be enforced, services will not be provided and reasonable regulation will not be developed*". Sumber daya diposisikan sebagai input dalam organisasi sebagai suatu sistem yang mempunyai implikasi yang bersifat ekonomis dan teknologis. Secara ekonomis, sumber daya bertalian dengan biaya atau pengorbanan langsung yang dikeluarkan oleh organisasi yang merefleksikan nilai atau kegunaan potensial dalam transformasinya ke dalam *output*. Sedang secara teknologis, sumberdaya bertalian dengan kemampuan transformasi dari organisasi" (Tachjan, 2006:135).

3) Disposisi atau sikap

Sikap merupakan unsur penting dalam implementasi kebijakan. Jika pelaksana kebijakan didasari oleh sikap positif terhadap kebijakan, besar kemungkinan dapat melaksanakan apa yang dikehendaki pembuat kebijakan. Menurut Edward III dalam (Subarsono, 2009: 82) disposisi merupakan kemauan, keinginan dan kecenderungan para pelaku untuk melaksanakan kebijakan tadi secara sungguh-sungguh sehingga apa yang menjadi tujuan kebijakan dapat diwujudkan.

Berdasarkan hasil wawancara terhadap pasien yang berobat ke puskesmas Gunung Tabur di ketahui bahwa petugas pelaksana dalam melakukan pelayanan baik. Dari wawancara dengan dokter di puskesmas diketahui bahwa petugas belum semuanya mengerti dan memahami isi dan tujuan dari strategi DOTS untuk

menanggulangi penyakit TB dan memiliki komitmen yang kurang untuk terlibat aktif dalam pengendalian penyakit TB, berikut petikan wawancara,

Wiwin (perawat), "motivasi dan kinerja petugas pelaksanaan belum terlalu baik, karena belum semua pelaksana mengetahui dengan baik tentang Strategi DOTS, harus ada pelatihan secara khusus untuk pelaksana." Untuk insentif dan pelatihan belum mendukung". (wawancara, 30 jan 2017)

Wawancara dengan koordinator TB mengatakan, "Belum ada tunjangan resti (resiko tinggi)". (wawancara 30 Jan 2017).

Pendapat George C. Edward III, insentif merupakan salah satu teknik yang disarankan untuk mengatasi masalah sikap para pelaksana kebijakan dengan memanipulasi insentif. Pada dasarnya orang bergerak berdasarkan dirinya sendiri, maka memanipulasi insentif oleh para pembuat kebijakan mempengaruhi tindakan para pelaksana kebijakan dengan cara menambah keuntungan atau biaya tertentu mungkin akan menjadi faktor pendorong yang membuat para pelaksana menjalankan perintah dengan baik. Hal ini dilakukan sebagai upaya untuk memenuhi kepentingan pribadi atau organisasi (Subarsono, 2009: 82).

Bentuk penolakan dapat bermacam-macam seperti yang dikemukakan Edward III tentang "zona ketidakacuhan" dimana para pelaksana kebijakan melalui keleluasaanya (diskresi) dengan cara yang halus menghambat implementasi kebijakan dengan cara mengacuhkan, menunda dan tindakan penghambatan lainnya.

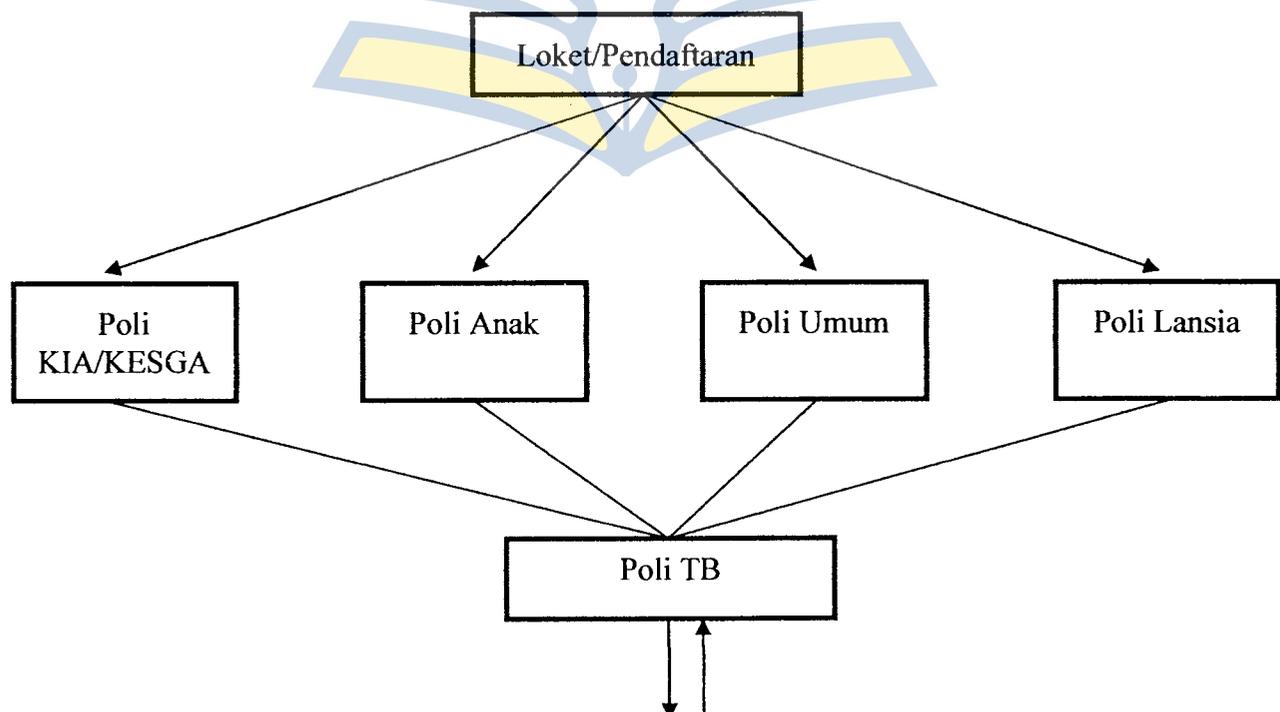
Menurut pendapat Van Metter dan Van Horn dalam Agustino (2006: 139): "sikap penerimaan atau penolakan dari agen pelaksana kebijakan sangat mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi karena kebijakan yang dilaksanakan bukanlah hasil

formulasi warga setempat yang mengenal betul permasalahan dan persoalan yang mereka rasakan. Tetapi kebijakan publik biasanya bersifat *top down* yang sangat mungkin para pengambil keputusan tidak mengetahui bahkan tak mampu menyentuh kebutuhan, keinginan atau permasalahan yang harus diselesaikan”.

4) Struktur birokrasi

Struktur birokrasi yang terlalu panjang cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan *red tape*, yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks. Maka diperlukan struktur birokrasi yang efektif dan efisien. Untuk program. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas pelaksana DOTS terhadap struktur birokrasi sub dimensional *standard operasional prosedur* diketahui puskesmas Gunung Tabur sudah memiliki SOP untuk penanganan pasien TB.

Alur pelayanan Poli TB pasien baru adalah sebagai berikut:



Laboratorium

Gambar 4. Alur pelayanan Poli TB pasien baru

SOP penanganan TB paru tujuannya adalah sebagai acuan pelayanan pendaftaran di Puskesmas Gunung Tabur. Referensi SOP penanganan TB paru:

1. Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia direktorat jenderal pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan 2014. Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis Jakarta: Kementerian Kesehatan RI 2014.

Langkah-langkah prosedur:

1. Mencuci Tangan
2. Menggunakan APD (Alat Pelindung Diri)
3. Memanggil nama pelanggan
4. Mempersilahkan masuk ke ruangan dan memberi salam kepada pelanggan
5. Mempersilahkan pelanggan untuk duduk
6. Menganamnesa serta mengukur tanda-tanda vital (apabila pada anamnesa pelanggan sudah menderita batuk lebih dari 2 minggu maka segera sarankan pelanggan untuk melakukan pemeriksaan laboratorium tes BTA)
7. Petugas memberikan rujukan internal ke laboratorium
8. Menjelaskan kepada pelanggan dari hasil pemeriksaan dahak terdapat BTA positif dan penderita dinyatakan terinfeksi kuman TB
9. Menjelaskan kepada pelanggan tentang penyakit TB adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Micobacterium*

Tuberculosis). Penularannya melalui percikan dahak penderita apabila batuk atau bersin

10. Menjelaskan kepada pelanggan bahwa penyakit TB bukan penyakit keturunan atau kutukan, dan penyakit ini bisa disembuhkan apabila pelanggan minum obat secara teratur dan tuntas.
11. Mengisi data penderita pada register TB.01 yang sudah disediakan
12. Mengisi data pelanggan pada paket OAT (Obat Anti TBC) yang sudah disediakan, dan memberikan kepada pelanggan sesuai dengan berat badan (lihat tabel dosis pemberian OAT yang sudah disediakan).
13. Menjelaskan kepada pelanggan bahwa obat diminum 1 jam sebelum makan pagi (dalam keadaan perut kosong)
14. Mengisi data pelanggan jumlah obat yang sudah diberikan dan tanggal kembali mengambil obat pada kartu pelanggan TB.02 yang sudah disediakan
15. Memberikan OAT kepada pelanggan sesuai dengan dosis
16. Mengembalikan OAT ke dalam lemari obat
17. Memberitahu pelanggan agar kembali lagi untuk pengambilan obat OAT sebelum obat yang diberikan habis
18. Merapikan alat dan bahan
19. Mencuci tangan.

Sedangkan untuk pembagian tugas dan tanggung jawab (fragmentasi) petugas menyatakan bahwa ketersediaan tim khusus dalam pelaksanaan

penanggulangan penyakit TB belum memadai, dimana petugas pelaksana juga harus melakukan tugas di poli umum dan IGD dan memegang program yang lain.

D. Pembahasan Hasil Penelitian

Tujuan utama dari penelitian ini adalah melakukan evaluasi proses terhadap implementasi strategi DOTS dalam pengendalian Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tabur dengan fokus bahasan komitmen politis, diagnosis dengan mikroskopis yang baik, pemberian obat yang baik dan diawasi secara baik, jaminan ketersediaan obat, pencatatan dan pelaporan yang akurat, kemudian mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi proses implementasi strategi DOTS dalam pengendalian Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tabur.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah diuraikan di atas, rumusan kemungkinan penyebab masalah tidak maksimalnya pelaksanaan strategi DOTS dalam pengendalian TB di wilayah kerja Puskesmas Gunung Tabur adalah sebagai berikut:

- a. Pelatihan DOTS pengendalian TB belum diperoleh secara merata oleh tenaga kesehatan di puskesmas.
- b. Jumlah tenaga pelaksana strategi DOTS pengendalian TB masih kurang.
- c. Kurang terlibatnya kader posyandu.
- d. Dana yang diturunkan untuk kegiatan strategi DOTS pengendalian TB masih kurang.

- e. Kesulitan suspek kasus TB mengeluarkan dahak dan menampung dahak dengan benar.
- f. Terdapat perbedaan persepsi petugas dan pelaksana dalam menginterpretasi pedoman strategi DOTS pengendalian TB.
- g. Kurangnya kerjasama antara institusi pemerintah dan swasta.
- h. Ketidaklengkapan antara *database* pencatatan dan pelaporan yang tersedia pada komputer DKK dan data pencatatan dan pelaporan masih manual
- i. Belum terdapatnya sistem perencanaan strategi DOTS pengendalian TB sesuai pedoman.
- j. Program TB hanya mengandalkan *Passive Case Finding* (PCF) untuk menjaring kasus TB.
- k. Kompleksitas kasus TB yang dihadapi menyebabkan *follow up* tidak maksimal.
- l. Kurang ketatnya fungsi pengawasan, penilaian dan pengendalian oleh koordinator program.
- m. Kurangnya pengetahuan dan keaktifan kader.
- n. Kurangnya pengetahuan masyarakat tentang kesehatan (khususnya masalah TB paru).
- o. Tidak adanya kerjasama lintas sektoral seperti kelurahan, PKK dan UPK swasta.

Setelah melakukan konfirmasi kepada petugas TB Puskesmas Gunung Tabur, maka berdasarkan analisis di atas didapatkan penyebab masalah yang paling mungkin yaitu:

- a. Penjaringan suspek TB hanya dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan (*Passive Case Finding* = PCF).
- b. Dana yang diturunkan untuk kegiatan strategi DOTS pengendalian TB masih kurang.
- c. Kurangnya pengetahuan masyarakat tentang kesehatan (khususnya masalah TB paru).

Analisis terhadap usulan Perbaikan dengan 5W + 1H Berdasarkan permasalahan yang terjadi terhadap fokus yang di analisis adalah sebagai berikut:

a. *What?*

Apa tujuan dari perbaikan? Tujuannya adalah memaksimalkan implementasi strategi DOTS pengendalian TB.

b. *Why?*

Mengapa perbaikan dan penanggulangan dilakukan? Untuk mencapai angka kesembuhan yang tinggi, mencegah putus berobat, mengatasi efek samping obat jika timbul dan mencegah resistensi.

c. *Where?*

Dimana rencana tindakan itu akan dilakukan? Perbaikan ini akan dilakukan pada wilayah kerja Puskesmas Gunung Tabur Kabupaten Berau.

d. *When?*

Kapan penanggulangan dan perbaikan akan dilakukan? Perbaikan ini akan dilakukan secepatnya, diharapkan masyarakat dan petugas TB khususnya akan semakin paham mengenai Strategi DOTS dalam pengendalian TB.

e. *How?*

Bagaimana pelaksanaannya?

Tabel 5. Daftar Alternatif Pemecahan Masalah

No.	MASALAH	PEMECAHAN MASALAH
1	Penjarigan suspek TB hanya dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan (<i>Passive Case Finding</i> , PCF)	Disarankan agar penjarigan kasus ditingkatkan melalui ACF (<i>Active Case Finding</i>) dan Deteksi Dini Kasus TB oleh kader Posyandu atau ibu-ibu PKK. Menggerakkan partisipasi masyarakat untuk meningkatkan penjarigan kasus TB. Sebagai contoh, status Posyandu Mandiri dapat ditingkatkan perannya menjadi Posyandu Mandiri Plus Penanggulangan TB untuk meningkatkan penjarigan kasus di tingkat akar
2.	Dana yang digunakan untuk kegiatan implementasi strategi DOTS pengendalian TB masih kurang	Kemitraan dan dukungan Pemerintah Daerah kurang dalam pembiayaan program pengendalian TB. Membuat advokasi disertai dengan data/informasi yang baru tentang pencapaian program penanggulangan TB di daerah untuk meyakinkan para pengambil keputusan anggaran pada Pemda dan DPRD, serta keterlibatan pihak swasta.
3.	Kurang pengetahuan masyarakat tentang kesehatan (khususnya masalah TB paru)	Melakukan penyuluhan rutin, dan melatih kader posyandu untuk rutin melakukan penyuluhan tentang TB. Membuat media promosi deteksi dini TB paru.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari uraian dan analisis data sebagaimana telah dikemukakan sebelumnya, maka dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut :

1. Implementasi strategi DOTS untuk pengendalian penyakit TB di wilayah kerja puskesmas Gunung Tabur kabupaten Berau telah berjalan, tetapi pelaksanaan strategi DOTS tersebut belum berjalan dengan baik.
 - a. Komitmen dan dukungan Pemerintah Daerah masih kurang dalam pembiayaan program pengendalian TB., belum ada anggaran dari APBD Kabupaten untuk program TB, permasalahan TB masih dipandang sebagai tanggung jawab sektor kesehatan semata.
 - b. Secara umum strategi penemuan suspek TB dan pengelolaan pasien TB di wilayah kerja puskesmas Gunung Tabur kabupaten Berau dilakukan secara PCF (*Passive Case Finding*) sehingga CDR (*Case Detection Rate*) belum memenuhi target.
 - c. Dalam hal proses menelan OAT, PMO Puskesmas Gunung Tabur telah melaksanakan programnya sesuai dengan aturan yang ada. Akan tetapi diketahui sosialisasi masih kurang dalam bentuk penyuluhan aktif kepada masyarakat luas dan diketahui terjadinya tumpang tindih petugas program kesehatan di Puskesmas Gunung Tabur sehingga sangat mempengaruhi kinerja program.

- d. OAT dijamin ketersediaannya karena merupakan obat sangat sangat essensial sesuai dengan LPLPO.
 - e. Pencatatan dan pelaporan suspek TB sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan, namun masih perlu peningkatan dalam hal kelengkapan dan ketepatan laporan.
2. Faktor yang mempengaruhi implementasi strategi DOTS pengendalian penyakit TB (menurut teori Edward III) antara lain:
- a. Komunikasi yang dilakukan secara intern dan secara ekstern masih kurang. Selain itu komunikasi yang dilakukan tidak sering.
 - b. Sumber daya manusia yang dimiliki untuk menunjang pendidikan dan pelatihan masih kurang mencukupi, sedangkan sumber daya finansial untuk kegiatan diperoleh dari pemerintah pusat (melalui Dinas Kesehatan).
 - c. Disposisi, yang terdiri dari sikap pegawai dan insentif. Insentif tidak diberikan, membuat kurangnya motivasi petugas padahal petugas menyikapi positif implementasi strategi DOTS untuk pengendalian penyakit TB di wilayah kerja puskesmas Gunung Tabur kabupaten Berau.
 - d. Struktur Birokrasi yang menggambarkan posisi dan pembagian tugas sudah tersusun dengan baik. Di dalam pelaksanaannya sudah mengacu pada SOP yang ada.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, peneliti menyarankan adanya upaya-upaya perbaikan dalam menyelenggarakan implementasi strategi DOTS dalam pengendalian penyakit TB, yaitu:

1. Disarankan agar penjarangan kasus ditingkatkan melalui ACF (*Active Case Finding*) dan Deteksi Dini Kasus TB oleh kader Posyandu atau ibu-ibu PKK. Menggerakkan partisipasi masyarakat untuk meningkatkan penjarangan kasus TB. Sebagai contoh, status Posyandu Mandiri dapat ditingkatkan perannya menjadi Posyandu Mandiri Plus Penanggulangan TB untuk meningkatkan penjarangan kasus di tingkat akar.
2. Kemitraan dan dukungan Pemerintah Daerah kurang dalam pembiayaan program pengendalian TB. Membuat advokasi disertai dengan data/ informasi yang baru tentang pencapaian program penanggulangan TB di daerah untuk meyakinkan para pengambil keputusan anggaran pada Pemda dan DPRD
3. Melakukan penyuluhan rutin, dan melatih kader posyandu untuk rutin melakukan penyuluhan tentang TB.
4. Membuat media promosi deteksi dini TB paru.

DAFTAR PUSTAKA

- Adistha, E.N., dan Santi, Martini. (2014). *Jurnal Berkala Epidemiologi: (Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis Paru dengan Strategi DOTS di Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya)*.ISSN 2301-7171 Vol. 2 / No. 2 / Published : 2014-05 TOC : 10, and page :251 – 262. <http://journal.unair.ac.id>. Diunduh 05 Januari 2017.
- Aditama, T.Y. (2002). *Tuberkulosis: Diagnosis, Terapi dan Masalahnya*. Jakarta: Ikatan Dokter Indonesia (IDI).
- Agustino, L. (2006). *Politik & Kebijakan Publik*. Bandung: AIPI Bandung.
- Anonim. (2016). *Data P2TB Puskesmas Gunung Tabur*.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian, suatu pendekatan praktek*. Jakarta: Rineka.
- Avando, N.Y. (2015). *Jurnal Administrasi Publik; Strategi Implementasi Program Directly Observed Treatment Short Course untuk Menanggulangi Tuberkulosis (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo)* VOL 3, NO 3 (2015) <http://administrasipublik.studentjournal.ub.ac.id>. Diunduh 05 Januari 2017.
- Bagoes, Widjanarko, RK. (2004). *Kumpulan Hasil Riset Operasional Tuberkulosis Tahun 2005-2009 Kelompok Kerja Riset Operasional ITuberkulosis (Tuberculosis Operational Research Group) Direktorat Jendral PP dan PL Kementerian Kesehatan RI: Kajian Proses Deteksi Pasien Tuberkulosis dalam Upaya Implementasi DOTS di Rumah Sakit Jawa Tengah*. Hal: 87. <https://kncv.or.id>. Diunduh 05 Januari 2017.
- Bhisma, Murti, Santoso, Firdaufan, Rifa'i H., Sumardiyono, Hendratno, Endang S. (2010). *Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi DOTS di Eks Karesidenan Surakarta*. IHEPS/ FK-UNS, BBKPM Surakarta. <http://fk.uns.ac.id>. Diunduh 05 November 2016.
- Creswell, J. W. (1994). *Research Design Qualitative and Quantitative Approaches*. London: Sage Publications.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2002). *Penemuan dan Diagnosa Tuberkulosis*. Jakarta: Gerdunas TB. Modul 2 hal 1.

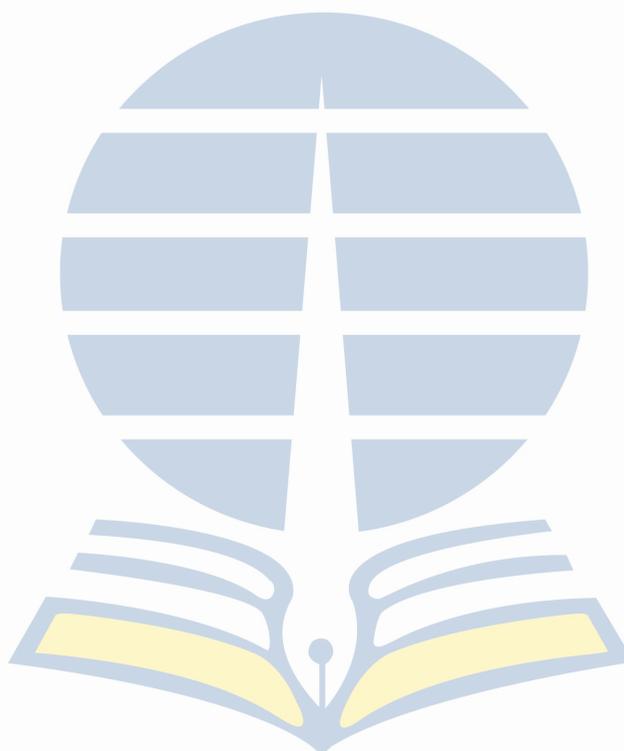
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Edisi 2, Cetakan I.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Stop Tb, Strategi Nasional Pengendalian TB di Indonesia 2010-2014*. Jakarta.
- Edward III, George C. (1980). *Understanding Public Policy*. New Jersey: Prantice Hall
- Hajar, S. (2010). *Implementasi Strategi DOTS (Direct Observed Treatment Short Course) di RSD DR. Soebandi Kabupaten Jember Provinsi Jawa Timur*. Yogyakarta: Ilmu Kesehatan Masyarakat. Universitas Gadjah Mada. <http://scholar.gcogle.co.id>. Diunduh 05 November 2016.
- Handoko, H. (1995). *Manajemen*. Yogyakarta: BPFE, hlm. 10-21, 109.
- Hasibuan, Malayu SP. (1994). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: CV. Haji Masagung, hlm: 3.
- Henry, L.S. (1969). *Principles of Management*. Ohio: South-Western Publishing Company, hlm: 10.
- Hodge, B.J and Lawrence, G. (1996). *Organization Theory: A Strategic Approach*. Fifth Edition. International Edition. New Jersey: Prentice-Hall International, Inc.
- Islamy, M. Irfan. (2001). *Prinsip-prinsip perumusan Kebijakan Negara*. Jakarta : Bumi Aksara.
- Kemenkes RI. (2011). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta.
- Kemenkes RI. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta.
- Moleong, L. (2002). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Nanang F. (2004). *Landasan Manajemen Pendidikan*. Bandung: Remaja Rosdakarya. hlm: 15.
- Nawawi, H. (1999). *Metode Penelitian Ekonomi*. Jakarta: Erlangga.

- Purwanto, N. (2008). *Administrasi dan Supervisi Pendidikan*. Bandung: Remaja Rosdakarya, Cet. XVIII, hlm: 7.
- Sarwono, J. (2006). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Siagian, Sondang, P. (2015). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Bumi Aksara. Ed. 1 Cet. 23.
- Subarsono. (2009). *Analisis Kebijakan publik, konsep, Teori dan aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Suharno. (2013). *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Ombak.
- Sugiyono. (2009). *Memahami Penelitian Kuantitatif kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Tachjan. (2006). *Implementasi Kebijakan Publik*. Bandung: Lemlit Unpad.
- Terry, G. (2006). *Prinsip-Prinsip Manajemen*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Terry, George dan Leslie, W.Rue. (2010). *Dasar-Dasar Manajemen*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Thoha, M. (1998). *Dimensi-Dimensi Prima Ilmu Administrasi Negara*, Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang *Kesehatan*.
- Permenkes Nomor 565 tahun 2011 tentang *Strategi Nasional Pengendalian Tuberkulosis*
- Peraturan Menteri Kesehatan RI. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 75 Tahun 2014 tentang *Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.
- Usman, N. (2002). *Konteks Implementasi Berbasis Kurikulum*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Wahab, S.A. (1997). *Analisis Kebijaksanaan Negara dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.

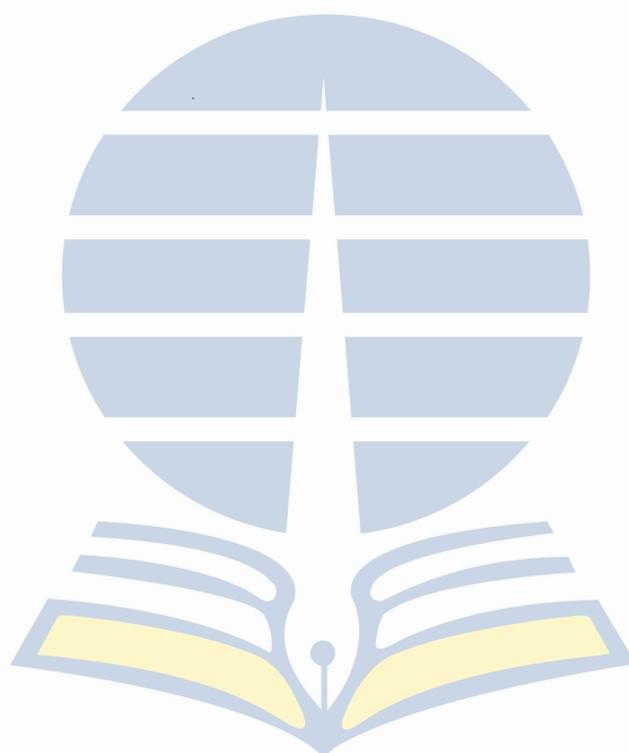
Winarno, B. (2004). *Kebijakan Publik teori dan proses*. Yogyakarta: Media Pressindo, cetakan kedua.

World health Organization (WHO). (2006). *Guidance for National Tuberculosis Programmes on The Management of Tuberculosis in Children..*
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/htm_tb_2006_371/en/ . Diunduh 03 November 2016

Wursanto. (2005). *Manajemen Personalia*. Jakarta: Erlangga.



LAMPIRAN



Lampiran 1. Pedoman Wawancara Penelitian.

Hari/Tanggal :
Waktu :
Tempat :
Identitas Informan :
Nama :
Tempat/ Tanggal Lahir :
Usia :
Jenis Kelamin :
Pendidikan :
Alamat Rumah/ No.Hp :

I. Pertanyaan untuk Dokter di Puskesmas

- a. Apa saja cara yang bisa dilakukan dalam penegakan diagnosa seorang tersangka TB Paru di puskesmas ini? Bagaimana ciri-ciri seseorang dinyatakan sebagai tersangka TB Paru?
- b. Apakah puskesmas mempunyai tim DOTS? Berapa jumlah dan siapa-siapa saja yang termasuk dalam tim tersebut? Apakah tim tersebut sesuai dengan yang diperlukan untuk program ini? Apakah tim tersebut sudah terlatih dalam program ini? Apakah anda sebagai tim memiliki kendala selama menjalankan program ini?
- c. Bagaimana alur koordinasi anda dengan pimpinan puskesmas, dan tenaga kesehatan lainnya?

- d. Bagaimana keadaan fasilitas dan peralatan yang diperlukan untuk strategi DOTS ini? Apakah sudah ada? Apakah sudah lengkap?
- e. Apakah ada dijelaskan kepada pasien dan PMO penyakit Tuberkulosis ini seperti ciri-ciri, penularan, pengobatannya, dan lain-lain?
- f. Apakah kasus TB dilakukan pencatatan dan pelaporan? Siapa yang bertanggungjawab mengerjakannya? Kepada siapa hal tersebut dilaporkan? Dan apakah dirapatkan hasilnya?
- g. Pihak-pihak apa saja yang terkait dengan program penanggulangan TB ini? Dan bagaimana alur koordinasinya?
- h. Apakah ada PMO pasien TB? Siapakah yang menjadi PMO tersebut?
- i. Apakah ada pasien dengan kategori MDR (*Multi Drugs Resistance*) yang ditemukan di wilayah kerja puskesmas Gunung Tabur? Apakah ditangani oleh puskesmas? kalo tidak, dimana dirujuk? Bagaimana proses rujukannya dan adakah umpan baliknya ke puskesmas?
- j. Bagaimana manfaat adanya strategi DOTS pengendalian TB di puskesmas?
- k. Menurut anda, hal-hal apa saja yang perlu ditingkatkan untuk mendukung implementasi strategi DOTS pengendalian TB?

II. Pertanyaan untuk Apoteker di Puskesmas Gunung Tabur

- a. Berdasarkan Laporan Registrasi TB PKM Gunung Tabur pada tahun yang 2016 dari 17.825 jiwa ditemukan suspek 82 orang dengan kasus baru TB BTA+ 12 orang (14,63%) dari 24 jumlah seluruh kasus. Apa tanggapan bapak/ibu terhadap kasus TB Paru tersebut?
- b. Apakah puskesmas melakukan strategi DOTS untuk menanggulangi TB Paru? Sudahsejak kapan strategi itu dilaksanakan oleh puskesmas? Bagaimana manfaatnya?
- c. Apakah puskesmas mempunyai Tim DOTS? Berapa jumlah dan Siapa-siapa saja yang termasuk dalam tim tersebut? Bagaimana koordinasi tim tersebut dengan anda? Apakah tim tersebut sesuai dengan yang

- diperlukan untuk program ini? Apakah tim tersebut sudah terlatih dalam program ini? Apakah ada kendala selama menjalankan program ini?
- d. Menurut anda faktor apa yang menyebabkan rendahnya tingkat kesembuhan pasien TB?
 - e. Bagaimana keadaan fasilitas dan peralatan yang diperlukan untuk strategi DOTS ini? Apakah sudah ada? Apakah sudah lengkap?
 - f. Dari mana Obat Anti Tuberkulosis di puskesmas ini diperoleh? Apakah cukup? Apakah pernah terjadi keterlambatan distribusinya?
 - g. Pihak-pihak apa saja yang terkait dengan program penanggulangan TB ini? Dan bagaimana alur koordinasinya?
 - h. Apakah kasus TB dilakukan pencatatan dan pelaporan? Siapa yang bertanggungjawab mengerjakannya? Kepada siapa hal tersebut dilaporkan? Dan apakah dirapatkan hasilnya?
 - i. Bagaimana manfaat adanya strategi DOTS di puskesmas?
 - j. Menurut anda, hal-hal apa saja yang perlu ditingkatkan untuk mendukung implementasi strategi DOTS pengendalian TB?

III. Pertanyaan untuk Penanggung Jawab Program TB di Puskesmas Gunung Tabur

- a. Berdasarkan Laporan Registrasi TB PKM Gunung Tabur pada tahun yang 2016 dari 17.825 jiwa ditemukan suspek 82 orang dengan kasus baru TB BTA+ 12 orang (14,63%) dari 24 jumlah seluruh kasus. Apa tanggapan bapak/ibu terhadap kasus TB Paru tersebut?
- b. Apakah puskesmas ini melakukan strategi DOTS untuk menanggulangi TB Paru? Sudah sejak kapan strategi itu dilaksanakan oleh puskesmas? Bagaimana manfaatnya?

- c. Apakah puskesmas mempunyai tim DOTS? Berapa jumlah dan siapa-siapa saja yang termasuk dalam tim tersebut? Apakah tim tersebut sesuai dengan yang diperlukan untuk program ini? Apakah tim tersebut sudah terlatih dalam program ini? Apakah anda sebagai tim memiliki kendala selama menjalankan program ini?
- d. Apakah anda pernah mengikuti pelatihan untuk penatalaksanaan penyakit TB? Kapan dan dimana? Apa yang anda dapatkan dari pelatihan tersebut?
- e. Apakah anda mendapatkan sertifikat setelah mengikuti pelatihan tersebut?
- f. Faktor apa yang menyebabkan rendahnya tingkat kesembuhan pasien TB?
- g. Bagaimana keadaan fasilitas dan peralatan yang diperlukan untuk strategi DOTS ini? Apakah sudah ada? Apakah sudah lengkap?
- h. Bagaimana dengan dananya? Dari mana dana program ini berasal? Apakah dana tersebut cukup untuk program ini? Apabila tidak, bisa tolong dijelaskan rincian dana yang dibutuhkan untuk program ini?
- i. Bagaimana dengan ketersediaan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) dan pendistribusiannya? Apakah obat diperoleh secara gratis di puskesmas ini?
- j. Apakah pernah terjadi kekurangan obat? Bagaimana pihak puskesmas mengatasinya?
- k. Apa saja cara yang bisa dilakukan dalam penegakan diagnosa seorang tersangka TB Paru di puskesmas ini ? Bagaimana ciri-ciri seseorang dinyatakan sebagai tersangka TB Paru?
- l. Apakah ada dijelaskan kepada pasien dan PMO penyakit Tuberkulosis ini seperti ciri-ciri, penularan, pengobatannya, dan lain-lain?
- m. Bagaimana pemeriksaan dahak pasien TB Paru? Berapa kali dilakukan? Apakah dengan Sewaktu –Pagi –Sewaktu (SPS)?
- n. Apakah ada PMO pasien TB? Siapakah yang menjadi PMO tersebut?
- o. Pihak-pihak apa saja yang terkait dengan program penanggulangan TB ini? Dan bagaimana alur koordinasinya?

- p. Apakah ada pasien dengan kategori MDR (*Multi Drugs Resistance*) yang ditemukan? Apakah ditangani oleh puskesmas? kalo tidak, dimana dirujuk? Bagaimana proses rujukannya dan adakah umpan baliknya ke puskesmas?
- q. Bagaimana manfaat adanya strategi DOTS di puskesmas? Menurut anda, hal-hal apa saja yang perlu ditingkatkan untuk mendukung strategi DOTS pengendalian TB di puskesmas ini ?

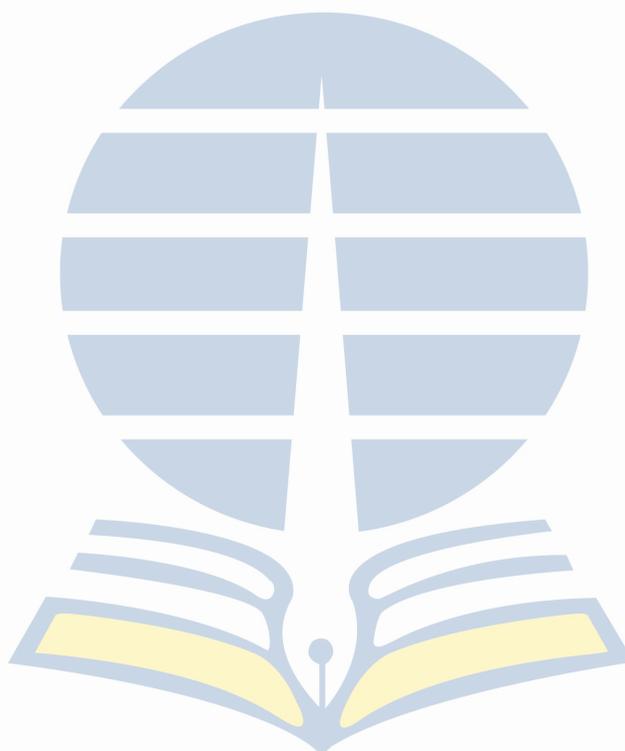
IV. Pertanyaan untuk Petugas Laboratorium di Puskesmas Gunung Tabur

- a. Apakah puskesmas ini mempunyai Tim DOTS? Berapa jumlah dan siapa-siapa saja yang termasuk dalam tim tersebut? Bagaimana koordinasi tim tersebut dengan anda? Apakah tim tersebut sesuai dengan yang diperlukan untuk program ini? Apakah anda pernah mengikuti pelatihan pemeriksaan dahak untuk penyakit TB?
- b. Menurut anda, apakah tenaga laboratorium cukup untuk melakukan pemeriksaan dahak tersebut?
- c. Bagaimana keadaan fasilitas dan peralatan yang diperlukan untuk strategi DOTS ini?
- d. Apa saja cara yang bisa dilakukan dalam penegakan diagnosa seorang tersangka TB Paru di puskesmas ini?
- e. Bagaimana ciri-ciri seseorang dinyatakan sebagai tersangka TB Paru?
- f. Bagaimana pemeriksaan dahak pasien TB Paru? Berapa kali dilakukan? Apakah dengan Sewaktu –Pagi –Sewaktu (SPS)?
- g. Apakah ada dijelaskan kepada pasien dan PMO penyakit Tuberkulosis ini seperti ciri-ciri, penularan, pengobatannya, dan lain-lain?
- h. Bagaimana manfaat adanya strategi DOTS di puskesmas? Menurut anda, hal-hal apa saja yang perlu ditingkatkan untuk mendukung strategi DOTS pengendalian TB di puskesmas ini ?

V. Pertanyaan untuk Pasien/Penderita TB di Puskesmas Gunung Tabur

- a. Sejak kapan anda mulai berobat? Dan bagaimana proses pemeriksaan yang telah anda lewati?
- b. Bagaimana anda memperoleh obat di puskesmas? berapa kali anda sudah berobat?
- c. Apakah anda tahu apa itu TB Paru sebelumnya? Apa penyebabnya? Bagaimana tanda-tanda orang yang menderita penyakit TB? Bagaimana cara penularannya? Dan kemudian adakah dijelaskan mengenai hal-hal tersebut oleh dokter atau perawat di puskesmas?
- d. Selama pengobatan, pemeriksaan dahak apakah dilakukan? Berapa kali? Apakah dengan Sewaktu – Pagi – Sewaktu (SPS)? Berapa pot dahak yang diberikan kepada anda?
- e. Apakah anda tahu apa itu PMO pasien TB? Siapakah yang menjadi PMO anda? Apakah ada ditunjuk oleh petugas di puskesmas?
- f. Apakah sebelum menerima obat, anda diberikan penjelasan mengenai penyakit ini dan pengobatannya?
- i. Apakah juga diberikan penjelasan mengenai efek samping obat yang bisa anda rasakan? Dan apakah anda pernah merasakan efek samping OAT?
- j. Bagaimana ketersediaan OAT di puskesmas? apakah anda pernah mengalami kendala ketika mengambil obat?
- k. Berapa minggu sekali anda mengambil obat anda? Apakah anda rutin mengambil dan meminum obat tersebut sesuai dengan arahan petugas?
- l. Apakah anda pernah mengeluarkan biaya untuk pengobatan ini baik dari pemeriksaan maupun pengobatan? Lalu, kapan anda dinyatakan sembuh? Selama berapa bulan anda sudah meminum obat anti tuberkulosis tersebut?

- m. Apakah ada pemeriksaan lagi setelah anda dinyatakan sembuh?
- n. Bagaimana manfaat adanya strategi DOTS di puskesmas?
- o. Menurut anda, hal-hal apa saja yang perlu ditingkatkan dari Puskesmas Gunung Tabur untuk menangani kasus TB?



GAMBAR 1

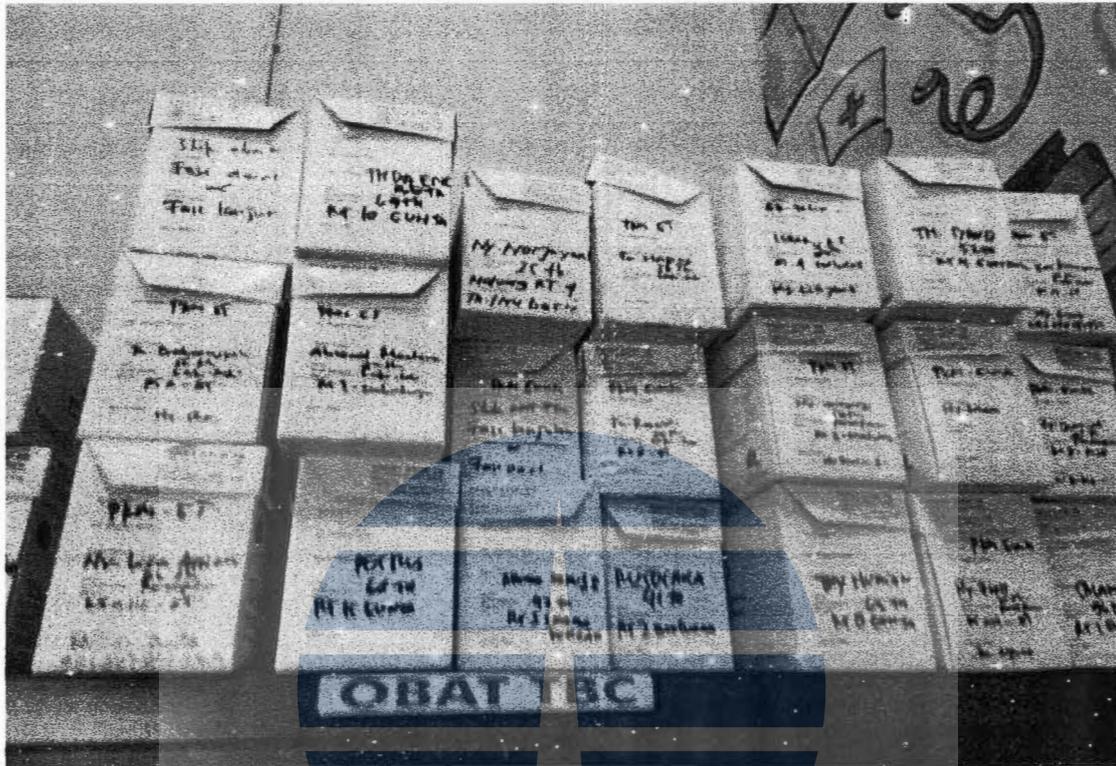


GEDUNG PUSKESMAS GUNUNG TABUR

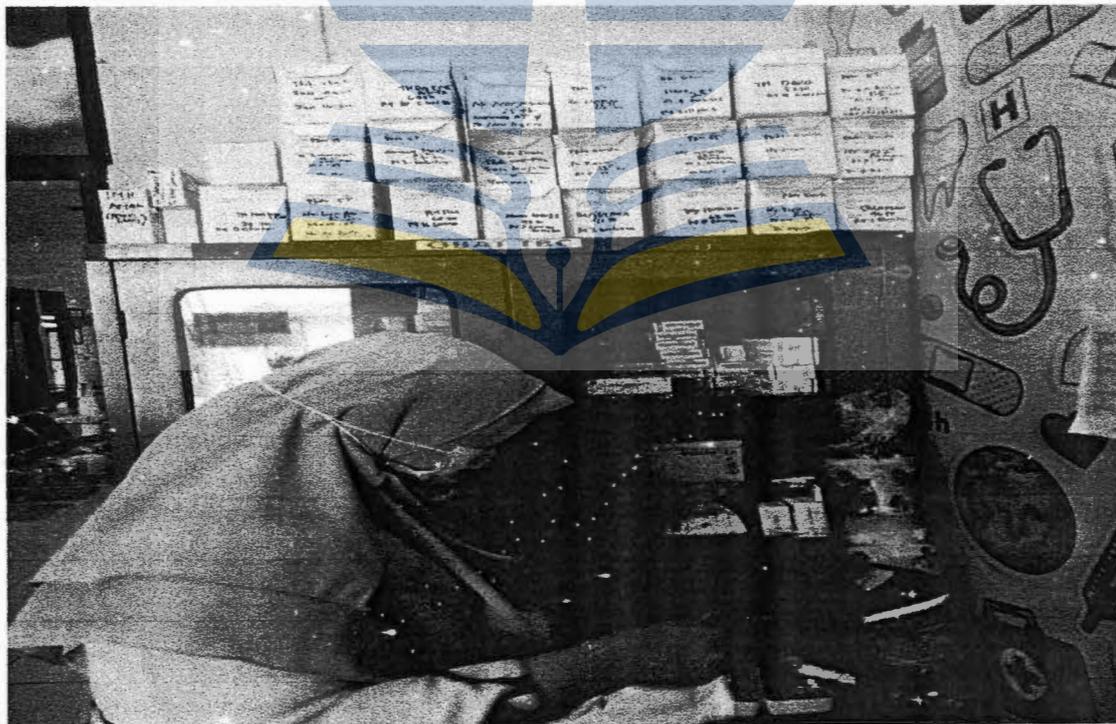


RUANG POLI TB PUSKESMAS GUNUNG TABUR

GAMBAR 2:

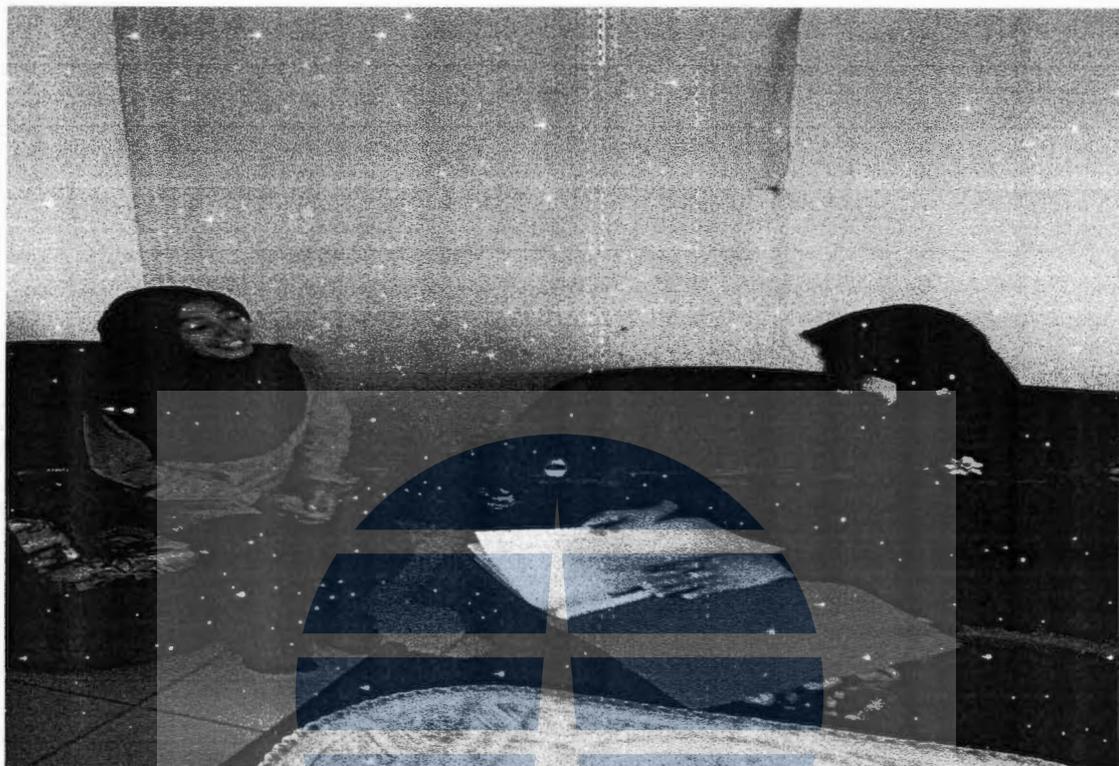


PAKET OBAT FDC PENDERITA TB

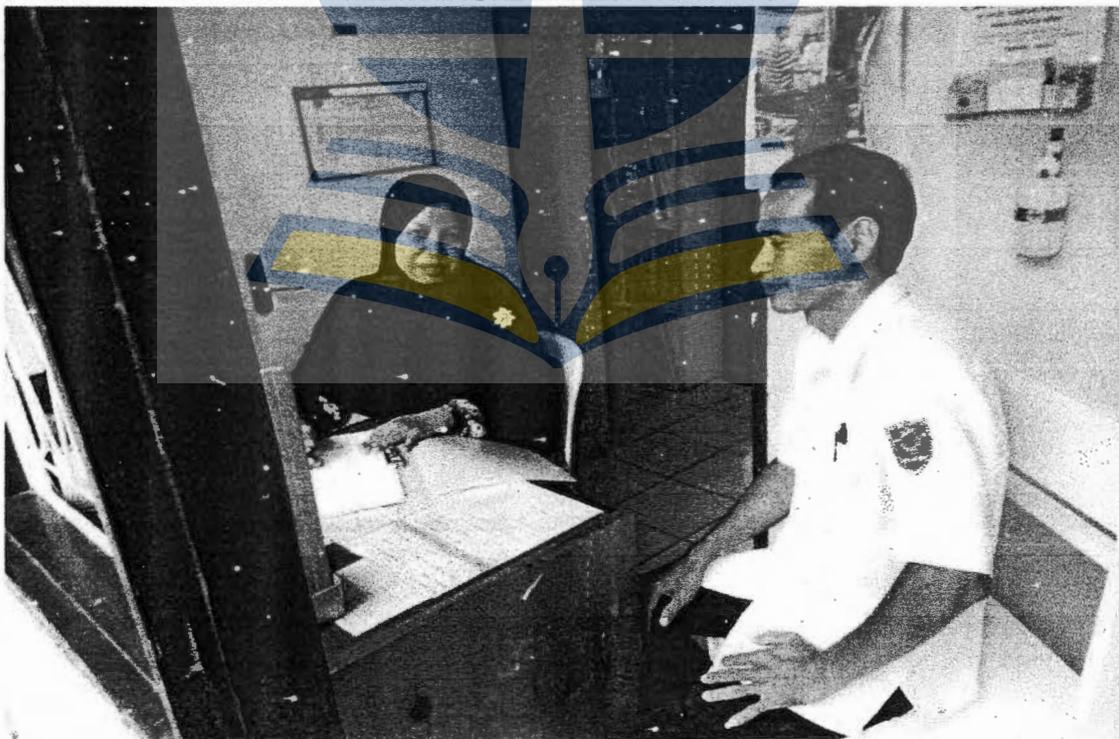


KAMAR OBAT PUSKESMAS GUNUNG TABUR

GAMBAR 3:

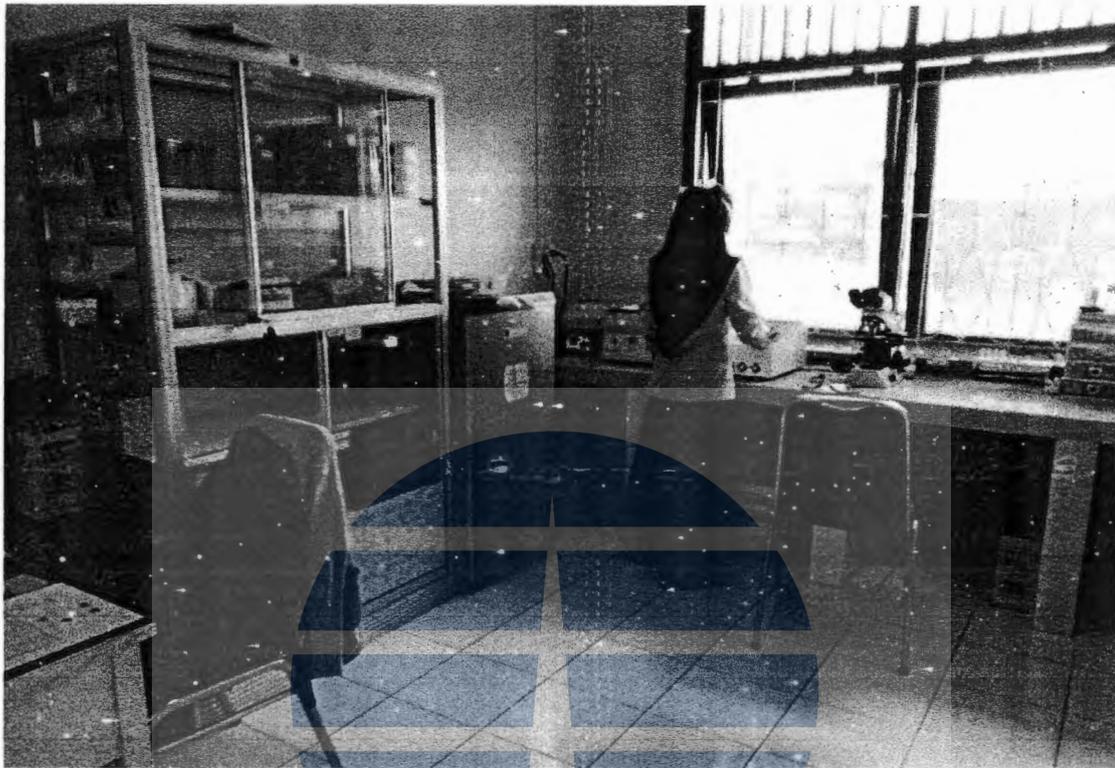


WAWANCARA DENGAN PMO



WAWANCARA DENGAN PEMEGANG PROGRAM TB

GAMBAR 4:



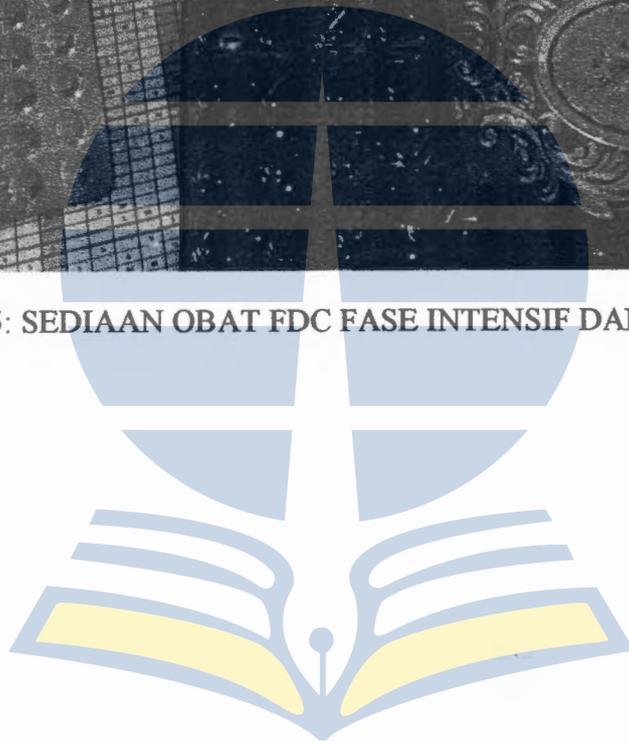
RUANG LABORATORIUM DAN ANALIS



KARTU KONTROL DAN BAHAN EDUKASI PASIEN TB



GAMBAR 5: SEDIAAN OBAT FDC FASE INTENSIF DAN LANJUTAN



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI



UNIVERSITAS TERBUKA

UNIVERSITAS TERBUKA

Unit Program Belajar Jarak Jauh (UPBJJ-UT) Samarinda

Jl. P.A.M.M. Rifadin, Samarinda Sebrang 75131

Telepon: 0541-7269108, Faksimile: 0541-7269109

E-mail: samarinda@ut.ac.id

Nomor : 022/UN31.46/11/2017 Samarinda, 09 Januari 2017

Lampiran :-

Hal : Permohonan Ijin Pengumpulan Data Penelitian

Yth : Kepala PUSKESMAS GUNUNG TABUR DI KABUPATEN BERAU.

Sehubungan dengan rencana kegiatan persiapan penyusunan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) mahasiswa Program Magister Ilmu Administrasi Bidang Minat Administrasi Publik (MAP) UPBJJ-UT Samarinda Pokjar Kabupaten Berau Provinsi Kalimantan Timur, kami sampaikan bahwa mahasiswa atas nama:

Nama : SULISTIAWATI
 NIM : 500895453
 Judul : Implementasi Strategi Dots Dalam Pengendalian Tuberculosis Pada Puskesmas Gunung Tabur Di Kabupaten Berau
 Pembimbing : 1. Dr. Anwar Alaydrus, M.M.
 2. Dr. Li Darmayanti, M.A.

Bermaksud akan melakukan survey atau pengumpulan data penelitian sesuai dengan judul TAPM tersebut.

Sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon bantuan dan perkenannya dari Kepala PUSKESMAS GUNUNG TABUR DI KABUPATEN BERAU kiranya untuk dapat mengizinkan mahasiswa tersebut mengadakan pengumpulan data.

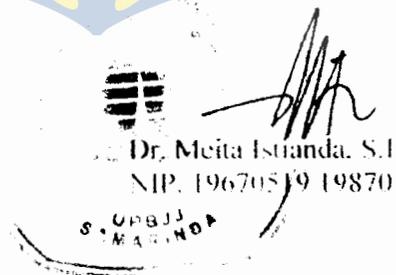
Demikian permohonan ini kami sampaikan kiranya untuk dapat diproses lebih lanjut. Atas perhatian dan kerjasamanya, diucapkan terima kasih.

Kepala
 UPBJJ-UT Samarinda

Dr. Meita Istranda, S.IP, M.Si
 NIP. 19670519 198701 2 001

Tembusan:

1. Pembantu Rektor I dan III
2. Direktur PPs
3. Dosen Pembimbing
4. Mahasiswa Ybs





PEMERINTAH KABUPATEN BERAU
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS GUNUNG TABUR

43110.pdf



JALAN BANGSAWAN RT. II TELP. (0554) 2703237 E-Mail : pkmgunta_0201@yahoo.co.id GUNUNG TABUR (77352)

Gunung Tabur, 11 Januari 2017

No : 248 / PKM-GT / TU / IV / 2017
Lamp : -
Perihal : Ijin Pengumpulan Data Penelitian

Kepada Yth ;
Kepala UPBJJ-UT Samarinda
Di -

Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan surat Kepala UPBJJ – UT Samarinda tentang permohonan ijin melakukan survey atau pengumpulan data penelitian di Puskesmas Gunung Tabur :

Nama : Sulistiawati
NIM : 500895453
Judul : Implementasi Strategi Dots Dalam Pengendalian Tuberculosis Pada
Puskesmas Gunung TABUR Di Kabupaten Berau

Maka dengan ini kami sampaikan kepada bapak/ibu/saudara(i) bahwa kami pada prinsipnya tidak keberatan menerima yang bersangkutan melakukan kegiatan tersebut dengan catatan agar yang bersangkutan dalam melaksanakan kegiatannya tidak melanggar hukum dan atau Perundang undangan yang berlaku di Republik Indonesia.

Demikian kami sampaikan untuk dapat diketahui. Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Plt. Kepala Puskesmas
Gunung Tabur,
Segara Bityangkara
Panata / III c
NIP. 19641229 198712 1 003



