

BAB V PEMBAHASAN

5.1 *Komponen Input*

5.1.1 *Kebijakan*

Hasil penelitian menunjukkan ada kebijakan yang digunakan sebagai pedoman pelaksanaan kegiatan investigasi kontak dalam program penanggulangan tuberkulosis di puskesmas adalah Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. Berdasarkan hasil penelitian kebijakan ini sudah pernah disosialisasikan kepada petugas kesehatan yang bertanggung jawab dalam program TB. Dalam pelaksanaan kegiatan Puskesmas Kuranji juga berpedoman pada SOP yang dibuat sesuai dengan peraturan pemerintah pusat seperti buku petunjuk teknis investigasi kontak, Peraturan Presiden No.67 tahun 2021, dan Permenkes Nomor 67 Tahun 2016. Hasil penelitian sejalan dengan penelitian Maisarah, dkk (2020) tentang implementasi kebijakan pemerintah Permenkes No. 67 Tahun 2016 dalam penanggulangan tuberkulosis di Kota Yogyakarta menyatakan bahwa Pemerintah melalui Menteri Kesehatan membuat sebuah langkah yang tepat dengan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 tahun 2016 tentang penanggulangan Tuberkulosis sebagai upaya untuk menciptakan masyarakat yang sehat.⁽⁴⁹⁾

Selain itu, terdapat regulasi yang dikeluarkan oleh Pemerintah Kota Padang untuk mendukung pelaksanaan Program Tuberkulosis melalui penerbitan Perwako No. 63 Tahun 2019 tentang Pengendalian dan Pengobatan Tuberkulosis. Namun ternyata masih ada petugas yang belum mengetahui keberadaan Perwako ini, ada yang tidak tau sama sekali, dan ada yang mengetahui tapi masih regulasi lama sebelum perubahan yaitu Perwako No.36 Tahun 2017. Adanya peraturan pemerintah tersebut

menunjukkan minat dan komitmen pemerintah untuk membantu dalam upaya penanggulangan TB di kota Padang.

Dalam kebijakan sebenarnya sudah banyak yang mengatur tentang TB. Selain itu juga ada beberapa kebijakan lainnya, seperti Peraturan Presiden Nomor 67 tahun 2021, SE No. HK 02.02/ III.1/936/2021, dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 346/Menkes/SK/5/2000. Terkait pedoman pelaksanaan IK sebenarnya ada satu pedoman lagi yang tidak ada petugas yang tau, buku “Petunjuk Teknis Investigasi Kontak Penderita TBC Bagi Petugas Kesehatan dan Kader” dan “Petunjuk Teknis Manajemen dan Tatalaksana TB Anak” yang diturunkan oleh Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2016 dan 2019, juknis ini tidak pernah disosialisasikan kepada tenaga yang terlibat dalam pelaksanaan IK.

Hal penting yang dilakukan terhadap tenaga kesehatan untuk pelaksanaan kegiatan adalah pensosialisasian terhadap kebijakan yang sesuai pedoman. Karena kebijakan tersebut akan lebih bermanfaat jika telah disosialisasikan. Sosialisasi kebijakan terkait penanggulangan TB ini dilakukan secara berjenjang, mulai dari pensosialisasian dari Dinas Kesehatan Kota Padang, khususnya dari pengelola program TB di DKK terhadap pengelola TB di seluruh puskesmas kota Padang. Selanjutnya dari pengelola program TB di puskesmas kepada semua tenaga yang terlibat dalam pelaksanaan penanggulangan TB. Kegiatan ini dapat berupa *workshop*, seminar, monitoring dan evaluasi, maupun rapat internal.

Meskipun kebijakan telah disosialisasikan, namun saat di lapangan saat dilakukan wawancara masih ada beberapa tenaga yang belum memahaminya, ada juga yang tidak mengetahui apa-apa terkait kebijakan TB, dan ada juga yang mengatakan bahwa tidak ada sosialisasi yang didapatkan dari pihak puskesmas. Penguatan

kebijakan terkait, yang digunakan sebagai kebijakan pengendalian TB di Puskesmas Kuranji perlu dilakukan kembali dengan perubahan strategi sosialisasi, karena belum dipahami potensi sosialisasi sebelumnya. Selain sosialisasi, tenaga harus mampu membentuk praktik terkait dengan apa yang diajarkan. Sehingga para tenaga tidak hanya bisa mendengar, tetapi lebih memahami.

Hasil observasi lapangan dokumen SOP dalam pelaksanaan proses IK tidak ditempel di dinding. Namun, lembar dokumen SOP hanya disimpan dalam folder yang ditempatkan di atas meja. Akibatnya, SOP yang ada jarang dibaca sehingga sulit dipahami. Alangkah baiknya jika Puskesmas meletakkan lembar SOP di tempat yang menonjol dan mudah dibaca, dan kata-kata dalam SOP disederhanakan agar lebih mudah dipahami.

5.1.2 Tenaga

Hasil penelitian sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nursari (2019) tentang *Analysis of Planning and Fulfillment of Health Human Resources Needs in Manokwari District* menyatakan bahwa tenaga adalah salah satu faktor terpenting yang bahkan tidak bisa dilakukan terpisah dari suatu organisasi, baik lembaga maupun perusahaan.⁽⁵⁰⁾ Hasil penelitian menunjukkan tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelaksanaan kegiatan IK yang dilaksanakan oleh Puskesmas Kuranji ini telah sesuai dengan pedoman dan memiliki jumlah yang cukup. Tenaga kesehatan yang terlibat seperti, dokter, perawat, dan analis laboratorium. Sebagaimana yang ditetapkan oleh Permenkes Nomor 67 tahun 2016.⁽⁶⁾ Perawat yang sekaligus merupakan pengelola program TB di Puskesmas Kuranji untuk saat ini berlatar belakang pendidikan D3 Keperawatan. Sebelum adanya pergantian awal tahun 2022, pengelola program TB

merupakan seorang perawat yang berlatar belakang Pendidikan S1 Keperawatan yang sudah profesi ners.

Pergantian pengelola program ini bertujuan untuk penyegaran petugas karena pengelola sebelumnya telah menjabat sejak tahun 2019 yaitu selama 3 tahun. Dan juga pengelola program yang lama mengundurkan diri. Sayangnya pengelola program TB yang baru benar-benar harus belajar dari awal terkait TB ini, karena tidak pernah berkecimpung langsung ke dalam pelaksanaan program sebelumnya. Hal ini sering kali terjadi karena pembuat kebijakan saat mengganti petugas tidak diiringi dengan analisis kebutuhan, kompetensi, dan kelayakan yang dibutuhkan, sehingga membutuhkan waktu dalam memahami program yang akan berdampak pada program yang dijalankan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fahlevi (2017), pengetahuan tentang tugas merupakan domain yang sangat penting bagi setiap staf untuk memberikan pelayanan kepada pasien. Pengetahuan yang baik tentang tugas di dalam diri seorang staf cenderung akan meningkatkan kualitas pekerjaannya. Bagi seorang staf peningkatan pengetahuan dapat diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan profesinya.⁽⁵¹⁾

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan yang ada pada buku panduan oleh Direktorat Jenderal P2P Kemenkes RI (2020) tentang petunjuk teknis investigasi kontak penderita TBC bagi petugas kesehatan dan kader menyatakan bahwa IK diselenggarakan melalui kolaborasi antara pemberi layanan kesehatan dengan komunitas yang ada di masyarakat seperti kader kesehatan, PMO, pendidik sebaya, dan sebagainya. Kader kesehatan yang ada di Puskesmas Kuranji memiliki latar belakang Pendidikan SMA, sedangkan PMO memiliki latar belakang yang bervariasi, dari tingkat dasar hingga menengah atas. Kader sudah dibentuk, namun masih kurang

aktiv terlibat saat pelaksanaan di lapangan. Untuk tenaga kesehatan yang terlibat adalah dokter, perawat, dan analis laboratorium.⁽⁸⁾

Pengelola program bertanggung jawab dalam mengelola seluruh rangkaian dalam kegiatan, seperti perencanaan, pelaksanaan, hingga monitoring dan evaluasi dalam program TB di puskesmas. Dokter bertugas untuk mendiagnosa penderita TB, jika uji sputum menunjukkan hasil BTA (-) yang dilakukan secara mikroskopis, maka penegakkan diagnosa TB dapat dilakukan dengan pemeriksaan klinis dan penunjang yang sesuai, tetapi saat melakukan wawancara kepada pengelola program, ia mengatakan bahwa jika dokter tidak ada, maka pengelola program saja yang mendiagnosa dikarenakan pengelola program juga berlatar belakang perawat. Tenaga analis labor bertugas untuk menentukan hasil labor dari pemeriksaan sputum suspek. Sejalan dengan penelitian Krisna, dkk (2015) yang menyatakan bahwa petugas pemegang program P2TB paru puskesmas merupakan petugas yang bertanggungjawab dan mengkoordinasi seluruh kegiatan dari mulai perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi dalam program TB paru di puskesmas. Untuk kriteria pemegang program P2TB ditentukan oleh latar belakang pendidikan yaitu minimal D3 keperawatan dan telah mengikuti pelatihan TB.⁽⁵²⁾

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa tenaga yang terlibat masih memiliki tugas sebagai pengelola program lainnya sehingga berdampak kepada pelaksanaan IK. Dalam wawancara diketahui pengelola program mengatasi hal tersebut dengan cara mengatur waktu dengan baik agar semua tugas terlaksana. Disarankan Pimpinan Puskesmas Kuranji melakukan analisis jabatan sebelum menempatkan petugas pada suatu jabatan, untuk melihat besarnya beban kerja petugas.

5.1.3 Dana

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dana yang digunakan untuk pelaksanaan IK dalam program P2TB di Puskesmas Kuranji adalah berdasarkan dari dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan). Dana yang tersedia sudah memenuhi kebutuhan pelaksanaan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alfiyatul, dkk (2021) bahwa penganggaran berasal dari dana Bantuan BOK, serta dana tersebut sudah mencukupi.⁽⁵³⁾

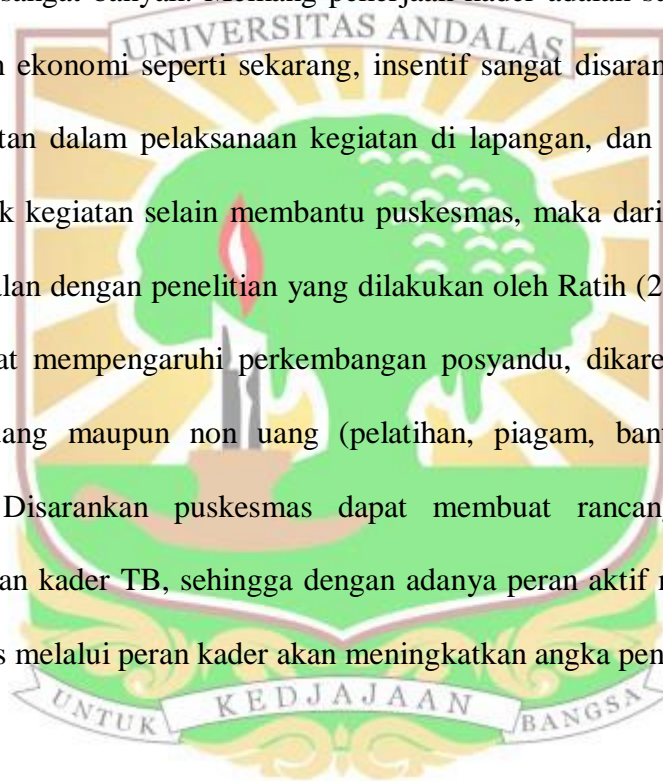
Bantuan Operasional Puskesmas adalah dana yang digunakan untuk meningkatkan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat dalam hal kegiatan promotif dan preventif di wilayah kerja Puskesmas. Upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular langsung ditingkatkan (seperti: Tuberkulosis, HIV/AIDS, IMS, Hepatitis, Diare, Tifus, ISPA/Pneumonia, Kusta, Frambusia, dll), menggunakan dana BOK untuk kegiatan berupa orientasi kader kesehatan, pengobatan preventif, pengambilan dan pengiriman sampel dahak serta deteksi dini.⁽⁵⁴⁾

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pelaksanaan seluruh program di Puskesmas Kuranji juga berdasarkan dana BLUD (Badan Layanan Umum Daerah). Menurut Permendagri Nomor 79 tahun 2018 tentang BLUD, BLUD merupakan sistem yang dianut oleh lembaga penyedia jasa daerah untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat, dengan fleksibilitas dalam model pengelolaan keuangan sebagai pengecualian terhadap ketentuan pengelolaan wilayah secara umum. Pendapatan BLUD bersumber dari jasa layanan, hibah, hasil kerjasama, dan pendapatan lain yang sah serta hibah tidak terikat.⁽⁵⁵⁾

Berdasarkan hasil wawancara dan telaah dokumen, diketahui dana P2TB pada tahun 2021 tidak digunakan. Sesuai dengan wawancara didapatkan bahwa hal tersebut terjadi dikarenakan dua hal, yang pertama akibat pandemi yang membuat dana

dialihkan untuk COVID-19, dan kedua karena dana yang digunakan dalam pelaksanaan IK ini adalah integrasi dari dana program PIS-PK, dimana dalam pelaksanaannya menggunakan dana yang sama.

Pengelolaan dana untuk kegiatan dalam Program TB sangat diperlukan perencanaan sebaik mungkin. Dalam hasil wawancara terhadap informan, didapatkan informasi terkait insentif kader sangat kecil untuk setiap bulannya yaitu Rp. 30.000.- yang kadang diturunkan setiap 3 bulan sekali, sedangkan beban kerja yang disarankan terhadap kader sangat banyak. Memang pekerjaan kader adalah sukarelawan, tetapi dengan keadaan ekonomi seperti sekarang, insentif sangat disarankan. Hal tersebut menjadi hambatan dalam pelaksanaan kegiatan di lapangan, dan juga setiap kader memiliki banyak kegiatan selain membantu puskesmas, maka dari itu banyak kader yang pasif. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ratih (2013), bahwa *drop out* kader sangat mempengaruhi perkembangan posyandu, dikarenakan kurangnya insentif baik uang maupun non uang (pelatihan, piagam, bantuan operasional, seragam, dll. Disarankan puskesmas dapat membuat rancangan dana untuk pengaktifan peran kader TB, sehingga dengan adanya peran aktif masyarakat dalam penemuan kasus melalui peran kader akan meningkatkan angka penemuan kasus.⁽⁵⁶⁾



5.1.4 Sarana dan Prasarana

Hasil penelitian menunjukkan sarana dan prasarana yang digunakan oleh Puskesmas Kuranji sudah mencukupi sesuai dengan pedoman. Berdasarkan Permenkes No. 67 tahun 2016 bahwa standar sarana prasarana yang harus ada dalam P2TB yaitu sarana prasarana laboratorium kesehatan, ketersediaan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) dan distribusi logistik lainnya. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Faradis & Indarjo (2018) bahwa pelaksanaan penanggulangan TB

khususnya penemuan kasus dan pemeriksaan sampel dahak tidaklah terlepas dari tersedianya sarana dan prasarana untuk mendukung program tersebut.

Berdasarkan hasil observasi yang telah dilakukan bahwa di Puskesmas Kuranji, telah memiliki sarana dan prasarana sesuai dengan standar permenkes penanggulangan TB, seperti tersedianya ruangan khusus TB, laboratorium mandiri untuk melaksanakan penegakkan diagnosis dengan uji sampel dahak menggunakan mikroskopis, serta pengadaan alat dan bahan pemeriksaan laboratorium sudah terpenuhi oleh DKK.

Dalam standar permenkes memang tidak disediakan standar ukuran ruangan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Namun dalam pedoman teknis bangunan dan prasarana FKTP untuk ruangan khusus TB masih tergolong sempit, dengan ukuran ruangan 2m x 2m, dimana berguna mencegah infeksi yang ditransmisikan melalui udara, standar minimal ukuran ruangan yang baik adalah sebesar 3m x 4m, sehingga dapat disimpulkan bahwa ruangan TB tersebut belum memenuhi standar minimal ruangan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Winda, dkk (2020) bahwa ketersediaan sarana dan prasarana yang cukup akan menunjang proses pelaksanaan program agar dapat terlaksana secara efektif dan efisien, sehingga apabila suatu program tidak mempunyai sarana dan prasarana yang tidak memadai suatu program akan menjadi terhambat.⁽⁵⁷⁾

Untuk menentukan diagnosa pertama terkait status suspek, pemeriksaan sputum tidak dilakukan oleh Puskesmas Kuranji karena di puskesmas belum tersedia alat pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM). Sesuai dengan arahan dari Dinas Kesehatan, untuk pot sputum yang didapatkan dari suspek diantarkan oleh pihak puskesmas ke faskes yang sudah tersedia alat TCM. Faskes di Kota Padang ada lima unit diantaranya terdapat di Rumah Sakit Yos Sudarso, RSUP Dr. M. Djamil, Puskesmas Andalas, Puskesmas Lubuk Buaya, dan Puskesmas Padang Pasir. Biasanya

Puskesmas Kuranji mengantarkan spesimen dahak ke Puskesmas Padang Pasir. Hal serupa ditemukan pada hasil penelitian yang dilakukan oleh Ketut S, dkk (2019) yang menyatakan bahwa tidak tersedianya layanan diagnosis TCM di Kabupaten Sigi menyebabkan sebagian masyarakat harus mengakses layanan swasta yang tersedia.

Obat anti tuberkulosis (OAT) terdiri atas OAT kategori 1, kategori 2, dan khusus anak. OAT kategori 1 biasanya diberikan kepada penderita TB baru dan kategori 2 diberikan kepada penderita TB kambuh, pasien gagal pengobatan kategori 1 serta pasien putus berobat. Ketersediaan obat-obatan sudah baik, namun jika terjadi kekosongan pada obat TB. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tanuwiyaja (2020) bahwa terlepas dari cadangan yang telah disiapkan oleh Suku Dinas Kesehatan beberapa kali sempat terjadi kekosongan pada ARV dan OAT, hal ini dikarenakan stok obat dari Kemenkes RI juga mengalami kekosongan, sehingga Sudinkes tidak mendapatkan distribusi obat tersebut dari Kemenkes RI.⁽⁵⁸⁾ Hal itu membuat pengelola program TB Puskesmas Kuranji mencari cara untuk pemenuhan kebutuhan tersebut. Dengan cara menghubungi puskesmas lain atau rumah sakit di Kota Padang yang masih memiliki stok persediaan obat, dan meminjamnya untuk sementara. Jika kebutuhan stok obat di Puskesmas Kuranji telah terpenuhi maka obat yang dipinjam tersebut dapat dikembalikan.

5.2 Komponen *Process*

5.2.1 Pelatihan Petugas

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sudah pernah dilakukan pelatihan terkait TB yang dilaksanakan pada November 2021, tetapi belum semua petugas terlibat dalam pelaksanaan program TB di Puskesmas Kuranji yang mendapatkan pelatihan, terutama untuk pemegang program yang baru, hal ini akibat dari permasalahan dalam pergantian petugas TB yang dilakukan tanpa analisis kebutuhan. Pelatihan yang

diperoleh ini diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kota Padang atas arahan dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat.

Sebenarnya untuk pelatihan yang diselenggarakan oleh Dinkes dilakukan setiap tahun, namun tidak setiap tahun dilaksanakan. Dari hasil wawancara didapatkan informasi bahwa hal tersebut terjadi dikarenakan dengan pelatihan yang sama, orang atau sasaran yang sama, tidak boleh dilakukan kembali, dikarenakan hanya membuang dana saja. Sedangkan pelatihan bagi petugas yang diselenggarakan oleh puskesmas belum pernah dilakukan, seperti kepada kader yang menjalankan IK itu sendiri. Hal ini sesuai dengan Permenkes Nomor 67 tahun 2016 yang menyebutkan bahwa tenaga non medis yang dimaksud adalah tenaga yang telah memperoleh pelatihan teknis dan manajemen dan melakukan peran bantu dalam penanganan pasien.⁽⁶⁾

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sumartini (2014), bahwa kader kesehatan yang pernah mengikuti pelatihan TB/DOTS sebagian besar memiliki peran dalam penemuan kasus TB dengan kategori baik dan hasil uji statistik menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara pelatihan TB/DOTS dengan peran kader kesehatan dalam penemuan kasus TB. Maka dari itu perlu dilakukan pelatihan secara berkelanjutan kepada petugas untuk meningkatkan menunjang angka penemuan penderita TB paru, serta mencegah sedini mungkin terjadinya penularan TB, dan menjadikan khususnya anak mengalami risiko TB berat di masa mendatang.⁽⁵⁹⁾

Penelitian yang dilakukan oleh Boy (2015) menyatakan bahwa pelatihan sangat penting untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas, dimana pengetahuan kader kesehatan meningkat secara signifikan setelah dilaksanakannya pelatihan. Disarankan kepada Puskesmas Kuranji, untuk melakukan pelatihan terkhususkan terkait investigasi kontak TB yang dilaksanakan untuk petugas kesehatan

dan kader. Karena pada saat penelitian di lapangan didapatkan informasi bahwa banyak kader yang belum mengetahui terkait IK ini.⁽⁶⁰⁾

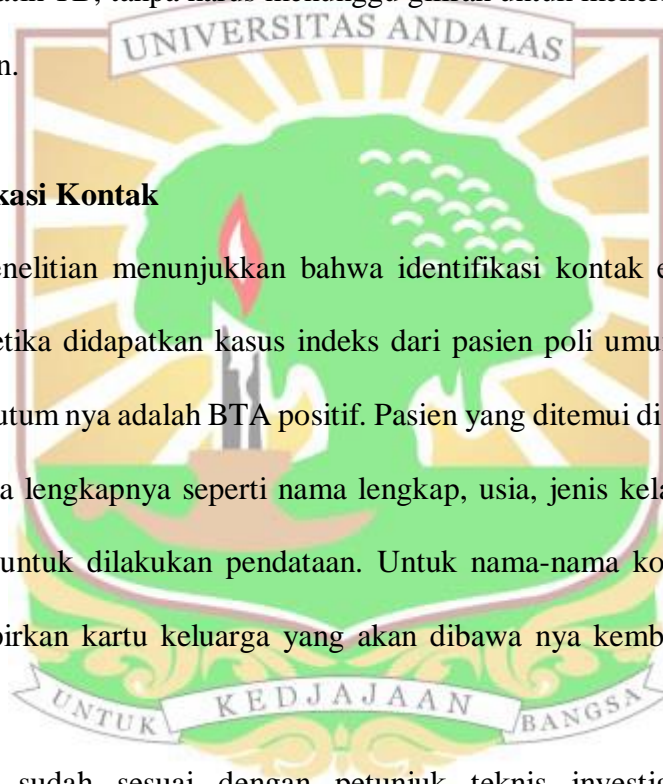
Dari hasil yang diperoleh selama penelitian, diketahui bahwa pelatihan merupakan salah satu faktor yang akan mempengaruhi hasil program. Kehadiran petugas terlatih akan memudahkan pelaksanaan kegiatan. Puskesmas Kuranji disarankan dapat mengalokasikan dana khusus untuk memastikan bahwa pelatihan kepada petugas TB yang dilakukan langsung oleh puskesmas dengan mendatangkan narasumber terlatih TB, tanpa harus menunggu giliran untuk menerima pelatihan dari Dinas Kesehatan.

5.2.2 Identifikasi Kontak

Hasil penelitian menunjukkan bahwa identifikasi kontak erat penderita TB dilaksanakan ketika didapatkan kasus indeks dari pasien poli umum yang hasil dari pemeriksaan sputum nya adalah BTA positif. Pasien yang ditemui di wawancara untuk meminta biodata lengkapnya seperti nama lengkap, usia, jenis kelamin, alamat, dan nomor telepon untuk dilakukan pendataan. Untuk nama-nama kontak erat diminta dengan melampirkan kartu keluarga yang akan dibawa nya kembali ketika kontrol lanjutan.

Hal ini sudah sesuai dengan petunjuk teknis investigasi kontak dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019) yang menyatakan bahwa kasus indeks yang ditemukan petugas kesehatan di puskesmas diminta untuk memberitahu biodata lengkapnya serta nama kontak eratnya untuk didata oleh petugas kesehatan sebelum melakukan kunjungan rumah.⁽⁸⁾

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Syafira (2021), bahwa Penderita TB yang ditemui di wawancara langsung oleh pengelola program TB mengenai biodata lengkapnya dan nama kontak eratnya. Mengetahui data kontak



serumah dari penderita TB tersebut menjadi hal utama dalam pelaksanaan investigasi kontak, sesuai dengan yang tertera pada indikator nasional penanggulangan TB berdasarkan angka penjarangan suspek sudah ditemukan adanya hubungan antara kontak penderita TB dengan kejadian TB paru pada anak.^(6,46)

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa terdapat *miss* informasi, petugas di puskesmas mengatakan bahwa harus membawa KK untuk mendata kontak erat, tetapi di lapangan banyak yang mengatakan bahwa hanya diminta KTP tidak dengan KK. Untuk penderita yang memiliki kontak erat usia anak dianjurkan untuk dibawa ke FKTP, tetapi yang didapatkan ketika penelitian di lapangan masyarakat enggan memeriksakan anak dan cucunya dikarenakan merasa sehat-sehat saja. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mudiyono (2015) bahwa orang tua tidak mau memeriksakan anaknya ke puskesmas dengan berbagai alasan, anak akan dibawa ke puskesmas jika sudah dalam keadaan parah (kronis).⁽⁶¹⁾

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Windy (2019), bahwa keluarga terlibat pencegahan TB anak, ketakutan akan penularan tuberkulosis, dan stigma yang melekat pada tuberkulosis yang dimiliki oleh keluarga yang salah satu anggota keluarganya terdiagnosis tuberkulosis. Ketakutan ini dapat menghambat kesediaan keluarga untuk terlibat dalam tindakan pencegahan tuberkulosis di antara anak-anak yang kontak erat TB.⁽⁴⁰⁾

Pedoman pelaksanaan investigasi kontak TB anak di Puskesmas Kuranji terdapat petunjuk teknis dan tatalaksana, namun masih terdapat petugas yang tidak mengetahui petunjuk teknis tersebut yang mengakibatkan kurang optimal nya saat pelaksanaan. termasuk tidak mengetahui adanya petunjuk teknis investigasi kontak. Disarankan Dinas Kesehatan Kota Padang mensosialisasikan petunjuk teknis dalam pelaksanaan investigasi kontak TB anak kepada petugas yang melaksanakan

investigasi kontak agar petugas kesehatan yang menjalankan investigasi kontak TB tidak menyimpang dari petunjuk yang sudah ditetapkan.

5.2.3 Kunjungan Rumah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada tahap kunjungan rumah, pemegang program saat melakukan kunjungan rumah dilakukan dengan menghubungi pasien terlebih dahulu, tetapi saat penelitian di lapangan didapatkan pengakuan masyarakat bahwa mereka tidak pernah di kunjungi. Padahal keberhasilan pengobatan dapat meningkat jika dilakukan kunjungan rumah. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Farraswati (2019), fasilitas pelayanan kesehatan perlu dipertimbangkan adanya program pelayanan kesehatan seperti pemberian edukasi menggunakan metode kunjungan rumah dan modul untuk meningkatkan pengetahuan PMO TB, sehingga dapat meningkatkan keberhasilan pengobatan dan mengurangi kejadian *drop out*.⁽⁶²⁾

Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada kader TB di puskesmas didapatkan informasi bahwa tidak terdapat formulir khusus data kontak TB yang didapatkan oleh koordinator wilayah/kader. Hal ini tidak sejalan dengan petunjuk teknis investigasi kontak dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019) menyatakan bahwa untuk mempermudah petugas kesehatan menyepakati jadwal pelaksanaan investigasi kontak maka data kontak yang harus dikunjungi diberikan kepada kader sesuai wilayah kerja untuk mengatur jadwal kunjungan terlebih dahulu agar dapat disesuaikan dengan jadwal masing-masing kader dan dengan adanya formulir khusus pelaksanaan investigasi kontak dapat mempermudah pelaporan pelaksanaan investigasi kontak dari kader TB atau koordinator wilayah kepada pengelola program TB.⁽⁸⁾

Koordinator wilayah hingga saat ini membantu kegiatan TB jika pengelola program TB menghubungi untuk meminta bantuannya. Hal ini dapat terjadi dikarenakan koordinator wilayah juga memiliki kesibukan masing-masing, sehingga tidak dapat selalu membantu pengelola program TB melakukan kunjungan rumah. Namun jika hal ini dibiarkan, hal ini dapat menjadi kesulitan pengelola program dalam pelaksanaan terhadap dua kelurahan yang berada dalam wilayah kerja Puskesmas Kuranji, sehingga akan mempersulit penjarangan suspek TB dengan cepat. Sebab sesuai dengan petunjuk teknis investigasi kontak (2017) pelaksanaan investigasi kontak dilakukan oleh petugas kesehatan bekerjasama dengan kader kesehatan. Oleh sebab itu harus adanya pembagian tugas yang merata antara pemegang program TB dengan koordinator wilayah dalam melakukan investigasi kontak.

Dalam pelaksanaan kunjungan rumah, terdapat kendala dalam pelaksanaan yaitu ketidakjelasan dalam penulisan alamat penderita. Hal ini juga dirasakan oleh peneliti, ketika membutuhkan data informasi penderita TB. Disarankan kepada pengelola program TB untuk membuat data informasi yang jelas, agar pencatatan pelaksanaan IK tersusun rapi. Disarankan pengelola program mengaktifkan kembali kader khusus TB agar kegiatan penjarangan suspek lebih mudah dijangkau pelaksanaannya, serta tingkatkan keterlibatan antara koordinator wilayah, dengan cara pembagian tugas yang merata antara pemegang program TB dengan koordinator wilayah.

5.2.4 Skrining TB

Hasil penelitian menunjukkan bahwa saat kunjungan rumah, pengelola program TB melakukan skrining TB untuk semua kontak erat penderita TB. Skrining TB ini dilakukan oleh pengelola program TB dengan memantau keadaan dari setiap

suspek TB yang ada di rumah tersebut. Pengelola program TB atau koordinator wilayah melakukan skrining TB dengan memberikan edukasi kepada semua kontak erat agar mereka mau untuk memeriksakan dahaknya ke puskesmas tanpa berfokus pada identifikasi gejala dan faktor risiko TB dari semua kontak erat. Sesuai dengan TB Indonesia (2017) dalam penelitian Rita, dkk (2018) menyebutkan bahwa skrining investigasi kontak dilakukan untuk semua penderita TB aktif dewasa dan TB anak guna mendeteksi secara aktif kemungkinan penularan TB kepada kontak serumahnya dan sumber penularan kasus TB anak.⁽⁶³⁾

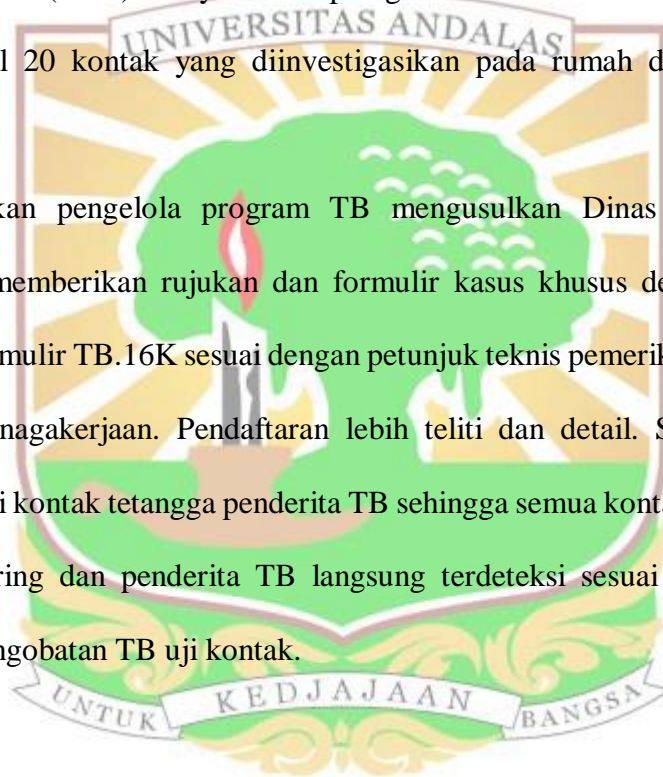
Saat ditemukan kontak erat anak pemegang program TB harus melihat terlebih dahulu fisik anak tersebut, ditanyakan keluhannya kepada orang tuanya, lalu dianjurkan untuk datang ke puskesmas agar dilakukan tes Mantoux. Namun pemegang program TB hanya langsung mengajurkan anak tersebut untuk dibawa ke puskesmas karena Puskesmas Kuranji tidak memiliki surat rujukan khusus dalam pelaksanaan investigasi kontak. Ini tidak sesuai dengan petunjuk teknis investigasi kontak dari Kementerian Kesehatan RI (2019) yang menyebutkan bahwa anak yang berusia 0-14 tahun tersebut langsung diberikan surat pengantar untuk dibawa ke fasyankes/puskesmas.⁽⁸⁾

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurwitasari, dkk (2015) bahwa sumber penularan utama tuberkulosis anak di Kabupaten Jember antara lain: keluarga (ayah, ibu, nenek/kakek, atau saudara kandung), tetangga atau pengasuh anak, dan lingkungan tempat di mana anak sekolah.⁽²³⁾ Tetapi saat diteliti di lapangan skrining tidak dilakukan sesuai target minimal, seharusnya pengelola program TB Puskesmas Kuranji melakukan pemeriksaan kepada kontak erat penderita TB minimal 10-15 kontak termasuk tetangga yang berada di lingkungan rumahnya, dibuktikan pada data penemuan kasus TB hanya terdapat nama kontak erat serumah penderita TB saja

sedangkan nama kontak erat tetangga dari penderita TB tidak terdapat. Seharusnya pemegang program TB juga melakukan investigasi kontak ke tetangga rumah penderita TB minimal tetangga kiri, kanan, depan, dan belakang rumahnya.

Skrining TB yang dilakukan kepada tetangga penderita TB bertujuan untuk menemukan kasus TB di lingkungan terdekat penderita TB, seperti yang terdapat pada Permenkes Nomor 67 Tahun 2016 menyebutkan bahwa investigasi kontak dilakukan paling sedikit 10-15 orang kontak erat penderita TB. Sedangkan sesuai petunjuk teknis investigasi kontak (2019) menyebutkan petugas kesehatan melakukan skrining TB kepada minimal 20 kontak yang diinvestigasikan pada rumah dan sekitar rumah penderita TB.⁽⁸⁾

Disarankan pengelola program TB mengusulkan Dinas Kesehatan Kota Padang dapat memberikan rujukan dan formulir kasus khusus dengan permintaan kontak yaitu formulir TB.16K sesuai dengan petunjuk teknis pemeriksaan kontak yang ada untuk ketenagakerjaan. Pendaftaran lebih teliti dan detail. Selanjutnya harus dilakukan survei kontak tetangga penderita TB sehingga semua kontak dekat penderita TB dapat terjaring dan penderita TB langsung terdeteksi sesuai petunjuk teknis pelaksanaan pengobatan TB uji kontak.



5.2.5 Rujukan Terduga TB

Tahap rujukan terduga TB adalah tahap dimana hasil skrining TB dari kontak erat positif maka akan diberi rujukan untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut ke puskesmas seperti pemeriksaan sampel dahak ke laboratorium. Namun pelaksanaan dari rujukan terduga TB di Puskesmas Kuranji tidak hanya dilakukan pada kontak erat yang positif saja melainkan semua kontak serumah penderita TB tersebut. Semua kontak serumah penderita TB yang dikunjungi diwajibkan untuk langsung

mengantarkan sampel dahaknya ke puskesmas untuk diperiksa ke laboratorium di hari berikutnya setelah kunjungan rumah. Pelaksanaan rujukan terduga TB ini juga tanpa adanya surat rujukan yang diberikan kepada kontak erat, petugas kesehatan hanya sekedar menyampaikan secara lisan bahwa kontak erat harus memeriksakan dahaknya ke laboratorium.

Rujukan terduga TB dilakukan dengan menganjurkan kontak erat untuk datang langsung ke puskesmas untuk mengantarkan dahak sputum dan membawa anaknya untuk di tes Mantoux. Tetapi dalam pelaksanaan didapatkan bahwa para orang tua tidak mau membawa anaknya lantaran anaknya masih sehat dan juga terdapat stigma masyarakat masih buruk terhadap TB yang mengakibatkan sikap menolak memberikan sampel dahak dan tidak mengizinkan anaknya untuk tes Mantoux. Tes Mantoux sangat penting untuk dilakukan kepada anak yang menjadi kontak erat penderita TB, hal ini tidak sesuai dengan penelitian Siti dan Erni Rita (2018) menyebutkan bahwa pemeriksaan bakteriologis pada anak itu wajib dilakukan dengan uji tuberkulin yang berguna untuk menegakkan diagnosis pada anak, jika anak tersebut memiliki gejala namun hasil tuberkulinnya negatif maka harus dilakukan pemeriksaan rontgen agar diagnosis dapat akurat.

Jika kontak erat TB masih tidak datang ke puskesmas untuk mengantarkan sampel dahaknya, pemegang program TB Puskesmas Kuranji biasanya akan kembali menghubungi kontak erat tersebut untuk mengingatkan mereka agar mengumpulkan sampelnya. Selain itu biasanya pemegang program TB yang akan menjemput sampel dahak tersebut ke rumah kontak erat TB jika memang mereka tidak bisa mengantarkan sampelnya. Untuk kontak erat TB yang masih tidak bersedia untuk datang ke puskesmas dan memeriksakan sampel dahaknya biasanya pemegang program TB akan memberikan surat perjanjian yang menyebutkan suspek TB memang tidak bersedia

dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Hal ini sejalan dengan petunjuk teknis pelaksanaan investigasi kontak yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan RI (2017) yang menyatakan jika terduga TB selama satu minggu setelah dilakukannya investigasi kontak tidak hadir ke puskesmas untuk diperiksa lebih lanjut, maka kader ataupun petugas kesehatan harus melakukan kunjungan ulang dan memberikan edukasi lebih lanjut untuk memastikan semua terduga TB melakukan pemeriksaan lebih lanjut ke puskesmas.

Untuk itu disarankan terdapat peran aktif dari koordinator wilayah dan kader khusus TB untuk dapat membujuk, memberi edukasi, dan menjemput sputum dari kontak erat TB yang ada pada masing-masing wilayah. Sebab selama ini koordinator wilayah hanya melakukan investigasi kontak jika pemegang program TB Puskesmas Kuranji membutuhkan bantuan saja. Untuk itu dibutuhkan pembagian tugas yang merata antara pemegang program TB dengan koordinator wilayah dalam melakukan investigasi kontak, agar koordinator di setiap wilayah kerja Puskesmas Kuranji lebih aktif melakukan tugasnya dan penemuan kasus TB akan lebih mudah dan lebih awal dilakukan sebelum adanya penularan. Selain itu pihak puskesmas dapat menyediakan *reward* kepada koordinator wilayah atau kader yang aktif menemukan kasus TB di lingkungannya berupa piagam atau sertifikat.

5.2.6 Diagnosis TB

Diagnosis TB dilaksanakan ketika sampel dahak dikumpulkan oleh kontak erat TB ke Puskesmas Kuranji yang akan di kirim ke Laboratorium Puskesmas Padang Pasir untuk dilakukan pemeriksaan TCM dan mikroskopis BTA yang dilakukan di laboratorium Puskesmas Kuranji. Sedangkan untuk anak dilakukan pemeriksaan uji mantoux.

Pemeriksaan dahak di Puskesmas Kuranji ini sudah dilakukan sesuai dengan Permenkes No.67 tahun 2016 mengenai penanggulangan tuberkulosis yaitu dengan pengambilan sampel sputum SPS (Sewaktu-Pagi-Sewaktu), jadi kontak erat mengumpulkan sampel sebanyak tiga kali. Sampel pertama diambil ketika petugas kesehatan meminta sampel dahak, kedua diambil pagi hari keesokan hariya, dan yang ketiga diambil saat mengantarkan sampel dahak yang kedua ke laboratorium. Jika dari tiga sampel tersebut ketiganya atau dua diantaranya BTA positif maka suspek didiagnosis positif TB, sedangkan jika ketiganya hasil labornya BTA negatif maka suspek di diagnosis negatif TB.⁽⁸⁾

Pelaksanaan umpan balik dari hasil labor tersebut tidak ada hubungannya dengan koordinator wilayah, biasanya umpan balik dilakukan dengan cara petugas laboratorium langsung menghubungi pengelola program TB terkait hasil labornya negatif ataupun positif. Selanjutnya setelah konsultasi dengan dokter maka pengelola program TB akan memberi tau hasilnya saat bertemu dengan penderita TB yang merupakan keluarganya, terkadang jika hasilnya positif pengelola program TB akan menghubungi langsung kontak erat tersebut.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Novianti (2020), bahwa hasil pemeriksaan dengan TCM GeneXpert jauh lebih tinggi persentase penemuan kasus positif TBC dibanding dengan pemeriksaan mikroskopis sehingga terdapat peningkatan jumlah kasus positif TBC sebesar 14,3% di RSUD Wangaya pada tahun 2018.⁽⁶⁴⁾

Berdasarkan wawancara dan telaah dokumen, hasil diagnosis ini akan diberikan petugas laboratorium kepada pengelola program TB dalam bentuk formulir TB.05 mengenai permohonan laboratorium TB untuk pemeriksaan dahak. Formulir ini akan langsung diberikan ke pengelola program TB dan akan disatukan dengan formulir

TB.01 yang merupakan data penderita TB yang ada. Selanjutnya jika hasil laboratorium tersebut positif ataupun negatif maka pada form TB.01 dibagian kontak erat akan diberi tanda positif atau negatif sesuai hasil labornya.

Dalam pelaksanaan diagnosis TB terdapat kendala seperti sering ditemukannya dahak yang tidak sesuai dengan kriteria. Yang dikumpulkan hanya berupa air liur, jumlah dahaknya terlalu sedikit, dahak tidak prulen, dan ada juga yang dahaknya sudah bercampur dengan darah. Hal ini yang membuat petugas laboratorium kesulitan untuk mengidentifikasi dahak tersebut karena bakteri terkadang sulit dibaca. Oleh sebab itu untuk mempermudah petugas laboratorium memeriksakan sampel sputum terduga TB untuk melakukan diagnosis TB, maka pemegang program TB, koordinator wilayah, dan kader khusus TB diharuskan dapat bekerjasama dengan baik dalam meminta, mengedukasi dan mengumpulkan sputum kontak erat pasien TB untuk di bawa ke laboratorium dengan adanya pembagian tugas yang merata. Sehingga pekerjaan petugas laboratorium lebih mudah dan pemegang program TB tidak perlu meminta kembali sputum yang berkualitas kepada kontak erat tersebut.

5.2.7 Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan merupakan salah satu dari rangkaian kegiatan yang menunjang untuk penemuan kasus dalam program TB. Promkes dilakukan melalui penyuluhan pada masyarakat untuk memberdayakan masyarakat dengan menginformasikan, mempengaruhi, dan membantu masyarakat agar berperan aktif dalam rangka mencegah penularan TB, meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat, serta menghilangkan diskriminasi terhadap pasien TB.⁽⁷⁾ Berdasarkan Permenkes Nomor 67 Tahun 2016 tentang penanggulangan tuberkulosis, promosi kesehatan

ditujukan dalam bentuk kegiatan advokasi kepada para pengambil kebijakan, meningkatkan kerjasama lintas sektor, serta memberdayakan masyarakat.⁽⁶⁾

Berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap informan diketahui bahwa promosi kesehatan dilakukan melalui kegiatan penyuluhan dalam gedung dan luar gedung terkait topik TB, namun belum terlaksana secara rutin. Untuk narasumber bisa dari pemegang program promkes atau pengelola program TB. Penyuluhan biasanya dilakukan menggunakan media promkes seperti leaflet atau pun lembar balik dan terkadang juga ada menggunakan *infocus*. Informasi yang disampaikan dalam penyuluhan biasanya terkait informasi secara umum tentang penyakit tuberkulosis dan pentingnya minum obat yang disampaikan kepada pasien dan keluarga. Promosi kesehatan berpengaruh terhadap perilaku masyarakat, sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kristianto (2019) bahwa Ada pengaruh metode dan media promosi kesehatan terhadap pengetahuan penderita TB paru di wilayah puskesmas Putat Jaya Kota Surabaya.⁽⁶⁵⁾

Setelah dilakukan wawancara terhadap beberapa masyarakat yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kuranji, ternyata masyarakat belum pernah mendapatkan penyuluhan tentang tuberkulosis dari pihak puskesmas. Terdapat pengakuan berupa yang diberikan edukasi hanya pasien saja seperti saat pelaksanaan kunjungan ke Puskesmas. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Enden, dkk (2017) bahwa penyuluhan seharusnya tidak dilakukan kepada pasien TB dan keluarganya saja, melainkan juga dilakukan kepada masyarakat umum. Berdasarkan temuan di Puskesmas Kuranji maka penyuluhan penting dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap positif masyarakat tentang tuberkulosis. Disarankan pihak puskesmas dapat melakukan penyuluhan tentang TB secara rutin, sehingga pelaksanaan penemuan kasus di wilayah kerja Puskesmas Kuranji dapat terus berjalan

lancar. Kemudian perlu dilakukan pemberdayaan masyarakat seperti memberikan edukasi dan re-edukasi kembali untuk kader agar kader dapat berperan aktif dalam penemuan kasus TB di masyarakat. Selanjutnya disarankan puskesmas dapat melakukan advokasi kepada pemegang kebijakan sehingga dapat menghasilkan suatu kebijakan yang mampu membantu dalam kegiatan penemuan kasus. Serta dapat meningkatkan kerjasama lintas sektor. Seperti melakukan advokasi kepada pemegang kebijakan saat dilakukan lokakarya mini puskesmas.

Promosi kesehatan tentang TB juga diperlukan saat diadakannya kunjungan sekolah-sekolah, pantia asuhan, serta posyandu. Hal ini diperlukan agar penjarangan kasus TB anak lebih mudah ditemukan. Disarankan pengelola program promosi kesehatan bekerjasama dengan pengelola program TB agar dalam prosesnya dapat lebih mudah.

5.2.8 Pencatatan dan Pelaporan

Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan diketahui bahwa pencatatan penemuan kasus dilakukan setiap ada kasus yang ditemukan. Pencatatan dilakukan oleh pengelola program TB. Dalam pencatatan terdapat beberapa formulir yang diperlukan untuk kelengkapan data dalam memudahkan pengolahan data serta pelaporan.

Saat sekarang pencatatan dilakukan secara online pada aplikasi baru bernama SITB (Sistem Informasi Tuberkulosis) yang menggantikan aplikasi sebelumnya yaitu SITT (Sistem Informasi Terpadu Tuberkulosis). Aplikasi SITB mulai digunakan di seluruh puskesmas Kota Padang pada awal 2020. Dalam pencatatan masih ada kendala yang ditemukan seperti data yang di input tidak lengkap, hal ini dapat mempengaruhi capaian dari target yang telah ditetapkan.

Pencatatan penemuan kasus dilakukan oleh pengelola program TB setiap ada ditemukan kasus. Formulir yang dipakai untuk penemuan kasus diantaranya form TB 06 (data suspek/terduga TB), form TB 05 (permohonan pemeriksaan labor), form TB 04 (data hasil pemeriksaan labor) serta TB 03 (rekapan data penderita TB di puskesmas). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ika (2012) bahwa hasil penjarangan akan dicatat pada form TB 06 yaitu data terkait daftar suspek.

Sejalan dengan pencatatan, pelaporan penemuan kasus pada program TB di puskesmas dilakukan oleh pengelola program TB, pelaporan dilakukan pihak puskesmas kepada Dinas Kesehatan Kota Padang. Untuk sekarang pelaporan data tidak secara manual dengan mengantarkan rekapan per bulan ke DKK, tetapi sudah terkoneksi langsung karena menggunakan aplikasi SITB (Sistem Informasi Tuberkulosis).

Pelaporan dengan sistem online yang langsung terkoneksi menggunakan aplikasi SITB jadi memudahkan pemegang program, karena tidak perlu lagi datang ke Dinas Kesehatan Kota Padang. Sebelumnya dalam pelaporan hasil capaian kegiatan secara *offline*/manual yang dilakukan oleh puskesmas. Data sudah terkoneksi langsung melalui aplikasi, berapa data yang sudah di entri maka itu lah yang akan diolah. Terkait pelaporan *offline* kendala yang sering ditemui adalah keterlambatan dari pihak puskesmas untuk melaporkan data sesuai waktu yang ditentukan. Setiap tiga bulan pihak DKK akan melakukan evaluasi terhadap pelaporan yang ada.

Disarankan dalam pelaporan tidak ada lagi keterlambatan yang dilakukan oleh petugas TB, hal ini menuntut kedisiplinan dari petugas dan pemberian reward oleh kepala puskesmas untuk mendorong pelaksanaan kegiatan secara optimal.

5.3 Komponen Output

5.3.1 Peningkatan Penemuan Kasus TB Anak

Dalam program penanggulangan TB anak di puskesmas ada beberapa indikator yang dilihat untuk menilai keberhasilan program, salah satunya adalah indikator CDR yang digunakan untuk melihat keberhasilan penemuan kasus dalam pelaksanaan program TB di puskesmas. Target keberhasilan indikator CDR tahun 2021 yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kota Padang adalah 55%. Dari target yang telah ditetapkan, Puskesmas Kuranji belum berhasil mencapai target yaitu baru mencapai 15%.

Pelaksanaan penemuan kasus TB secara pasif dan aktif telah dilakukan Puskesmas Kuranji untuk meningkatkan penemuan kasus TB terkhususnya anak melalui kegiatan IK. Hanya saja masih banyak kendala yang ditemukan dalam pelaksanaan investigasi kontak ini, antara lain berupa masyarakat tidak mau didatangi petugas kesehatan ke rumahnya untuk dilakukan pemeriksaan, masyarakat tidak melaksanakan anjuran dokter untuk minum obat TB teratur, stigma mengenai TB di masyarakat, orang tua tidak mau memberikan sampel dahaknya dan mengizinkan anaknya untuk diperiksa di puskesmas, serta belum maksimalnya keterlibatan peran koordinator wilayah menjadi beberapa faktor yang menyebabkan angka penemuan kasus masih rendah di puskesmas.

Berdasarkan dari telaah dokumen didapatkan bahwa capaian angka CDR di Puskesmas Kuranji mengalami kenaikan dalam dua tahun terakhir, yaitu CDR sebesar 10,5% (2020) dan 48,89% (2021). Sedangkan proporsi TB anak diantara seluruh penderita mengalami stagnan yaitu 4,54%. Pada tahun 2020 target penemuan kasus yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kota Padang untuk Puskesmas Kuranji adalah 771 kasus, tetapi dalam pelaksanaannya puskesmas hanya mampu menjaring sebanyak

200 kasus, sehingga persentase CDR menjadi 10,5%. Pada tahun 2021 target Puskesmas Kuranji adalah sebanyak 540 kasus, tetapi dalam pelaksanaannya puskesmas hanya mampu menjaring sebanyak 143 kasus sehingga persentase CDR menjadi 48,89%. Rasio TB anak yang diperiksa dengan jumlah suspek sebesar 1/17. Dengan jumlah tersebut dibuktikan bahwa penjarangan TB anak belum terjalankan secara optimal.

Rendahnya angka penemuan kasus Puskesmas Kuranji pada tahun 2020 dan 2021 disebabkan oleh masih banyaknya masyarakat terkhususnya kontak erat dengan penderita TB tidak mau melakukan pemeriksaan lebih lanjut ke puskesmas. Banyak masyarakat yang enggan memberikan sampel dahaknya ke petugas kesehatan karena stigma dari penyakit TB itu sendiri. Dan banyak orang tua yang tidak mengizinkan anaknya untuk di tes Mantoux. Selain itu pada tahun 2020 banyak masyarakat yang tidak menerima petugas kesehatan melakukan pemeriksaan TB ke rumahnya dengan keadaan pandemi Covid-19 saat ini.

Hal ini sejalan dengan penelitian Zarwita (2019) yang menyebutkan rendahnya capaian penemuan kasus penderita TB paru pada Puskesmas Balai Selasa disebabkan karena stigma masyarakat terkait TB. Terdapat beberapa kelompok masyarakat yang memiliki stigma bahwa penyakit TB adalah penyakit yang memalukan sehingga membuat masyarakat malu memeriksakan diri ke puskesmas karena mereka takut dikucilkan masyarakat sekitar.⁽⁶⁶⁾

Dari beberapa kendala yang ada, disarankan pihak puskesmas dapat melakukan perbaikan seperti menghilangkan stigma mengenai penyakit TB di masyarakat dengan terus memberikan edukasi terkait TB kepada seluruh masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Kuranji dengan bantuan semua petugas kesehatan Puskesmas Kuranji, koordinator wilayah, dan kader TB. Selain itu dapat mengoptimalkan peran kader

dengan rutin mengadakan penyuluhan yang inovatif kepada masyarakat umum mengenai TB di setiap wilayah, agar masyarakat tidak lagi menjadikan penyakit TB menjadi penyakit yang memalukan.

5.3.2 Peningkatan Cakupan Penderita TB Anak yang Mendapatkan Pengobatan

Pelaksanaan investigasi kontak merupakan salah satu kegiatan yang dapat meningkatkan cakupan penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar. Target keberhasilan indikator TB pada PIS-PK secara nasional adalah 100%. Dari target yang telah ditetapkan, Puskesmas Kuranji belum berhasil mencapai target. Pelaksanaan IK ini sangat mempengaruhi terhadap peningkatan cakupan penderita TB dewasa maupun anak mendapatkan pengobatan sesuai standar.

Berdasarkan hasil telaah dokumen diketahui bahwa capaian penderita TB mendapatkan pengobatan sesuai standar di Puskesmas Kuranji pada tahun 2021 masih belum mencapai target yaitu sebesar 33,89%. Jika dilihat dari capaian setiap semesternya dari tahun 2019-2021, indikator TB paru pada PIS-PK di Puskesmas Kuranji mengalami tren penurunan. Dapat dilihat dari awal pelaksanaan PIS-PK di tahun 2019 capaian indikator TB pada PIS-PK di Puskesmas Kuranji sebesar 80,75%. Lalu mengalami penurunan pada tahun 2020 capaian indikator TB pada PIS-PK sebesar 74,68%. Hingga pada tahun 2021 terjadi penurunan yang drastis yaitu mencapai sebesar 33,89%. Terkhususkan TB anak, pada tahun 2021 tidak ditemukan penderita yang mendapatkan pengobatan, dikarenakan kasus yang ditemukan hanya 1 dan tidak terdapat tindak lanjut, hal ini disebabkan oleh tidak berjalannya proses kunjungan rumah. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Azrimaidaliza, dkk (2019) menyebutkan bahwa rendahnya angka penderita TB yang melakukan

pengobatan sesuai standar disebabkan karena kesadaran masyarakat dan penderita TB yang rendah mengenai TB dan kurangnya kepatuhan minum obat TB di Nagari Pianggu wilayah kerja Puskesmas Sungai Lasi.⁽⁶⁷⁾

Salah satu cara menyelesaikan permasalahan diatas adalah dengan memberdayakan kader pendeteksi TB di Puskesmas Kuranji secara aktif. Hal ini dibuktikan dalam pelaksanaan Pemberdayaan Kader Pendeteksi Tuberkulosis Paru yang dilakukan Dwi Sarwani, dkk (2019) yang menyimpulkan hasil dari pemberdayaan kader pendeteksi TB paru di Desa Linggasari sudah terlaksana dengan baik, kader berperan aktif dalam mendeteksi penderita TB dan melakukan pendampingan kepada pasien TB dalam pemeriksaan serta pengobatan. Sehingga kasus TB di Desa Linggasari cepat ditemukan lalu dilakukan pengobatan sampai tuntas sehingga masyarakat Desa Linggasari produktif dan sehat.⁽⁶⁸⁾

