



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
 - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
 - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar Unand.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin Unand.

**ANALISIS PENERAPAN STRATEGI DIRECTLY OBSERVED
TREATMENT SHORTCOURSE DALAM PENANGGULANGAN
KASUS TB PARU DI DINAS KESEHATAN DAN SOSIAL KOTA
SAWAHLUNTO TAHUN 2012**

TESIS



**YANELIZA
1121219002**

**PROGRAM STUDI PASCA SARJANA KESEHATAN
MASYARAKAT FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG 2014**

**PROGRAM STUDI PASCASARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ANDALAS PADANG
HASIL PENELITIAN TESIS, JANUARI 2014**

YANELIZA, 1121219002

**ANALISIS PENERAPAN STRATEGI *DIRECTLY OBSERVED TREATMENT SHORT COURSE* DALAM PENANGGULANGAN KASUS TB PARU
DI DINAS KESEHATAN DAN SOSIALKOTA SAWAHLUNTO
TAHUN 2012**

Abstrak

WHO menetapkan TB paru sebagai *The Global Emergency* (ke daruratan global penyakit TB), penyakit TB paru tidak terkendali, pada tahun 1994, Indonesia telah melakukan implementasi Strategi *Directly Observed Treatment Short-course (DOTS)* dalam penanggulangan TB paru. Di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto target BTA positif pada tahun 2012 yaitu 91 kasus, ditemui hanya 44 kasus (48,4%), tujuan peneliti ini adalah menganalisis "Penerapan Strategi DOTS dalam Penanggulangan Kasus TBC paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto tahun 2012.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, dengan melakukan wawancara mendalam dan melakukan triangulasi sumber, metoda, juga FGD, selain itu peneliti melakukan telaah dokumen, yang mejadi informan dalam penelitian ini adalah: Walikota, ketua DPRD, Kadiskes, wasor TB kabupaten, pemegang program puskesmas, dokter puskesmas, analis puskesmas, pasien TB, PMO dan pasien suspek TB.

Hasil penelitian ini di dapatkan bahwa komponen input yaitu: komitmen politis pemerintah Kota Sawahlunto masih kurang. Komponen proses yaitu: pemeriksaan dahak yang terjamin mutunya dapat di laksanakan di seluruh puskesmas walaupun masih ada puskesmas yang tidak mempunyai tenaga analis, dan pemeriksaan di lakukan pada puskesmas rujukan, Jaminan Ketersediaan OAT sudah tersedia sesuai dengan kebutuhan masing-masing puskesmas. Sistem pencatatan dan Pelaporan sudah sesuai dengan buku petunjuk. Komponen program *Out Put* terdiri dari *CDR* pada tahun 2012 hanya tercapai 48,4% disebabkan kurangnya dukungan politis, kerjasama lintas sektor dan belum adanya kegiatan inovatif. *CR* yaitu 85% pelaksanaannya telah melampaui target yaitu 91%.

Kesimpulan pada penelitian ini adalah kurangnya komitmen politis pemerintah, masih adanya puskesmas yang belum memiliki tenaga analis dan masih adanya stigma masyarakat yang salah terhadap penyakit TB. Saran peneliti berupa kebijakan tertulis dalam upaya peanggulangan kasus TB paru di Kota Sawahlunto, meningkatkan metode kasus TB melalui pasif case finding dengan promosi aktif.

Daftar Kepustakaan : 45 (2000-2012)

Kata Kunci : Penerapan Strategi *DOTS*, TB paru.

ANALYSIS STRATEGY OF IMPLEMENTATION DIRECTLY OBSERVED
TREATMENT SHORT COURSE IN COUNTERMEASURES CASE OF
PULMONARY TB IN DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL
SAWAHLUNTO YEAR 2012

Abstract

WHO sets pulmonary TB as The Global Emergency (emergency global TB disease), uncontrolled pulmonary TB disease, pulmonary tuberculosis is ranked 3rd out of 10 top killer diseases in Indonesia. In 1994, Indonesia has implemented the strategy Directly Observed Treatment Short-course (DOTS) in the prevention of pulmonary TB. At the Health Department Sawahlunto positive smear same target in 2012 is 91 cases, found only 44 cases (48.4%), Based on the description above, the researchers wanted to analyze the "Implementation of the DOTS strategy in pulmonary TB Case Management in the Department of Health and Sosial Sawahlunto Year 2012.

This study used a qualitative approach, by conducting in-depth interviews and doing triangulation of sources, methods, as well as focus group discussions, in addition to the researcher doing document review.

Get the results of this study in that the input components: political commitment Sawahlunto government is still lacking. Process components, namely: assured sputum examination can be carried on at all health centers health center, although there are analysts WHO do not have the energy, and the inspection is done at regional referral, warranty availability OAT is available according to the needs of each clinic. Recording and reporting systems are in accordance with instructions. Put Out components consisting of CDR in 2012 only reached 48.4% due to a lack of political support, cross-sektor cooperation and the lack of innovative activities. CR is 85% implementation has exceeded the target of 91%.

Expected lack of government support in the form of written policies that support pulmonary TB control program in Sawahlunto, researchers suggestions in writing policies in an effort *keluarkannya* peanggulan pulmonary TB cases in Sawahlunto.

Resource Library : 45 (2000-2012)

Keywords : Implementation of the DOTS strategy, Pulmonary TB

ANALISIS PENERAPAN STRATEGI *DIRECTLY OBSERVED TREATMENT SHORT COURSE* DALAM PENANGGULANGAN KASUS TB PARU DI DINAS KESEHATAN DAN SOSIAL KOTA SAWAHLUNTO TAHUN 2012

Oleh: Yaneliza

(Dibawah bimbingan Prof.DR.dr. Delmi sulastri, MS. SpGK dan dr. Edison, MPH)

RINGKASAN

WHO menetapkan TB paru sebagai *The Global Emergency* (ke daruratan global penyakit TB), penyakit TB paru tidak terkendali, pada tahun 1994, Indonesia telah melakukan implementasi Strategi *Directly Observed Treatment Short-course (DOTS)* dalam penanggulangan TB paru. Di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto target BTA positif pada tahun 2012 yaitu 91 kasus, ditemui hanya 44 kasus (48,4%), tujuan peneliti ini adalah menganalisis "Penerapan Strategi *DOTS* dalam Penanggulangan Kasus TBC paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tahun 2012.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, dengan melakukan wawancara mendalam dan analisis triangulasi sumber, metoda, dan telaah dokumen selain FGD, selain itu peneliti melakukan telaah dokumen, yang mejadi ionforman dalam penelitian ini adalah: Walikota, ketua DPRD, Kadiskes, wasor TB kabupaten, pemegang program puskesmas, dokter puskesmas, analis puskesmas, pasien TB, PMO dan pasien suspek TB.

Hasil penelitian ini di dapatkan komponen input komitmen politis, yaitu dukungan pemerintah dan Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto masih kurang dapat di nilai dari belum adanya wujud dari dukungan politis berupa kebijakan tertulis yang

mendukung upaya penanggulangan kasus TB paru di Kota Sawahlunto. Komponen proses pemeriksaan dahak yang terjamin mutu, hasil dari pemeriksaan dahak yang terjamin mutunya dapat di laksanakan di seluruh puskesmas di Kota Sawahlunto walaupun masih ada puskesmas yang tidak mempunyai tenaga analis, namun sputum dapat diperiksa pada puskesmas rujukan. Pengobatan Jangka Pendek yang Standar, pelaksanaan pengobatan kasus TB paru yang dilakukan oleh puskesmas di seluruh Kota Sawahlunto sudah sesuai dengan strategi *DOTS*.

Jaminan Ketersediaan OAT untuk pengobatan TB paru di Kota Sawahlunto sudah tersedia sesuai dengan kebutuhan masing-masing puskesmas. Sistem Pencatatan dan Pelaporan dari puskesmas sudah sesuai dengan sistim pencatatan dan pelaporan yang terdapat dalam buku petunjuk pelaksanaan strategi *DOTS* begitu juga di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto baik alur maupun waktu pengirimannya.

Komponen *output* yaitu *Case Detection Rate (CDR)*/ Angka penemuan kasus TB paru dengan BTA (+) yang di tetapkan untuk Program P2TB yaitu 70%, sedangkan di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto pada tahun 2012 hanya tercapai 48,4%. Puskesmas yang sudah mencapai target yang ditetapkan Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto hanya 2 Puskesmas dari 6 puskesmas yang ada yaitu Puskesmas Lunto dan Puskesmas Kampung Teleng. Hal ini disebabkan karena masih kurangnya dukungan politis, kerjasama lintas sektor dan belum adanya kegiatan inovatif di 4 puskesmas tersebut untuk upaya penjarangan kasus TB paru, seperti yang dilakukan Puskesmas Lunto, stigma negatif di masyarakat, yang disebabkan karena pengetahuan yang kurang sehingga menimbulkan persepsi yang keliru tentang

penyakit TB paru, hal ini juga merupakan penyebab tidak tercapainya target *CDR* di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto.

Care Rate (CR)/target angka kesembuhan program P2TB yaitu 85%, dalam pelaksanaannya telah melampaui target yaitu 91% hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan pengobatan TB paru di Kota Sawahlunto telah sesuai dengan strategi *DOTS*.

Saran Agar kasus TB paru dapat diatasi sesuai dengan target nasional dan rencana strategis bidang kesehatan Kota Sawahlunto, maka peneliti memberikan saran: untuk meningkatkan komitmen politis bagi Walikota Sawahlunto agar mengeluarkan kebijakan tertulis berupa surat keputusan pembentukan forum Gerdunas TB dan diikuti oleh pembentukan tim TB kecamatan dan desa. Kepada Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto agar melakukan advokasi dan mengajukan draf usulan kebijakan yang akan dikeluarkan oleh pemerintah Kota Sawahlunto serta mengajukan usulan anggaran yang diperlukan untuk kegiatan penanggulangan kasus TB paru di Kota Sawahlunto. Kepada pemerintah kecamatan agar membentuk tim TB kecamatan dan desa serta membentuk pos TB desa untuk daerah-daerah yang jauh dari akses pelayanan kesehatan yang dituangkan dalam kebijakan tertulis berupa Surat Keputusan kepala desa atau camat.

Untuk meningkatkan pemerisaan dahak yang terjamin mutunya saran bagi kepala puskesmas agar melengkapi seluruh protap-protap yang berhubungan dengan pelaksanaan pemeriksaan dahak dan pemeliharaan peralatan laboratorium. Kepada kepala Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto agar menempatkan tenaga analis pada

semua puskesmas agar dapat dilaksanakan pemeriksaan dahak di setiap puskesmas yang ada di Kota Sawahlunto.

Pengobatan yang standar dengan PMO menyarankan kepada kepala puskesmas agar lebih meningkatkan pengetahuan pasien TB tentang proses pengobatan yang harus dijalani sehingga pasien dapat mengerti dan dapat menjalaninya dengan baik dan benar. Kepada dinas kesehatan agar mengirimkan petugas pelaksana program TB puskesmas untuk mengikuti pelatihan.

Untuk Jaminan Ketersediaan OAT saran bagi kepada kepala dinas kesehatan agar selalu mempertahankan ketersediaan obat TB untuk menjamin kelancaran proses pengobatan pasien TB di puskesmas. Begitu juga dengan puskesmas agar selalu mempertahankan ketersediaan obat TB di puskesmas jangan sampai obat tidak ada saat pasien datang mengambil obat.

Saran untuk meningkatkan pencatatan dan pelaporan bagi kepala puskesmas agar memeriksa laporan yang di buat pemegang program dan analis sebelum dikirim ke dinas kesehatan agar tidak terjadi isi laporan yang tidak sinkron antara pemegang program dan analis. Kepada Wasor TB di dinas kesehatan agar mengevaluasi laporan yang disampaikan oleh puskesmas ke dinas kesehatan untuk mengetahui laporan yang tidak sesuai

Untuk meningkatkan *CDR* saran yang dilakukan dinas kesehatan agar melakukan sosialisasi kepada kader, TOMA, TOGA, LSM, dalam upaya meningkatkan pemberdayaan dan peran aktif masyarakat dalam penanggulangan TB paru di Kota Sawahlunto serta membuat *MOU* kerjasama. Kepada kepala dinas kesehatan agar mengeluarkan SK tertulis kepada setiap petugas kesehatan yang

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Segala puji dan syukur kupersembahkan bagi Sang penggendang langit dan bumi, dengan rahman rahim yang menghampar melebihi luasnya angkasa raya. Dzat yang menganugerahkan kedamaian bagi jiwa-jiwa yang senantiasa merindu akan kemaha besaran-Nya. Lantunan sholawat beriring salam penggugah hati dan jiwa, menjadi persembahan penuh kerinduan pada sang revolusioner Islam, pembangun peradaban manusia yang beradab Habibana wanabiyana Muhammad SAW...

Tetes peluh yang membasahi asa, ketakutan yang memberatkan langkah, tangis keputus asa yang sulit dibendung, dan kekecewaan yang pernah menghiasi hari-hari kini menjadi tangisan penuh kesyukuran dan kebahagiaan yang tumpah dalam sujud panjang. Alhamdulillah maha besar Allah, sembah sujud sedalam qalbu hamba haturkan atas karunia dan rizki yang melimpah, kebutuhan yang tercukupi, dan kehidupan yang layak.

Pada akhirnya tugas akhir (tesis) ini dapat diselesaikan "Tak ada gading yang tak retak" maka sangatlah pantas bila pepatah itu disandingkan dengan karya ini. Karya ini merupakan wujud dari kegigihan dalam ikhtiar untuk sebuah makna kesempurnaan dengan tanpa berharap melampaui kemaha sempurnaan sang maha sempurna.

Dengan hanya mengharap ridho-Mu semata, ku persembahkan karya ini untuk yang terkasih ayahku Syamsi dan Ibuku Zanidar ...juga buat suami Riko Varias dan anak-anak ku tersayang dan keluarga yang doanya senantiasa mengiringi setiap derap langkahku dalam meniti kesuksesan.

Untuk mu teman, sungguh kebersamaan yang kita bangun selama ini telah banyak merubah kehidupanku. Kemarahanmu telah menuntunku menuju kedewasaan, senyummu telah membuka cakrawala dunia dan melepaskan belenggu-belenggu ketakutanku, tetes air mata yang mengalir di pipimu telah mengajarku arti kepedulian yang sebenarnya, dan gelak tawamu telah membuatku bahagia. Sungguh aku bahagia bersamamu, bahagia memiliki kenangan indah dalam setiap bait pada paragraf kisah persahabatan kita. Bila Tuhan memberikanku umur panjang, akan aku bagi harta yang tak ternilai ini (persahabatan) dengan anak dan cucuku kelak.

Untuk mu Guru-guruku; semoga Allah selalu melindungimu dan meninggikan derajatmu di dunia dan di akhirat, terima kasih atas bimbingan dan arahan selama ini. Semoga ilmu yang telah diajarkan menuntunku menjadi manusia yang berharga di dunia dan bernilai di akhirat. Alhamdulillah robbil 'alamiin...

"Ya Alloh, jadikanlah Iman, Ilmu dan Amal ku sebagai lentera jalan hidupku keluarga dan saudara seimanku"

By Yaneliza, SKM, M.Kes

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Yaneliza
Tempat, Tanggal Lahir : Solok, 25 Januari 1970
Agama : Islam
Alamat : Perumahan Polamas Blok C no 23

A. Riwayat Pendidikan

1. SDN 2Saok Laweh Kabupaten Solok, 1983
2. SMPN 2 Solok, 1986
3. SPK Pemda Solok, 1989
4. Akademi Keperawatan Kemenkes Padang, 1996
5. Sarjana Kesehatan Masyarakat FK-Unand lulus tahun 2007
6. Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat FK-Unand 2011 sekarang

B. Riwayat Pekerjaan

1. Perawat PNS di Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi, 1990 s/d 2000
2. Perawat PNS di Rumah Sakit Puri Husada Tembilahan, 2000 s/d 2011
3. Tugas Belajar Pada Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat FK-Unand 2011- sekarang



KATA PENGANTAR



Syukur allhamdulillah peneliti ucapkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan karuniaNYA akhirnya peneliti dapat menyelesaikan penelitian tesis mengenai “Analisis Penerapan Strategi *DOTS* dalam Penanggulangan Kasus TB paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tahun 2012” untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Program Studi Kesehatan Masyarakat Pasca Sarjana Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang, terima kasih peneliti ucapkan kepada yang terhormat:

1. Ibu Prof, DR.dr Rizanda Machmud, M. Kes sebagai Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Pasca Sarjana Fakultas Kedokteran UNAND Padang
2. IbuProf. DR. dr. Delmi Sulastri, MS, SpGK sebagai pembimbing 1 dan Bapak dr. H. Edison, MPH sebagai pembimbing 2 yang telah banyak memberikan arahan dan masukan selama penulisan tesis ini
3. Kepada Keluarga Tercinta, yang telah memberikan doa dan dukungan yang tulus tanpa henti.
4. Teman-Teman Pasca Sarjana Kesmas Angkatan 2011
5. Kepada semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah banyak membantu peneliti sehingga selesainya tesis ini. Semoga Allah SWT memberikan Rahmat dan hidayahnya.

Peneliti menyadari, tesis ini jauh dari sempurna, untuk itu peneliti sangat mengharapkan masukan atau kritikan demi perbaikan di masa datang, Amin Ya Rabbal Alamin

Padang, Januari 2014

Peneliti

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Judul	
Lembar Halaman Judul	
Lembar Pengesahan	
Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
Daftar Tabel	iv
Daftar Gambar	v
Daftar Lampiran	vi
BAB I Pendahuluan	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.5 Keaslian Penelitian	8
BAB II Tinjauan Pustaka	
2.1 Tuberkulosis Paru	10
2.2 Tuberkulosis MDR	17
2.3 Kepmenkes R1 No 364/SK/V/2009/Pedoman Penanggulangan TB	19
2.4 Strategi <i>DOTS</i>	29
2.5 Manajemen Strategi <i>DOTS</i>	46
2.6 Kerangka Teori	49
BAB III Kerangka Konsep, Definisi Oprasional	
3.1 Kerangka Konsep	50
3.2 Definisi Oprasional	51
BAB IV Metode Penelitian	
4.1 Rancangan Penelitian	53
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	53
4.3 Informan Penelitian	53
4.4 Intrumen Penelitian	55
4.5 Teknik Pengumpulan Data	55
4.6 Analisis Data	57
4.7 Validitas Data	58

BAB V Hasil Penelitian	
5.1 Gambaran Umum Kota Sawahlunto	60
5.2 Data Kualitatif	63
BAB VI Pembahasan	
6.1 Keterbatasan Penelitian	95
6.2 Pembahasan Hasil Penelitian.....	95
BAB VII Penutup	
7.1 Kesimpulan	114
7.2 Saran	116



DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 2.1	Paduan Obat Kategori 1	15
Tabel 2.2	Paduan Obat Kategori 2	15
Tabel 2.3	Paduan Obat Kategori 3	15
Tabel 2.4	OAT Sisipan	16
Tabel 3.1	Definisi istilah	51
Tabel 4.1	Matrik Triangulasi	59
Tabel 5.1	Karakteristik Informan Wawancara Mendalam dan FGD	64
Tabel 5.2	Komitmen Politik Penanggulangan TB paru di Kota Sawahlunto	69
Tabel 5.3	Matrik Triangulasi Komitmen Berdasarkan Telaah Dokumen, Wawancara dan FGD	71
Tabel 5.4	Pemeriksaan Dahak yang Terjamin Mutunya	75
Tabel 5.5	Hasil Cross Check Slide Pemeriksaan BTA Kota Sawahlunto	76
Tabel 5.6	Matrik Triangulasi Pemeriksaan Dahak yang Terjamin Mutunya Berdasarkan Telaah Dokumen, Wawancara dan FGD	77
Tabel 5.7	Pengobatan Jangka Pendek yang Standar dengan Pengawasan PMO	80
Tabel 5.8	Matrik Triangulasi Pengobatan Jangka Pendek Standar dengan Pengawasan PMO	81
Tabel 5.9	Jaminan Ketersediaan OAT	81
Tabel 5.10	Matrik Triangulasi Jaminan Ketersediaan OAT berdasarkan Telaah Dokumen, Observasi dan Wawancara	84
Tabel 5.11	Sistim Pencatatan dan Pelaporan	86
Tabel 5.12	Matrik Triangulasi Sistim Pencacatan Pelaporan berdasarkan Telaah Dokumen, dan Wawancara	87
Tabel 5.13	Penemuan TB paru BTA Positif se-Kota Sawahlunto tahun 2012	88
Tabel 5.14	Penyebab Keengganan Pasien Suspek TB paru Untuk Memeriksa Dahaknya dan Stigma Negatif di Masyarakat	92
Tabel 5.15	Matrik Triangulasi Pencapaian CDR di Kota Sawahlunto berdasarkan Telaah Dokumen dan Hasil Wawancara	90
Tabel 6.1	Matrik Pembahasan Berdasarkan Komponen Penelitian	110

DAFTAR GAMBAR

		Halaman
Gambar 2.1	Kerangka Teori	49
Gambar 3.1	Kerangka Konsep	50



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 3 Pedoman Wawancara
- Lampiran 4 Pedoman FGD
- Lampiran 5 Transkrip Hasil Wawancara
- Lampiran 6 Matrik Hasil Wawancara
- Lampiran 7 Daftar Cheklis
- Lampiran 8 Surat Izin Penelitian dari Kesbang Pol
- Lampiran 9 Surat Penelitian dari Akademik
- Lampiran 10 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian
- Lampiran 11 Draf SK Walikota tentang Pembentukan Gerdunas
- Lampiran 12 Draf Edaran Kepala Dinas Kesehatan
- Lampiran 13 Modul Promosi Kesehatan Bagi Kader
- Lampiran 14 Alur Penemuan Kasus TB di Masyarakat



BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Program pemberantasan penyakit menular mempunyai peranan penting dalam menurunkan angka kesakitan dan angka kematian. Salah satunya penyakit menular yang termasuk di dalam target *Millenium Development Goals (MDG's)* pada tahun 2015 adalah penurunan jumlah penderita TB paru. Hal ini disebabkan karena penyakit TB paru masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia, terutama di negara berkembang termasuk Indonesia. Diperkirakan sekitar sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Pada tahun 1996 diperkirakan ada 9 juta pasien TB baru dan 3 juta kematian akibat TB di seluruh dunia (Kemenkes RI, 2011).

Studi *World Health Organization (WHO)* tahun 1997 melaporkan bahwa endemik TB paru dengan perkiraan kasus 9 juta/tahun. Saat ini di Asia (India, Cina, Indonesia, Bangladesh, Filipina dan Pakistan) terdapat 4,5 juta kasus. Tahun 1993 *WHO* menetapkan TB paru sebagai *The Global Emergency* (Kedaruratan Global penyakit TB) karena di sebagian besar negara di dunia, penyakit TB paru tidak terkendali (*WHO*, 2009).

Hasil survei prevalensi TB (2004), setiap tahun di Indonesia terdapat 245.000 penderita baru dengan jumlah TB menular dengan Basil Tahan Asam Positif (BTA+)

sebanyak 107.000 kasus, dan kematian yang disebabkan TB sekitar 46.000 kasus. TB paru menyerang sebagian besar kelompok usia produktif, ekonomi lemah, dan pendidikan rendah. Penderita TB paru terus meningkat oleh karena setiap satu penderita TB paru BTA positif akan menularkan 10-15 orang lain setiap tahunnya, sehingga perlu adanya upaya penanggulangan secara optimal, terpadu dan menyeluruh (Kemenkes RI, 2009).

TB paru masih merupakan masalah utama bagi kesehatan masyarakat, karena merupakan pembunuh nomor satu diantara penyakit menular, dan peringkat ke-3 dari 10 penyakit pembunuh tertinggi di Indonesia. Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Kemenkes (Kemenkes) RI, melaporkan bahwa pada tahun 2009 diperkirakan terdapat 528.000 kasus TB paru baru, dan mengakibatkan kematian sebesar 91.000 jiwa pertahun. Angka prevalensi TB paru tahun 2009 diperkirakan sebesar 100 per 100.000 penduduk (Kemenkes RI, 2012).

Penanggulangan TB paru secara nasional telah dilakukan sejak tahun 1969. Pada saat itu penanggulangan TB paru dilakukan melalui puskesmas dengan paduan obat jangka panjang (*isonizid (H)/INH, para amino acid dan streptomisin*) selama 1-2 tahun pengobatan, sedangkan penggunaan obat jangka pendek dengan paduan INH, *rifampisin, pirazinamid dan etambutol* selama 6 bulan, baru dimulai sejak tahun 1977 (Kemenkes RI, 2012).

Pada tahun 1994, Indonesia telah melakukan uji coba implementasi Strategi *Directly Observed Treatment Short-course (DOTS)* dalam penanggulangan TB paru

di Kabupaten Tebo Provinsi Jambi dan Kabupaten Sidoarjo Jawa Timur. Hasil uji coba tersebut telah menghasilkan angka konversi dan angka kesembuhan lebih dari 85%, melampaui target global yaitu 80% dan 85%. Berdasarkan hasil uji coba tersebut, maka mulai tahun 1995 program penanggulangan TB Nasional mengadopsi strategi *DOTS* dan menerapkannya secara bertahap di puskesmas. Strategi *DOTS* adalah strategi penyembuhan TB dengan obat jangka pendek, disertai pengawasan terhadap penderita, agar menelan obat secara teratur hingga sembuh. Strategi *DOTS* terdiri dari 5 komponen, yaitu : adanya komitmen politis dari pengambil keputusan, diagnosis dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung, pengobatan dengan paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) jangka pendek disertai pengawasan langsung, kesinambungan persediaan OAT jangka pendek untuk pasien, pencatatan dan pelaporan yang baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program (Kemenkes RI, 2012).

Indonesia merupakan negara pertama diantara negara-negara dengan beban kasus TB yang tinggi di wilayah Asia Tenggara yang berhasil mencapai target Global untuk TB pada tahun 2006 dengan menerapkan strategi *DOTS*, yaitu 70% penemuan kasus TB BTA positif dan 85% kesembuhan . Saat ini peringkat Indonesia telah turun dari urutan ketiga menjadi keempat diantara negara dengan beban kasus TB tertinggi di dunia (Kemenkes RI, 2012).

Penerapan program *DOTS* yang dititikberatkan pada Puskesmas, ternyata belum menuai hasil yang menggembirakan, karena baru menjangkau sebagian kasus TB yang ada. Survei prevalensi tahun 2004 tentang pola perilaku pencarian

pengobatan pasien TB, menunjukkan bahwa 49% pasien TB di Jawa, 44% pasien TB di Sumatera dan 31% pasien TB di wilayah Indonesia Timur, datang berobat pertama kali ke rumah sakit maupun BP4, sehingga tidak terjangkau program *DOTS*. Oleh karena itu, agar target dapat tercapai, maka strategi *DOTS* harus diekspansi keseluruhan unit pelayanan kesehatan, khususnya rumah sakit maupun BP4. Secara umum rumah sakit memiliki potensi yang besar dalam penemuan kasus TB (*case finding*), namun ada keterbatasan dalam menjaga keteraturan dan keberlangsungan pengobatan (*case holding*). Sedangkan puskesmas, meskipun mempunyai kelebihan dalam *case holding*, namun ada keterbatasan dalam *case finding*. Oleh karena itu, diperlukan sinergi antara RS dan Puskesmas dalam upaya penanggulangan TB secara terpadu, melalui pembentukan Jejaring *DOTS* (Kemenkes RI, 2012).

Kegagalan program TB paru selama ini sering disebabkan tidak memadainya dukungan komitmen politik dan pendanaan dari pihak *stakeholder* yang berkepentingan, organisasi pelayanan TBparu, dan tatalaksana pengelolaan kasus tidak mengikuti strategi *DOTS*, yang pelaksanaannya mengikuti kaidah dan aturan yang telah disepakati sesuai dengan prinsip-prinsip (Kemenkes RI, 2011).

Beberapa faktor yang menjadi penghambat keberhasilan pelaksanaan strategi *DOTS* ini adalah beban kerja, pengetahuan petugas yang rendah dan faktor motivasi petugas dalam pelaksanaan strategi *DOTS* sehingga kegagalan strategi *DOTS* ini sering terjadi (Syafei dan Kusnanto, 2006).

Hasil penelitian oleh Weng (2002) di Kabupaten Manggarai menyatakan bahwa peningkatan dalam pelaksanaan strategi *DOTS* diperlukan perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan dan pelaksanaan serta pengawasan dari tingkat dinas kesehatan kabupaten/kota sampai ke tingkat terendah yaitu puskesmas.

Berdasarkan data dari Profil Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat tahun 2010 dan 2011 angka penemuan TB dengan BTA positif *Case Detection Rate (CDR)* untuk seluruh kabupaten/kota di propinsi Sumatera Barat yaitu 57,8% tahun 2010, 59,9% tahun 2011, sedangkan target untuk penemuan TB dengan BTA positif 70%, berarti target *CDR* belum tercapai.

Sementara di Kota Sawahlunto berdasarkan Profil Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto dalam dua tahun terakhir (tahun 2010-2012) terjadi penurunan penemuan TB dengan BTA positif yaitu pada tahun 2010 dari target 88 hanya dijumpai 50 (56,8%) BTA positif, pada tahun 2011 target BTA positif 90 hanya ditemui 41 (45,6%) BTA positif, sedangkan pada tahun 2012 terjadi sedikit peningkatan target yaitu 91 kasus ditemui hanya 44 kasus (48,4%). Sedangkan untuk proporsi TB BTA positif dari seluruh pasien TB yang ada Kota Sawahlunto pada tahun 2011 dari 71 jumlah pasien TB hanya 44 TB BTA positif (62%), tahun 2012 dari 83 jumlah pasien TB hanya 48 TB BTA positif (57,8%), ini masih dibawah target yaitu 65%. Untuk proporsi TB anak diantara seluruh pasien TB pada tahun 2011 sebanyak 11 kasus TB anak (22,9%), tahun 2012 sebanyak 19 kasus TB anak (17,5%), ini masih tinggi dibandingkan target hanya 15%. Hal ini menunjukkan masih adanya TB BTA positif yang belum mendapat pengobatan sebagaimana

mestinya sehingga menjadi sumber penularan. Untuk angka kesembuhan pasien TB paru di Kota Sawahlunto sudah melebihi target yaitu 91%.

Berdasarkan data dan uraian diatas maka penulis ingin menganalisis “Penerapan Strategi *DOTS* dalam Penanggulangan Kasus TB paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tahun 2012.

1.2 Rumusan Masalah

Yang menjadi permasalahan pada penelitian ini “Bagaimana penerapan strategi *DOTS* dalam penanggulangan penyakit TB di Kota Sawahlunto melalui pendekatan sistem?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini diketahuinya pelaksanaan penerapan strategi *DOTS* dalam penanggulangan penyakit TB di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto Tahun 2012.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Diketahuinya komitmen politis dalam penerapan strategi *DOTS* untuk penanggulangan TB parudi Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto Tahun 2013.
2. Diketahuinya penerapan pemeriksaan dahak yang terjamin mutunya sesuai dengan strategi *DOTS* untuk penanggulangan TB paru di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto Tahun 2013.

3. Diketuahuinya penerapan pengobatan jangka pendek yang standar sesuai dengan strategi *DOTS* untuk penanggulangan TB paru di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto Tahun 2013.
4. Diketuahuinya penerapan jaminan ketersediaan OAT sesuai dengan strategi *DOTS* untuk penerapan TB paru sesuai di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto Tahun 2013.
5. Diketuahuinya sistem pencatatan dan pelaporan penanggulangan Program Penanggulangan TB paru sesuai strategi *DOTS* di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto Tahun 2013.
6. Diketuahuinya *case detection rate* atau penemuan penderita dalam penanggulangan TB paru di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto Tahun 2013.
7. Diketuahuinya *cure rate* atau angka kesembuhan dalam penanggulangan TB paru di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto Tahun 2013.

1.4 Manfaat

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi :

- 1.4.1 Bagi pemerintah Kota Sawahlunto yaitu dapat memberikan masukan tentang peran pemerintah dalam upaya penanggulangan kasus TB paru di Kota Sawahlunto.
- 1.4.2 Bagi Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto yaitu dapat digunakan sebagai masukan dalam rangka meningkatkan upaya program penanggulangan kasus TB paru

1.4.3 Bagi Peneliti yaitu dapat menambah pengetahuan dan keterampilan dalam penelitian ilmiah, khususnya penelitian kualitatif dalam hal menganalisis penerapan strategi *DOTS* dalam penanggulangan kasus TB paru.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian tentang penerapan strategi *DOTS* dalam penanggulangan penyakit TB paru sampai saat ini belum pernah diteliti. Adapun penelitian tentang TB yang pernah dilakukan oleh beberapa peneliti diantaranya :

- 1.5.1 Sovianty (2010) mahasiswa program studi S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Padang dengan judul “Analisis pelaksanaan *passive promotive case finding* untuk penemuan penderita TB paru di Puskesmas Kota Padang”. Persamaan dengan penelitian ini adalah yaitu sama-sama memakai metode penelitian kualitatif. Perbedaan dengan penelitian ini adalah penelitian ini sangat berkaitan dengan penemuan kasus sedangkan penelitian penulis mencakup penanggulangan penyakit TB dengan strategi *DOTS*.
- 1.5.2 Syafei dan Kusnanto (2006) mahasiswa program studi S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Gajah Mada Yogyakarta, meneliti tentang kinerja petugas TB Puskesmas di Kota Jambi. Persamaannya adalah sama-sama meneliti tentang program TB. Perbedaannya penelitian ini adalah melihat faktor kinerja petugas puskesmas saja.
- 1.5.3 Felik Kasim, Mary Soen, Katrin Fitria Hendranata, dengan judul “Monitoring Dan Evaluasi Pelaksanaan Strategi *Directly Observed Treatment Shortcourses* Sebagai Upaya Penanggulangan Tuberkulosis Di Puskesmas Yang Berada Dalam Lingkup Pembinaan Dinas Kesehatan Kabupaten

Subang”. Persamaannya adalah sama-sama meneliti tentang penerapan strategi *DOTS*. Perbedaannya penelitian ini sampelnya fokus pada puskesmas sedangkan penelitian penulis sampelnya termasuk wasor dinas kesehatan dan pengambil kebijakan di pemerintah kota.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tuberkulosis Paru

2.1.1 Definisi

Tuberculosis adalah penyakit yang disebabkan *mycobacterium tuberculosis* yang hampir seluruh organ tubuh dapat terserang olehnya, tapi yang paling banyak adalah paru-paru (IPD, FK, UI). Tuberculosis adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis* dengan gejala yang sangat bervariasi (Mansjoer, 1999).

2.1.2 Etiologi

Penyebab utama dari TB paru adalah *mycobacterium tuberculosis* yaitu sejenis kuman berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4 mikron dan tebal 0,3-0,6 sejenis mikron. Basil tuberkulosis akan tumbuh secara optimal pada suhu 37 derajat celsius yang memang sesuai dengan suhu tubuh manusia untuk berkembang biak basil ini memerlukan pembelahan dirinya dan dari satu basil membelah menjadi dua dibutuhkan waktu 14-20 jam. Kalau dilihat dari struktur tubuhnya ia terbuat dari lemak dan protein (Kemenkes RI, 2001)

Sifat-sifat kuman *mycobacterium tuberculosis* adalah

- 1) Bersifat *aerob*.
- 2) Tidak tahan terhadap sinar ultraviolet oleh karena itu penularannya terjadi pada malam hari
- 3) Mudah mati pada air mendidih (5 menit pada suhu 80 derajat celsius, 20 menit pada suhu 60 derajat celsius)
- 4) Tahan hidup berbulan-bulan pada suhu kamar yang lembab.
- 5) Kebal terhadap obat TB apabila dimakan secara tidak teratur.

2.1.3 Tanda dan Gejala

Gejala-gejala pada penderita tersangka TB paru adalah sebagai berikut :

- 1) Batuk yang terus menerus dan berdahak selama 2 sampai 3 minggu atau lebih. Setiap orang yang datang ke pelayanan kesehatan dengan gejala utama ini harus dianggap sebagai seorang suspek atau tersangka TB paru dan diperiksa dahak di laboratorium.
- 2) Mengeluarkan dahak bercampur darah (*haemoptysis*), sesak nafas dan nyeri dada.
- 3) Badan terasa lemah, kehilangan berat badan, nafsu makan menurun, rasa kurang enak badan (*malaise*), berkeringat pada malam hari tanpa ada kegiatan, demam meriang (tidak terlalu tinggi lebih dari 1 bulan. Bila gejala-gejala tersebut diperkuat dengan riwayat kontak dengan penderita TB paru maka kemungkinan besar dia juga menderita TB paru (Kemenkes, 2011)

2.1.4 Penularan

- 1) Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif.
- 2) Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak.
- 3) Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab.
- 4) Daya penularan seorang pasien oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut.
- 5) Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Kemenkes, 2011).

2.1.5 Pencegahan

Pencegahan terhadap penularan penyakit TB paru dengan cara melaksanakan pola hidup sehat yaitu :

- 1) Menutup mulut waktu batuk dan bersin
- 2) Tidak meludah disembarang tempat.
- 3) Ventilasi rumah yang baik agar udara dan sinar matahari masuk kedalam ruangan.
- 4) Tidur dan istirahat yang cukup
- 5) Tidak merokok dan minum alkohol.

- 6) Berolahraga secara teratur.
- 7) Meningkatkan daya tahan tubuh dengan gizi seimbang.

Tindakan preventif dengan pemberian vaksin *BCG* yang diberikan pada bayi selama ini hanya memberikan daya proteksi sebahagian saja, yakni 0-80%, tetapi *BCG* masih dipakai kerana dapat mengurangi kemungkinan tertular penyakit TB paru pada anak (Kemenkes RI 2006).

Berhasil atau tidaknya usaha pemberantasan penyakit TB paru tergantung kepada:

- 1) Keadaan sosial ekonomi masyarakat.

Makin jelek keadaan sosial ekonomi makin jelek status gizi dan hygiene lingkungan yang akan mengakibatkan rendahnya daya tahan tubuh sehingga memudahkan terjadinya penularan.

- 2) Kesadaran berobat penderita

Pengobatan penyakit TB paru memerlukan waktu yang lama, kalau penderita tidak mempunyai kesadaran untuk berobat maka pengobatan akan terputus dan sering penderita TB paru tidak merasa keluhan yang berarti sehingga penderita tidak mau berobat.

- 3) Pengetahuan penderita, keluarga dan masyarakat tentang penyakit TB paru.

- 4) Mendapatkan pemeriksaan sputum yang bermutu, pemeriksaan yang bermutu sangat menentukan pengobatan dan pencegahan penularan penderita TB paru.

2.1.6 Prinsip Pengobatan

Obat TB diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis, dalam jumlah cukup dan dosis tepat selama 6-8 bulan supaya semua kuman (termasuk kuman persister) dapat dibunuh. Dosis tahap intensif dan dosis tahap lanjutan ditelan sebagai dosis tunggal, sebaiknya pada saat perut kosong seperti: menjamin kepatuhan penderita menelan obat pengobatan perlu dilakukan dengan pengawasan langsung oleh seorang Pengawas Minum Obat (PMO). Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap yaitu tahap intensif dan lanjutan (Kemenkes 2006).

Pengobatan TB ada 2 tahap yaitu :

1) Tahap Intensif

Penderita mendapat obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan terhadap rifampisin. Bila saat tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, penderita menular menjadi tidak menular selama 2 minggu. Sebagian besar penderita TB BTA positif menjadi negatif (konversi) pada akhir pengobatan intensif. Pengawasan ketat dalam tahap intensif sangat penting untuk mencegah terjadinya kekebalan obat.

2) Tahap Lanjutan

Pada tahap lanjutan penderita mendapat obat jangka waktu pengobatan jangka panjang dan obat lebih sedikit untuk mencegah kambuhan. Tahap lanjut lebih penting untuk membunuh kuman persisten (Dormat) sehingga mencegah kekambuhan. Paduan OAT lini pertama

Tabel 2.1 : Paduan Obat Kategori 1

Tahap	Lama	(H) / day	R day	Z day	F day	JumlahHari X Nelam Obat
Intensif	2 bulan	1	1	3	3	60
Lanjutan	4 bulan	2	1	-	-	120

Sumber : Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis, 2011

Tabel 2.2: Paduan Obat kategori 2 :

Tahap	Lama	(H) @300 Mg	R @450 Mg	Z @500 mg	E @ 250 Mg	E @500 Mg	Strep Injeksi	JumlahH ari X Nelam Obat
Intensif	2 bulan	1	1	3	3	-	0,5 %	60
	1 bulan	1	1	3	3	-	-	30
Lanjutan	5 bulan	2	-	1	3	2	-	180

Sumber : Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis, 2011

Tabel 2.3:Paduan Obat kategori 3 :

Tahap	Lama	H @ 300 mg	R@450mg	P@500mg	Hari X Nelam Obat
Intensif	2 bulan	1	1	3	60
Lanjutan	4 bulan	2	1	1	120

Sumber : Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis, 2011

Tabel 2.4: OAT Sisipan (HRZE)

Tahap	Lama	H @300mg	R @450mg	Z @500mg	E day @250mg	Nelan XHari
Intensif (dosisharian)	1 bulan	1	1	3	3	30

Sumber : Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis, 2011

2.1.7 Kegagalan Pengobatan

Sebab-sebab kegagalan pengobatan :

- 1) Obat yaitu paduan obat tidak adekuat dan dosis obat tidak cukup. Minum obat tidak teratur/tidak. Sesuai dengan petunjuk yang diberikan. Jangka waktu pengobatan kurang dari semestinya atau terjadi resistensi obat.
- 2) Drop out karena kekurangan biaya pengobatan, merasa sudah sembuh atau malas berobat
- 3) Penyakit seperti lesi paru yang sakit terlalu luas/sakitberat, ada penyakit lainyang menyertai seperti demam, alkoholisme serta ada gangguan imunologis.

2.1.8 Penanggulangan Khusus Pasien:

- 1) Terhadap penderita yang sudah berobat secara teratur
 - a) Menilai kembali apakah paduan obat sudah adekuat mengenai dosis dan cara pemberian.
 - b) Pemeriksaan uji kepekaan / test resistensi kuman terhadap obat

- 2) Terhadap penderita yang riwayat pengobatan tidak teratur
 - a) Teruskan pengobatan lama \pm 3 bulan dengan evaluasi bakteriologis tiap-tiap bulan.
 - b) Nilai ulang test resistensi kuman terhadap obat
 - c) Jangka resistensi terhadap obat, ganti dengan paduan obat yang masih sensitif.
- 3) Pada penderita kambuh (sudah menjalani pengobatan teratur dan adekuat sesuai rencana tetapi dalam kontrol ulang BTA (+) secara mikroskopik atau secara biakan)
 - a) Berikan pengobatan yang sama dengan pengobatan pertama
 - b) Lakukan pemeriksaan BTA mikroskopik 3 kali.
 - c) Roentgen paru sebagai evaluasi.
 - d) Identifikasi adanya penyakit yang menyertai (demam, alkoholisme/steroid jangka lama)
 - e) Evaluasi ulang setiap bulannya: pengobatan, radiologis, bakteriologis.

2.2 Tuberkulosis *Multi Drugs Resistance* (TB-MDR)

Adalah: TB yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* resisten *in vitro* terhadap *isoniazid* (H) dan *rifampisin* (R) dengan atau tanpa resisten obat lain Secara umum resisten terhadap obat anti tuberkulosis terbagi dua (Fakultas Kedokteran UI, 2013):

- 1) Resistensi Primer adalah: Apabila pasien sebelumnya tidak pernah mendapat Obat Anti Tuberkulosis (OAT) atau telah mendapat pengobatan OAT kurang dari

satu bulan, atau kita tidak tahu pasti apakah pasien sudah ada riwayat pengobatan OAT sebelumnya.

- 2) Resistensi Sekunder adalah: Apabila pasien telah mempunyai riwayat pengobatan OAT minimal 1 bulan.

Pasien yang dicurigai TB-MDR adalah :

- 1) Kasus TB paru kronik.
- 2) Kasus TB paru gagal pengobatan kategori 2
- 3) Kasus TB yang pernah diobati termasuk OAT lini kedua seperti kuinolon dan kanamisin.
- 4) Kasus TB paru yang gagal pengobatan kategori 1.
- 5) Kasus TB paru dengan hasil pemeriksaan dahak tetap positif setelah sisipan dengan kategori 1.
- 6) Kasus TB paru kambuh.
- 7) Kasus TB paru yang kembali setelah lalai/default pada pengobatan kategori 1 dan atau kategori 2.
- 8) Suspek TB paru dengan keluhan, yang tinggal dekat dengan pasien TB-MDR konfirmasi, termasuk petugas kesehatan yang bertugas di bangsal TB-MDR.

Ada beberapa penyebab terjadinya resisten terhadap obat anti tuberkulosis yaitu (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2006) :

- 1) Penggunaan obat yang tidak adekuat
- 2) Pemberian obat yang tidak teratur
- 3) Evaluasi dan cakupan yang tidak adekuat

- 4) Penyediaan obat yang tidak reguler
- 5) Program yang belum jalan serta kurangnya tata organisasi di program

2.2 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 364/Menkes/SK/V/2009 tentang Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis (TB)

2.3.1 Visi dan Misi

Visi :TB tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat

Misi:

1. Menjamin bahwa setiap pasien TB mempunyai akses terhadap pelayanan yang bermutu.
2. Menurunkan resiko penularan TB.
3. Mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat TB

2.3.2 Tujuan dan Target

Menurunkan angka kesakitan dan angka kematian TB, memutus rantai penularan serta mencegah terjadinya *Multi Drug Resisten* (MDR), sehingga TB tidak lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat Indonesia. Target program penanggulangan TB adalah tercapainya penemuan pasien baru TB BTA positif paling sedikit 70% dari perkiraan target dan menyembuhkan 85% dari semua pasien yang ditemukan. Target ini diharapkan dapat menurunkan tingkat prevalensi dan kematian akibat TB sehingga separuhnya pada tahun 2010 dibandingkan 1990, dan mencapai tujuam *MDG'S* pada tahun 2015 (Departemen Kesehatan RI, 2009).

2.3.3 Sasaran dan Target

Sasaran program penanggulangan TB adalah tercapainya penemuan pasien baru TB BTA positif paling sedikit 70% dari perkiraan dan menyembuhkan 85% dari semua pasien tersebut serta mempertahankannya. Target ini diharapkan dapat menurunkan tingkat prevalensi dan kematian akibat TB hingga separuhnya pada tahun 2010 dibandingkan tahun 1990, dan mencapai tujuan *Millenium Development Goals (MDGs)* pada tahun 2015 (Kemenkes RI, 2009).

Strategi *Directly Observed Treatment Shortcourse (DOTS)* yang direkomendasikan oleh *WHO* telah dilaksanakan dan diekspansi secara bertahap keseluruhan unit pelayanan kesehatan dan institusi terkait. Berbagai kemajuan telah dicapai, namun tantangan program dimasa depan tidaklah lebih ringan, meningkatnya kasus *HIV* dan *MDR* serta bervariasinya komitmen akan menjadi program yang saat ini sedang dilakukan ekspansi akan menghadapi masalah dalam hal pencapaian target global, sebagaimana tercantum pada *MDG's*, (Dep kes, 2006).

DOTS adalah strategi yang komprehensif maksudnya adalah pengobatan jangka pendek yang diawasi secara langsung, strategi penanggulangan TB yang direkomendasikan oleh Badan Kesehatan Dunia (*WHO*) dan telah mulai diterapkan di Indonesia sejak tahun 1995. Penanggulangan TB dengan strategi *DOTS* dapat memberikan angka kesembuhan yang tinggi dimana *WHO* menargetkan angka kesembuhan 85% dari penderita TB BTA positif yang terdeteksi (Dirjen P2M & PL, 1997)

2.3.3 Kebijakan dan Strategi

Kebijakan dan Strategi penanggulangan TB paru dengan strategi *DOTS* yang tertuang dalam buku pedoman pengendalian tuberkulosis yang diterbitkan Kemenkes RI Tahun 2011 adalah sebagai berikut :

1) Kebijakan

1. Penanggulangan TB dilaksanakan sesuai dengan azas desentralisasi yaitu kabupaten/kota sebagai titik berat manajemen program yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta menjamin ketersediaan sumberdaya manusia, sarana dan prasarana.
2. Penanggulangan TB dilaksanakan dengan menggunakan strategi *DOTS*.
3. Penguatan kebijakan untuk meningkatkan komitmen daerah terhadap program penanggulangan TB
4. Pengembangan strategi *DOTS* untuk meningkatkan mutu pelayanan, kemudahan akses, penemuan dan pengobatan sehingga mampu memutus mata rantai penularan dan mencegah terjadinya TB-*MDR*.
5. Penanggulangan TB dilaksanakan oleh seluruh sarana pelayanan kesehatan, meliputi Puskesmas, Rumah Sakit Umum Pemerintah dan Swasta, Rumah Sakit Paru (RSP), Balai Besar Kesehatan Paru (BBKPM), Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM), Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4), dan klinik Pengobatan lain serta Dokter Praktik Swasta (DPS).
6. Pengembangan pelaksanaan program penanggulangan TB di tempat kerja (*TB in work places*), Lembaga Pemasarakatan dan Rumah Tahanan (*TB in prison*), TNI dan Polri.

7. Program penanggulangan TB dengan pendekatan program *DOTS Plus MDR*, Kolaborasi TB-HIV, *Practical Approach to Lung Health (PAL)*, dan *Hospital DOTS Lingkanges (HDL)*.
8. Penanggulangan TB dilaksanakan melalui promosi, penggalangan kerjasama/kemitraan dengan lintas program dan sektor terkait, pemerintah dan swasta dalam wadah Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan TB (Gerdunas TB).
9. Peningkatan kemampuan laboratorium TB di berbagai tingkat pelayanan ditujukan untuk peningkatan mutu pelayanan dan jejaring.
10. Menjamin ketersediaan Obat Anti TB (OAT) untuk penanggulangan TB dan diberikan kepada pasien secara cuma-cuma.
11. Menjamin ketersediaan sumberdaya manusia yang kompeten dalam jumlah yang memadai untuk meningkatkan dan mempertahankan kinerja program.
12. Penanggulangan TB lebih diprioritaskan kepada kelompok miskin dan kelompok rentan terhadap TB.
13. Menghilangkan stigma masyarakat terhadap TB agar tidak dikucilkan dari keluarga, masyarakat dan pekerjaannya.

Memperhatikan komitmen internasional yang termuat dalam *MDGs* (Kemenkes RI, 2009).

2) Strategi

WHO telah merekomendasikan strategi *DOTS* sebagai strategi dalam penanggulangan TB sejak tahun 1995. Bank Dunia menyatakan strategi *DOTS* sebagai salah satu intervensi kesehatan yang paling efektif. Integrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar sangat dianjurkan demi efisiensi dan efektifitasnya.

1. Strategi Manajemen Kesembuhan untuk Penderita TB paru

Menurunkan angka kesakitan serta kematian penyakit TB paru dengan cara memutus rantai penularan, sehingga penyakit TB paru tidak lagi merupakan masalah kesehatan, satu-satunya target *MDG's* bahwa upaya pengendalian TB di Indonesia sebagai bagian pembangunan kesehatan yang dilaksanakan dengan benar dan memberikan kontribusi pada upaya pembangunan nasional (Kemenkes RI, 2011).

2. Indikator Kesembuhan Penderita TB paru

Hasil pengobatan seorang penderita dapat dikategorikan sembuh bila penderita menyelesaikan pengobatan secara lengkap dan pemeriksaan ulang dahak (*follow up*) paling sedikit 2 kali berturut-turut hasilnya negatif yaitu pada sebulan sebelum akhir pengobatan dan sebelum akhir pengobatan dan pada satu pemeriksaan *follow up* sebelumnya lihat contoh dibawah ini:

- 1) Bila hasil pemeriksaan ulang dahak negatif pada akhir pengobatan (AP) pada sebulan sebelum akhir pengobatan dan pada akhir intensif.

- 2) Bila hasil pemeriksaan ulang dahak negatif pada AP dan pada akhir intensif (pada penderita tanpa sisipan), meskipun pemeriksaan ulang dahak pada sebulan sebelum akhir tidak diketahui hasilnya.
- 3) Bila hasil pemeriksaan ulang dahak negatif pada AP dan pada setelah sisipan (penderita yang dapat sisipan), meskipun pemeriksaan ulang dahak pada sebulan sebelum akhir pengobatan tidak diketahui hasilnya.
- 4) Bila hasil pemeriksaan ulang dahak negatif pada sebulan sebelum AP dan pada akhir intensif (pada penderita tanpa sisipan) meskipun pemeriksaan ulang dahak pada akhir pengobatan tidak diketahui hasilnya.
- 5) Bila hasil pemeriksaan ulang dahak negatif pada sebulan sebelum akhir pengobatan dan pada setelah sisipan (pada penderita mendapat sisipan), meskipun pemeriksaan ulang dahak pada akhir pengobatan tidak diketahui hasilnya.
- 6) Bila penderita menyelesaikan pengobatan lengkap, tapi tidak ada hasil pemeriksaan ulang dahak 2 kali berturut-turut negatif, maka tidak dinyatakan sembuh tapi dinyatakan sebagai pengobatan lengkap.
- 7) Bila BTA positif pada sebulan sebelum akhir pengobatan, penderita dinyatakan gagal dan pengobatan diganti. Bila gagal setelah pengobatan dengan kategori 1, pengobatan diganti dengan kategori 2 mulai dari awal, bila penderita gagal setelah pengobatan dengan kategori 2 penderita dicurigai TB-*MDR*, kalau fasilitas laboratorium memungkinkan dilakukan uji kepekaan atau penderita dirujuk ke UPK spesialisik. Tidak mungkin penderita diberi tablet *Isoniasid (INH)* seumur hidup (Kemenkes RI, 2011).

3. Pemantauan kemajuan pengobatan TB

Pemantauan kemajuan hasil pengobatan pada orang dewasa dilaksanakan dengan pemeriksaan ulang dahak secara mikroskopis. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis lebih baik dibandingkan dengan pemeriksaan radiologis dalam memantau kemajuan pengobatan. Laju Endap Darah (LED) tidak digunakan untuk memantau kemajuan pengobatan karena tidak spesifik pada TB. Untuk memantau kemajuan pengobatan dilakukan pemeriksaan spesimen sebanyak dua kali (sewaktu dan pagi). Hasil pemeriksaan dinyatakan negatif bila ke 2 spesimen tersebut negatif. Bila salah satu spesimen positif atau keduanya positif, hasil pemeriksaan ulang dahak tersebut dinyatakan positif (Kemenkes RI, 2011).

4. Pemantapan Mutu Laboratorium TB

Pemantapan Komponen mutu terdiri dari 3 hal utama yaitu:

1) Pemantapan Mutu Internal (PMI)

PMI adalah kegiatan yang dilakukan dalam pengelolaan laboratorium TB untuk mencegah kesalahan pemeriksaan laboratorium dan mengawasi proses pemeriksaan laboratorium agar hasil pemeriksaan tepat dan benar.

Tujuan PMI

1. Mempertinggi kewaspadaan tenaga laboratorium agar tidak terjadi kesalahan pemeriksaan dan koreksi kesalahan dapat dilakukan segera.

2. Memastikan bahwa semua proses sejak persiapan pasien, pengambilan, penyimpanan, pengiriman, pengolahan contoh uji, pemeriksaan contoh uji, pencatatan dan pelaporan hasil dilakukan dengan benar.
3. Mendeteksi kesalahan, mengetahui sumber/penyebab dan mengoreksi dengan cepat dan tepat.
4. Membantu peningkatan pelayanan pasien. Kegiatan ini harus meliputi setiap tahap pemeriksaan laboratorium yaitu tahap raanalisis, analisis, pasca-analisis, dan harus dilakukan terus menerus. Beberapa hal yang harus dipenuhi dalam pelaksanaan PMI yaitu tersedianya Prosedur Tetap (Protap) untuk seluruh proses kegiatan pemeriksaan laboratorium, misalnya :
 - a) Protap pengambilan dahak.
 - b) Protap pembuatan sediaan dahak.
 - c) Protap pewarnaan *Ziehl Neelsen*.
 - d) Protap pemeriksaan mikroskopis.
 - e) Protap pengelolaan limbah.
 - f) Protap pembuatan media.
 - g) Protap *inokulasi*, dan sebagainya.

Disamping itu juga harus tersedianya formulir /buku untuk pencatatan dan pelaporan kegiatan pemeriksaan laboratorium TB, tersedianya jadwal pemeliharaan/kalibrasi alat, audit internal, pelatihan petugas serta tersedianya sediaan kontrol (positif dan negatif) dan kuman kontrol.

2) Pemantapan Mutu Eksternal (PME)

PME laboratorium TB dilakukan secara berjenjang, karena itu penting sekali membentuk jejaring dan tim laboratorium yang utuh dan aktif dikelola dengan baik. PME dalam jejaring ini harus berlangsung teratur/berkala dan berkesinambungan. Koordinasi PME harus dilakukan secara bersama-sama oleh lab penyelenggara dengan dinas kesehatan setempat. Kegiatan PME harus secara berkala dievaluasi sehingga baik penyelenggara maupun peserta PME dalam jejaring mengetahui kondisi dan upaya perbaikan kinerja. Tim PME mengundang pihak-pihak yang terkait dalam kegiatan PMI diwilayahnya dalam pertemuan monev berkala, hal ini sangat berguna untuk meningkatkan kerjasama dan komitmen kelangsungan program PME.

Perencanaan PME

1. Melakukan koordinasi berdasarkan jejaring laboratorium TB.
2. Menentukan kriteria laboratorium penyelenggara.
3. Menentukan jenis kegiatan PME.
4. Penjadwalan pelaksanaan PME dengan mempertimbangkan beban kerja laboratorium penyelenggara.
5. Menentukan kriteria petugas yang terlibat dalam kegiatan PME.
6. Penilaian dan umpan balik Pelaksanaan PME

Pelaksanaan PME mikroskopis BTA dapat dilakukan melalui:

1. Uji silang sediaan dahak.

Yaitu pemeriksaan ulang sediaan dahak laboratorium sarana pelayanan kesehatan oleh laboratorium yang telah diberi wewenang melalui

penilaian kemampuan yang dilakukan oleh petugas teknis yang berada pada jenjang tertinggi di wilayah jejaring laboratorium tersebut. Pengambilan sediaan untuk uji silang dilakukan dengan metode lot sampling. Untuk daerah yang belum menerapkan metode ini, masih tetap menerapkan metode pengambilan sebelumnya, yaitu 10% sediaan BTA negatif dan seluruh sediaan BTA positif.

2. Bimbingan teknis Laboratorium TB. Kegiatan ini dilaksanakan secara khusus untuk menjamin kualitas pemeriksaan laboratorium mikroskopis.
3. Uji profisiensi/panel testing, kegiatan ini bertujuan untuk menilai kinerja petugas laboratorium TB tetapi hanya dilaksanakan apabila uji silang dan supervisi belum berjalan dengan memadai.
4. Peningkatan mutu (*quality improvement*), terintegrasi dalam PMI dan PME.

3) Peningkatan Cakupan

Peningkatan cakupan adalah peningkatan penemuan dan peningkatan pengobatan pasien TB. Cakupan penemuan dan pengobatan ini penting, karena akan memberikan dampak epidemiologis, yaitu penurunan prevalensi.

Peningkatan cakupan dapat dilakukan dengan:

1. Peningkatan AKMS, seperti promosi (penyuluhan) dan pendekatan penemuan berbasis masyarakat *Community Based Approach (CBA)*.

2. *CBA* dapat dilaksanakan di desa yang puskesmasnya telah memiliki kinerja baik, seperti angka keberhasilan pengobatan $\geq 85\%$ tetapi penemuan pasien masih rendah.
3. Optimalisasi pelayanan dan perluasan unit pelaksana, dengan memperhatikan mutu program dan jejaring.
4. Pemeriksaan terhadap orang yang kontak erat dengan pasien TB BTA positif dan pasien TB anak.

2.4 Strategi *Directly Observed Treatment (DOTS)*.

Directly Observed Treatment Shortcourse (DOTS) adalah pengawasan langsung pengobatan jangka pendek, yang kalau kita jabarkan pengertian *DOTS* dapat dimulai dengan keharusan setiap pengelola program tuberkulosis untuk *direct attention* dalam usaha menemukan penderita dengan kata lain mendeteksi kasus dengan pemeriksaan mikroskop. Kemudian setiap penderita harus di observasi dalam memakan obatnya, setiap obat yang ditelan penderita harus di depan seorang pengawas. Selain itu tentunya penderita harus menerima *treatment* yang tertata dalam sistem pengelolaan, distribusi dengan penyediaan obat yang cukup. Kemudian setiap penderita harus mendapat obat yang baik, artinya pengobatan *short course standard* yang telah terbukti ampuh secara klinis. Akhirnya harus ada dukungan dari pemerintah yang membuat program penanggulangan tuberkulosis mendapat prioritas yang tinggi dalam pelayanan kesehatan (Aditama TY, 2001).

2.4.1 Tujuan

Tujuan dari pelaksanaan *DOTS* adalah menjamin kesembuhan bagi penderita, mencegah penularan, mencegah resistensi obat, mencegah putus berobat dan segera mengatasi efek samping obat jika timbul, yang pada akhirnya dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat tuberkulosis di dunia (Ami Sari, 2001).

2.4.2 Komponen Strategi *DOTS*

1) Komitmen politis.

Komitmen politik pemerintah dalam mendukung pengawasan tuberkulosis adalah penting terhadap keempat unsur lainnya untuk dijalankan dengan baik. Komitmen ini seyogyanya dimulai dengan keputusan pemerintah untuk menjadikan tuberkulosis sebagai prioritas penting/utama dalam program kesehatan. Untuk mendapatkan dampak yang memadai maka harus dibuat program nasional yang menyeluruh yang diikuti dengan pembuatan buku petunjuk (*guideline*) yang menjelaskan bagaimana *DOTS* dapat diimplementasikan dalam program/sistem kesehatan umum yang ada. Begitu dasar-dasar ini telah diletakkan maka diperlukan dukungan pendanaan serta tenaga pelaksana yang terlatih untuk dapat mewujudkan program menjadi kegiatan nyata di masyarakat (Aditama TY, 2001).

Mitra TB adalah setiap orang atau kelompok yang memiliki kepedulian, kemauan, kemampuan dan komitmen yang tinggi untuk memberikan dukungan serta kontribusi pada pengendalian TB dengan berperan sesuai

potensinya. Salah satu bentuk kemitraan pengendalian TB adalah kemitraan sinergisitas (*synergistic parthnership*). Berbagai kemitraan dengan LSM telah ada sejak lama meskipun baru tahun 2002 terbentuk kemitraan formal antara pemerintah pusat dan LSM melalui Gerdunas. Meskipun demikian kerjasama koordinasi antara pemerintah dan LSM di daerah masih terbatas (Kemenkes, 2011).

Hasil penelitian Samson tahun 2011 menyatakan bahwa keberhasilan TB di Swaziland mencapai 42% pada 2006, ini dikarenakan tidak adanya koordinasi antara mitra pengendali TB.

2) Pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya.

Pemeriksaan mikroskopis sputum adalah metode yang paling efektif untuk penjarangan terhadap tersangka tuberkulosis paru. WHO merekomendasikan strategi pengawasan tuberkulosis, dilengkapi dengan laboratorium yang berfungsi baik untuk mendeteksi dari mulai awal, tindak lanjutan dan menetapkan pengobatannya. Secara umum pemeriksaan mikroskop merupakan cara yang paling *cost effective* dalam menemukan kasus tuberkulosis. Dalam hal ini, pada keadaan tertentu dapat dilakukan pemeriksaan foto toraks, dengan kriteria-kriteria yang jelas yang dapat diterapkan di masyarakat (Aditama TY, 2001).

Interpretasi dari suatu laboratorium berdasarkan hasil uji silang dinyatakan terdapat kesalahan bila: terdapat Positif Palsu Tinggi (PPT) atau

Negatif Palsu Tinggi (NPT), laboratorium tersebut menunjukkan tren peningkatan kesahan kecil atau kesalahannya lebih tinggi dari rata-rata semua fas yankes di kabupaten /kota tersebut atau bila kesalahan kecil terjadi beberapa kali dalam jumlah yang signifikan, pasien bila terdapat 3 negatif palsu tendah NPR (Kemenkes, 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh Felix tahun 2012 tentang monitoring evaluasi pelaksanaan strategi *DOTS* sebagai upaya penanggulangan TB di Puskesmas yang berada dalam lingkup pembinaan Dinas Kesehatan Kabupaten Subang menunjukkan bahwa penegakan diagnosa TB paru di Puskesmas telah mengikuti alur diagnosis dan dilakukan dengan pemerisaan mikroskop.

3) Pengobatan jangka pendek yang standar bagi semua kasus TB dengan tatalaksana kasus yang tepat, termasuk pengawasan langsung pengobatan

Pemberian obat yang diawasi secara langsung, atau dikenal dengan istilah *DOTS*, pasien diawasi secara langsung ketika menelan obatnya, dimana obat yang diberikan harus sesuai standard. Dalam aturan pengobatan tuberkulosis jangka pendek yang berlangsung selama 6 – 8 bulan dengan menggunakan kombinasi obat anti TB yang adekuat. Pemberian obat harus berdasarkan apakah pasien diklasifikasikan sebagai kasus baru atau kasus lanjutan/kambuh, dan seyogyanya diberikan secara gratis kepada seluruh pasien tuberkulosis.

Pengobatan secara langsung adalah penting setidaknya selama tahap pengobatan intensif (2 bulan pertama) untuk meyakinkan bahwa obat dimakan dengan kombinasi yang benar dan jangka waktu yang tepat. Dengan pengawasan pengobatan secara langsung, pasien tidak memikul sendiri tanggung jawab akan kepatuhan penggunaan obat. Para petugas pelayanan kesehatan, petugas kesehatan masyarakat, pemerintah dan masyarakat semua harus berbagi tanggung jawab dan memberi banyak dukungan kepada pasien untuk melanjutkan dan menyelesaikan pengobatannya. Pengawas pengobatan bisa jadi siapa saja yang berkeinginan, terlatih, bertanggung jawab, dapat diterima oleh pasien dan bertanggung jawab terhadap pelayanan pengawasan pengobatan tuberculosis (www.WHO.int/gtb/policyrd/DOTS.htm).

Salah satu komponen *DOTS* adalah pengobatan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung. Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang PMO. Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya bidan di desa, perawat, pekarya, sanitarian, juru imunisasi, dan lain lain. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota PPTI, PKK, atau tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarga.

Persyaratan PMO

- 1) Seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui, baik oleh petugas kesehatan maupun pasien, selain itu harus disegani dan dihormati oleh pasien.
- 2) Seseorang yang tinggal dekat dengan pasien.
- 3) Bersedia membantu pasien dengan sukarela.
- 4) Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan pasien

Tugas seorang PMO

- 1) Mengawasi pasien TB agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan.
- 2) Memberi dorongan kepada pasien agar mau berobat teratur.
- 3) Mengingatkan pasien untuk periksa ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan.
- 4) Memberi penyuluhan pada anggota keluarga pasien TB yang mempunyai gejala-gejala mencurigakan TB untuk segera memeriksakan diri ke sarana pelayanan kesehatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Felix tahun 2012 tentang monitoring evaluasi pelaksanaan strategi *DOTS* sebagai upaya pengobatan jangka pendek yang standar dengan PMO dalam upaya pengawasan menelan obat, puskesmas menetapkan kader-kader dan keluarga pasien sebagai PMO

2) Jaminan ketersediaan OAT yang bermutu.

Jaminan tersedianya obat secara teratur, menyeluruh dan tepat waktu, sangat diperlukan guna keteraturan pengobatan. Masalah utama dalam hal ini adalah perencanaan dan pemeliharaan stok obat pada berbagai tingkat daerah. Untuk ini diperlukan pencatatan dan pelaporan penggunaan obat yang baik, seperti misalnya jumlah kasus pada setiap kategori pengobatan, kasus yang ditangani pada waktu lalu (untuk memperkirakan kebutuhan), data akurat stok masing-masing gudang yang ada, dan lain-lain (Aditama TY, 2001).

Perencanaan kebutuhan OAT dilaksanakan dengan pendekatan perencanaan dari bawah (*bottom up planning*) dan dilakukan terpadu dengan perencanaan obat lainnya. Perencanaan kebutuhan OAT memperhatikan :

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

Perencanaan kebutuhan OAT dimulai dari:

- 1) Tingkat sarana pelayanan kesehatan.

Setiap sarana pelayanan kesehatan menghitung kebutuhan tahunan, triwulan dan bulanan sebagai dasar permintaan ke Kabupaten/Kota.

2) Tingkat Kabupaten/Kota

Perencanaan kebutuhan OAT di kabupaten/kota dilakukan oleh tim perencanaan obat terpadu daerah kabupaten/kota yang dibentuk oleh kepala dinas kesehatan kab/kota yang anggotanya minimal terdiri dari unsur program, farmasi, bagian perencanaan dinas kesehatan Dan Instalasi Farmasi Kab/Kota (IFK). Disamping rencana kebutuhan OAT KDT, perlu juga direncanakan OAT dalam bentuk paket kombipak atau lepas untukantisipasi efek samping KDT sebanyak 2–5 % dari perkiraan pasien yang akan diobati.

3) Tingkat Provinsi

Provinsi merekapitulasi seluruh usulan kebutuhan masing-masing Kabupaten/Kota dan menghitung kebutuhan *buffer stock* untuk tingkat provinsi, perencanaan ini diteruskan ke pusat. Perencanaan yang disampaikan provinsi ke pusat, sudah memperhitungkan kebutuhan kabupaten/kota yang dapat dipenuhi melalui *buffer stock* yang tersisa di provinsi

4) Tingkat pusat menyusun perencanaan kebutuhan OAT berdasarkan usulan dan rencana: kebutuhan kabupaten/kota, *buffer stock* provinsi, dan *buffer stock* di tingkat pusat.

Penelitian yang dilakukan oleh Bishma Murti di Eks Karisedenan Surakarta tahun 2010, tentang evaluasi program pengendalian TB dengan strategi *DOTS* mengenai jaminan ketersediaan OAT menunjukkan bahwa

kehabisan stok OAT jarang terjadi, namun berdasarkan penelitian Felix dkk tentang monitoring dan evaluasi pelaksanaan strategi *DOTS* sebagai upaya penanggulangan TB di puskesmas yang berada dalam lingkup pembinaan Dinas Kesehatan Subang pada tahun 2012 menyatakan ketersediaan OAT bahwa keterlambatan pendistribusian obat, terutama untuk pasien kategori tiga dan kategori anak.

3) Sistem pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program secara keseluruhan.

Sistem pencatatan dan pelaporan digunakan untuk sistematisasi evaluasi kemajuan pasien dan hasil pengobatan. Sistem ini terdiri dari daftar laboratorium yang berisi catatan dari semua pasien yang diperiksa sputumnya, kartu pengobatan pasien yang merinci penggunaan obat dan pemeriksaan sputum lanjutan (www.WHO.int/gtb/policyrd/DOTS.htm).

Setiap pasien tuberkulosis yang diobati harus mempunyai kartu identitas penderita yang telah tercatat di catatan tuberkulosis yang ada di kabupaten. Kemanapun pasien ini pergi, dia harus menggunakan kartu yang sama sehingga dapat melanjutkan pengobatannya dan tidak sampai tercatat dua kali. Diluar lima komponen penting ini, tentu juga ada beberapa kegiatan lain yang penting, seperti pelatihan, supervisi, jaringan laboratorium, proses jaga mutu (*quality control*) (Aditama TY, 2001).

Penelitian yang dilakukan oleh Bishma Murti di Eks Karisedenan Surakarta (2010), tentang evaluasi program pengendalian TB dengan strategi

DOTS mengenai sistem pencatatan dan pelaporan menunjukkan bahwa ketiadaan data atau informasi tentang TB di dkk, kualitas data yang belum memadai, sebagian puskesmas yang baru menggunakan media kompiuter, dan data yang ada belum dapat di gunakan secara optimal, namun berdasarkan penelitian Felix dkk tentang monitoring dan evaluasi pelaksanaan strategi *DOTS* sebagai upaya penanggulangan TB di puskesmas yang berada dalam lingkup pembinaan Dinas Kesehatan Subang pada tahun 2012 menyatakan bahwa pencacatan dilakukan dengan menggunakan sistem kohort yang merupakan cara pengamatan sistematis untuk mengetahui perkembangan dan keberhasilan pengobatan.

2.4.3 Sumber Daya Manusia Program TB

Untuk terselenggaranya kegiatan penanggulangan TB di setiap sarana pelayanan kesehatan dan di tingkat administrasi dibutuhkan SDM minimal (jumlah dan jenis tenaga).

2.4.3.1 Tingkat Kabupaten/Kota

- 1) Kebutuhan jumlah supervisor terlatih pada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, tergantung beban kerja yang secara umum ditentukan jumlah puskesmas, RS dan sarana pelayanan kesehatan lain di wilayah kerjanya serta tingkat kesulitan wilayahnya. Secara umum seorang supervisor membawahi 10-20 sarana pelayanan kesehatan. Bagi wilayah

yang memiliki lebih dari 20 sarana pelayanan kesehatan dapat memiliki lebih dari seorang supervisor.

- 2) Gerdunas-TB/Tim *DOTS*/Tim TB, dan lain-lainnya, jumlah tergantung kebutuhan.

2.4.3.1 Tingkat Provinsi

- 1) Kebutuhan jumlah supervisor terlatih pada dinas kesehatan provinsi, jumlah tergantung beban kerja yang secara umum ditentukan jumlah puskesmas, RS dan sarana pelayanan kesehatan lain diwilayah kerjanya serta tingkat kesulitan wilayahnya. Secara umum seorang supervisor membawahi 10-20 kabupaten/kota. Bagi wilayah yang memiliki lebih dari 20 kabupaten/kota dapat memiliki lebih dari seorang supervisor.
- 2) Koordinator *DOTS* RS yang bertugas mengkoordinir dan membantu tugas supervisi program pada RS dapat ditunjuk sesuai dengan kebutuhan.
- 3) Gerdunas-TB/Tim *DOTS*/Tim TB, dan lain-lainnya, jumlah tergantung kebutuhan.
- 4) Tim Pelatihan: 1 koordinator pelatihan, 5 fasilitator pelatihan (untuk 25 orang peserta).

2.4.4 Sarana Pelayanan Kesehatan

1) Puskesmas

- a) Puskesmas Rujukan Mikroskopis dan Puskesmas Pelaksana Mandiri: kebutuhan minimal tenaga pelaksana terlatih terdiri dari 1 dokter, 1 perawat/petugas TB, dan 1 tenaga laboratorium.
- b) Puskesmas satelit: kebutuhan minimal tenaga pelaksana terlatih terdiri dari 1 dokter dan 1 perawat/petugas TB.
- c) Puskesmas Pembantu: kebutuhan minimal tenaga pelaksana terlatih terdiri dari 1 perawat/petugas TB.

2) Rumah Sakit Umum Pemerintah dan Swasta

- a) RS kelas A: kebutuhan minimal tenaga pelaksana terlatih terdiri dari 6 dokter, 3 perawat/petugas TB, dan 1 tenaga laboratorium.
- b) RS kelas B: kebutuhan minimal tenaga pelaksana terlatih terdiri dari 6 dokter, 3 perawat/petugas TB, dan 1 tenaga laboratorium.
- c) RS kelas C: kebutuhan minimal tenaga pelaksana terlatih terdiri dari 4 dokter, 2 perawat/petugas TB, dan 1 tenaga laboratorium.
- d) RS kelas D, RSTP dan BP4: kebutuhan minimal tenaga pelaksana terlatih terdiri dari 2 dokter, 2 perawat/petugas TB, dan 1 tenaga laboratorium.

3) Dokter Praktek Swasta

minimal telah dilatih program penanggulangan TB.

2.4.5 Pengembangan Sumber Daya Manusia Program TB

Pengembangan Sumber Daya Manusia (SDM) adalah suatu proses yang sistematis dalam memenuhi kebutuhan ketenagaan yang cukup dan bermutu sesuai kebutuhan. Proses ini meliputi kegiatan penyediaan tenaga, pembinaan (pelatihan, supervisi, *kalakarya/on the job training*), dan kesinambungan (*sustainability*).

Tujuan pengembangan SDM dalam program TB adalah tersedianya tenaga pelaksana yang memiliki keterampilan, pengetahuan dan sikap (dengan kata lain “kompeten”) yang diperlukan dalam pelaksanaan program TB, dengan jumlah yang memadai pada tempat yang sesuai dan pada waktu yang tepat sehingga mampu menunjang tercapainya tujuan program TB nasional. Pengembangan SDM tidak hanya berkaitan dengan pelatihan tetapi meliputi keseluruhan manajemen pelatihan dan kegiatan lain yang diperlukan untuk mencapai tujuan jangka panjang pengembangan SDM yaitu tersedianya tenaga yang kompeten dan profesional dalam penanggulangan TB.

2.4.6 Pembiayaan dan regulasi dalam pengendalian TB

Komitmen pemerintah dalam pembiayaan kesehatan untuk program TB semakin meningkat. Pada tahun 2009, alokasi anggaran kesehatan pemerintah untuk operasional program TB sebesar 145 milyar rupiah, meningkat 7,1% dibandingkan tahun sebelumnya sebesar 135 milyar rupiah. Meskipun meningkat, akan tetapi kontribusi pemerintah tersebut hanya mencukupi 23,4% dari total kebutuhan satu tahun sebesar 621,5 milyar rupiah. Kesenjangan pendanaan tersebut dipenuhi

melalui bantuan donor internasional yang jumlahnya mencapai 269,36 milyar pada Tahun 2009, atau sebesar 45% dari tahun sebelumnya.

Peningkatan kebutuhan anggaran untuk program pengendalian TB di Indonesia dipicu oleh keinginan untuk percepatan dalam pencapaian target pembangunan milenium. Meskipun terdapat dana dari pemerintah pusat dan daerah serta dana internasional yang cukup besar, pada tahun 2010 masih terdapat kekurangan dana sebesar 31% dari total kebutuhan program. Proporsi kekurangan dana ini telah menurun dari tahun 2009 (39%). Strategi pembiayaan yang harus dilakukan untuk menutup kesenjangan tersebut adalah meningkatkan sumber pembiayaan kesehatan nasional dan daerah untuk program TB. Sampai dengan saat ini, komitmen daerah (provinsi dan kabupaten/kota) untuk membiayai program TB masih relatif rendah, yaitu sekitar 45%-49% dari anggaran pemerintah pusat. Kapasitas fiskal (*fiscal space*) untuk peningkatan anggaran kesehatan program TB di daerah masih terbuka lebar. Peningkatan komitmen daerah harus terus diupayakan dalam kerangka desentralisasi kesehatan. Selain itu, kebijakan alokasi anggaran (*resource allocation policy*) menjadi hal yang penting dalam mendorong keberlangsungan pembiayaan kesehatan bagi program pengendalian TB nasional. Dengan alokasi anggaran yang tepat dan asumsi pertumbuhan ekonomi daerah yang mencapai angka 6-7% (Badan Pusat Statistik).

Harapan dalam waktu lima tahun ke depan (2010-2014) kesenjangan anggaran kesehatan program TB dapat berkurang dari 31% di tahun 2010 menjadi 13-15% pada tahun 2014. Penurunan kesenjangan ini dapat dicapai dengan

mengutamakan peningkatan kemampuan daerah dan penguatan komitmen daerah untuk mencapai target indikator pembangunan milenium 2015 (Kemenkes RI, 2011).

2.4.6 Kemitraan dalam penanggulangan TB

Kemitraan program penanggulangan TB merupakan upaya untuk melibatkan berbagai sektor, baik dari pemerintah, legislatif, swasta, perguruan tinggi/kelompok akademisi, kelompok organisasi masyarakat (organisasi pengusaha dan organisasi pekerja, kelompok media massa, organisasi profesi, LSM, organisasi keagamaan, organisasi internasional) dalam upaya percepatan penanggulangan TB secara efektif, efisien dan berkesinambungan. Hal ini penting, mengingat:

- 1) Beban masalah TB yang tinggi.
- 2) Keterbatasan sektor pemerintah.
- 3) Potensi keterlibatan sektor lain.
- 4) Keberlanjutan program.
- 5) Akuntabilitas, mutu, transparansi

2.4.7 Kemitraan TB diwujudkan melalui :

- 1) Meningkatkan koordinasi.
- 2) Meningkatkan komunikasi
- 3) Meningkatkan sumber daya, kemampuan dan kekuatan bersama dalam upaya mencapai target program nasional dalam penanggulangan TB.
- 4) Meningkatkan komitmen.
- 5) Membuka peluang untuk saling membantu

Kemitraan TB dilaksanakan dengan prinsip kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan.

2.4.8 Indikator Program TB

Untuk menilai kemajuan atau keberhasilan penanggulangan TB digunakan beberapa indikator. Indikator penanggulangan TB secara Nasional ada 2 yaitu:

1) Angka Penemuan Pasien baru TB BTA positif *Case Detection Rate (CDR)*.

Adalah persentase jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dibandingkan jumlah pasien baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut. *CDR* menggambarkan cakupan penemuan pasien baru BTA positif pada wilayah tersebut.

Penelitian yang dilakukan oleh Bishma Murti di Eks Karisedenan Surakarta (2010), tentang evaluasi program pengendalian TB dengan strategi *DOTS* mengenai angka penemuan kasus/*CDR*, menyatakan bahwa di temukan rata-rata *CDR* dibawah target, faktor penyebabnya: kesulitan mengeluarkan dahak, hanya mengandalkan *passive case finding*, dan penerapan estimasi seragam seluruh indonesia.

2) Angka Kesembuhan /*Cure Rate (CR)*.

Angka kesembuhan adalah angka yang menunjukkan persentase pasien TB BTA positif yang sembuh setelah selesai masa pengobatan, diantara pasien baru TB paru BTA positif yang tercatat.

Selain itu ada beberapa indikator proses untuk mencapai indikator Nasional tersebut di atas, yaitu:

- 1) Angka Penjaringan Suspek.
- 2) Proporsi Pasien TB paru BTA positif diantara Suspek yang diperiksa dahaknya.
- 3) Proporsi Pasien TB paru BTA positif diantara seluruh pasien TB paru.
- 4) Proporsi pasien TB anak diantara seluruh pasien.
- 5) Angka Notifikasi Kasus (*CNR*).
- 6) Angka Konversi.
- 7) Angka Keberhasilan Pengobatan (*SR*).
- 8) Angka Kesalahan Laboratorium

Penelitian yang dilakukan oleh Bishma Murti di Eks Karisedenan Surakarta (2010), tentang evaluasi program pengendalian TB dengan strategi *DOTS*, menyatakan bahwa angka kesembuhan menunjukkan bahwa masih banyak puskesmas yang belum mencapai angka kesembuhan yang di harapkan. Faktor penyebabnya adalah putus obat, minum obat tidak teratur, kebosanan minum obat, kurangnya motivasi pasien dan persepsi pasien yang kurang memuaskan.

2.4.9 Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan dan evaluasi merupakan salah satu fungsi manajemen untuk menilai keberhasilan pelaksanaan program. Pemantauan 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. Evaluasi dilakukan setelah suatu jarak-waktu (interval) lebih lama,

biasanya setiap 6 bulan s/d 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. Seluruh kegiatan harus dimonitor baik dari aspek masukan (*input*), proses, maupun keluaran (*out put*). Cara pemantauan dilakukan dengan menelaah laporan, pengamatan langsung dan wawancara dengan petugas pelaksana maupun dengan masyarakat sasaran. Dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi, diperlukan suatu sistem pencatatan dan pelaporan baku yang dilaksanakan dengan baik dan benar.

2.5 Manajemen Strategi DOTS

Manajemen adalah proses pengaturan kegiatan secara profesional, sedangkan proses untuk mengatur kegiatan-kegiatan atau pelayanan kesehatan masyarakat disebut manajemen pelayanan kesehatan masyarakat (Soekidjo N, 2011)

Pelayanan kesehatan masyarakat dalam manajemen pada hakikatnya merupakan suatu sistem. Strategi *DOTS* merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan masyarakat. Sistem terbentuk dari elemen atau bagian yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Secara garis besar elemen dalam sistem itu adalah sebagai berikut :

2.5.1 Masukan (*Input*)

Input dalam administrasi adalah segala sesuatu yang dibutuhkan untuk dapat melaksanakan pekerjaan administrasi. Masukan menurut Koontz dan Donnellis

membedakan atas 4 yakni: manusia (*man*), modal (*capital*), manajerial (*managerial*) dan teknologi (*teknologi*) (Azwar, 2010).

2.5.2 Proses

Proses (*Process*) dalam administrasi adalah langkah-langkah yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Proses ini dikenal pula dengan nama fungsi administrasi (*functions of administration*). Pada saat ini dikenal beberapa pembagian proses dan fungsi administrasi tersebut. Menurut George R Terry dalam administrasi Kesehatan (2010) membedakan fungsi administrasi atas empat macam yaitu perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), penggerakan (*actuating*) dan pengawasan (*controlling*) yang terkenal dengan singkatan *POAC* (Azwar, 2010).

2.5.3 Keluaran

Keluaran (*output*) adalah hasil dari suatu pekerjaan administrasi. Untuk administrasi kesehatan keluarannya dikenal dengan nama pelayanan kesehatan (*health services*).

2.5.4 Sasaran

Sasaran (*target group*) adalah kepada siapa keluaran yang dihasilkan atau kepada siapa upaya kesehatan itu ditujukan. Untuk administrasi kesehatan sasaran yang dimaksud disini dapat dibedakan atas empat macam yakni perseorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Dapat bersifat sasaran langsung (*direct target*

group) ataupun bersifat sasaran tidak langsung (*indirect target group*) (Azwar, 2010).

2.5.5 Dampak

Dampak (*impact*) adalah akibat yang ditimbulkan oleh keluaran. Untuk administrasi kesehatan dampak yang diharapkan adalah makin meningkatnya derajat kesehatan. Peningkatan derajat kesehatan ini hanya dapat dicapai apabila kebutuhan (*needs*) dan tuntutan (*demans*) perseorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat terhadap kesehatan dan pelayanan kesehatan terpenuhi. Kebutuhan dan tuntutan ini adalah sesuatu yang terdapat pada pihak pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*) (Azwar, 2010).

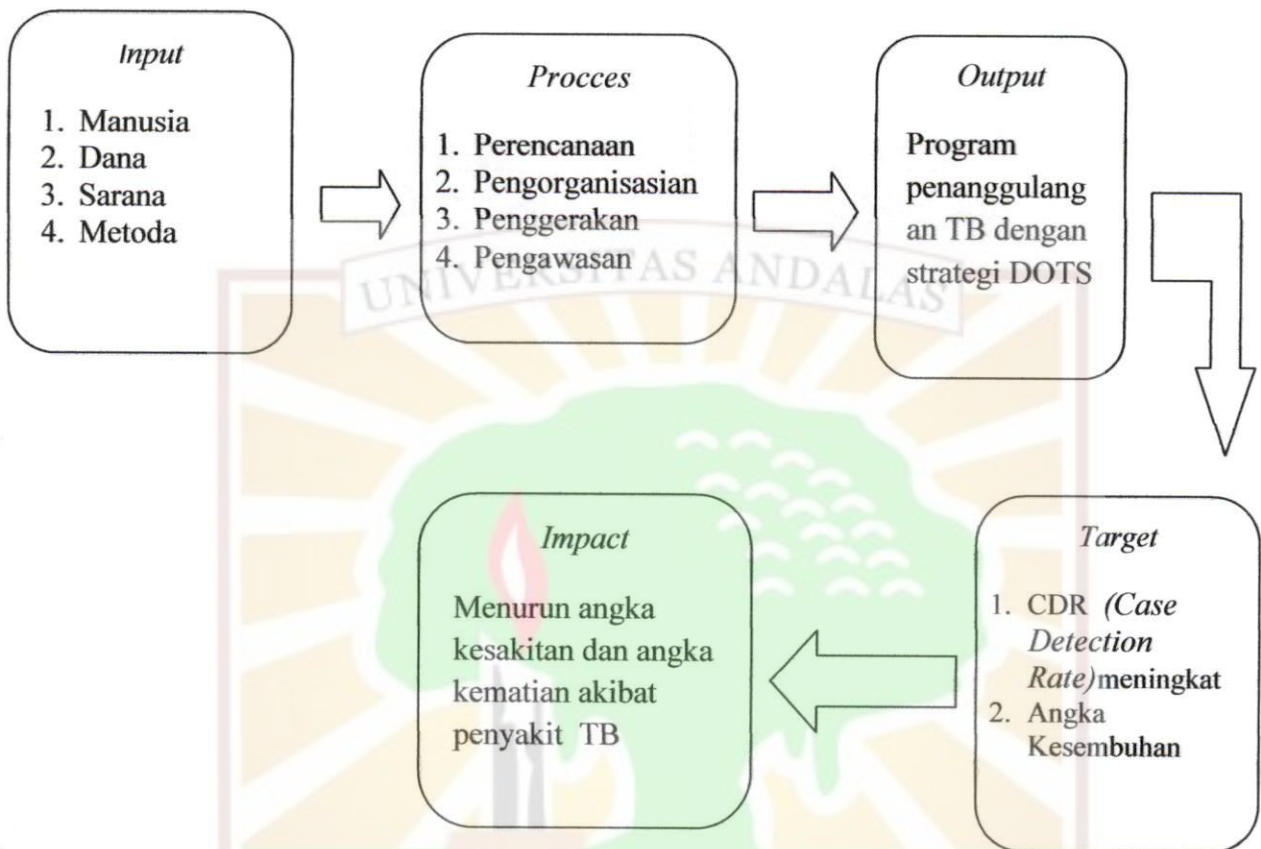
2.5.6 Lingkungan (*Enviroment*)

Lingkungan adalah dunia luar diluar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem.

2.6 Kerangka Teori

Kerangka teori penelitian ini menggunakan pendekatan administrasi kesehatan, dimana ada lima unsur yang berperan penting dalam menentukan berhasil atau tidaknya pelaksanaan administrasi kesehatan yaitu *input*, *process*, *output*, *impact* dan *target* (Azwar, 2010)

Kerangka teori yang digunakan dapat dilihat pada gambar berikut ini :



Gambar 2.1 Alur Pikir Azwar, 2010

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan latar belakang masalah, tinjauan pustaka dan kerangka teori yang telah diuraikan sebelumnya, maka disusunlah kerangka konsep penelitian sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

3.2 Definisi Operasional

Agar memudahkan identifikasi dan menghindari terjadinya pemaknaan ganda dalam penelitian ini, maka diperlukan definisi operasional. Pada tabel dibawah ini akan dibuat definisi istilah, cara pengumpulan data dan instrumen penelitian yang akan digunakan.

Tabel 3.1 Definisi istilah, cara pengumpulan data dan instrumen penelitian

No	Definisi Istilah	Cara Pengumpulan Data	Instrumen Penelitian
1	<p><i>Input</i> Komitmen politis adalah keputusan pemerintah untuk menjadikan tuberkulosis sebagai prioritas penting/utama dalam program kesehatan.</p>	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman wawancara mendalam, telaah dokumen
2	<p><i>Process</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="238 1078 700 1367">1. Pemeriksaan dahak yg terjamin mutunya adalah pemeriksaan dahak yang dilakukan dilaboratorium yang terjamin mutunya, sesuai standar dan dilaksanakan oleh tenaga terampil dan kompeten untuk mendeteksi BTA positif. <li data-bbox="238 1410 700 1803">2. Pengobatan Jangka Pendek yang standar adalah pengobatan tuberkulosis jangka pendek yang berlangsung selama 6 – 8 bulan dengan menggunakan kombinasi obat anti TB yang adekuat, pasien diawasi secara langsung oleh PMO ketika menelan obatnya, dimana obat yang diberikan harus sesuai standard. 	<p>Wawancara mendalam, fokus group diskusi, telaah dokumen</p> <p>Wawancara mendalam, fokus group diskusi, telaah dokumen</p>	<p>Pedoman wawancara mendalam, pedoman fokus group diskusi, telaah dokumen</p> <p>Pedoman wawancara mendalam, pedoman fokus group diskusi, telaah dokumen</p>

3. Jaminan ketersediaan OAT adalah tersedianya Obat Anti Tuberkulosa (OAT) secara teratur, menyeluruh dan tepat waktu.	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman Wawancara mendalam,
4. Sistem Pencatatan dan Pelaporan adalah pencatatan semua, hasil kegiatan, pencapaian kegiatan program TB dan melaporkan ke pihak yang telah ditentukan dengan tepat waktu.	Telaah dokumen	Telaah dokumen, daftar ceklist dan catatan.
3 Output		
1. <i>Case Detection Rate (CDR)</i> Persentase jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dan diberi pengobatan. Target Program minimal 70%.	Telaah dokumen	Daftar ceklist dan catatan.
2. <i>Angka Kesembuhan (Cure Rate)</i> Angka yang menunjukkan persentase pasien baru TB BTA positif yang sembuh setelah selesai pengobatan.	Telaah dokumen	Daftar ceklist dan catatan

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan suatu rancangan penelitian studi kebijakan (*policy study*) dengan metode kualitatif. Dari penelitian ini diharapkan dapat menggali informasi yang mendalam tentang penerapan strategi *DOTS* untuk penanggulangan TB paru di Kota Sawahlunto Tahun 2013.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Puskesmas, Rumah Sakit di wilayah Kota Sawahlunto dan Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto dan dilaksanakan pada bulan Maret 2013 s/d Januari 2014

4.3 Informan Penelitian

Pemilihan informan dalam penelitian ini secara *purposive sampling* dan *snowball sampling*. *Purposive sampling* yaitu pemilihan informan yang dianggap mengetahui masalahnya secara lebih luas dan mendalam serta dapat dipercaya sebagai sumber data. Sedangkan *snowball sampling* adalah teknik pengambilan sampel dari sumber data yang pada awal mulanya sedikit lama-lama menjadi besar, hal ini dilakukan karena dari jumlah sumber data yang sedikit tersebut belum mampu memberikan data yang memuaskan, maka dicari orang lain lagi yang dapat dijadikan

sebagai sumber data. Pemilihan informan dapat berkembang sesuai dengan kebutuhan peneliti dalam memperoleh data yang akurat. (Sugiyono, 2012).

Informan yang diambil adalah mereka yang relevan dengan masalah penelitian ini yaitu: penerapan strategi *DOTS* untuk penanggulangan TB paru di Kota Sawahlunto tahun 2013. Informan yang terpilih adalah :

- 1) Walikota Sawahlunto 1 orang
- 2) Ketua DPRD Kota Sawahlunto 1 orang.
- 3) Kepala Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto, 1 orang
- 4) Wakil Supervisor (Wasor) TB. Paru Kota Sawahlunto, 1 orang.
- 5) Pemegang Program TB paru Puskesmas
- 6) Dokter Puskesmas
- 7) Analis Kesehatan Puskesmas.
- 8) Penderita TB dan PMO dari Puskesmas.

Pengambilan sampel puskesmas berdasarkan *cluster sampling* yaitu puskesmas dikelompokkan berdasarkan pencapaian target *CDR* tahun 2012 merujuk pada target yang ditetapkan oleh Kemenkes Republik Indonesia yaitu 70%.

- 1) Satu Puskesmas dengan pencapaian rendah yaitu Puskesmas Silungkang dimana pencapaian target BTA positifnya 31,3%, maka terpilih Puskesmas Silungkang sebagai kelompok rendah.

- 2) Satu puskesmas dengan pencapaian sedang atau mencapai target yaitu Puskesmas Kampung Teleng dimana pencapaian target BTA positifnya 72,7%, maka terpilih Puskesmas Kampung Teleng sebagai kelompok rendah.
- 3) Satu Puskesmas dengan pencapaian tinggi atau jauh melebihi target yaitu Puskesmas Lunto dimana pencapaian target BTA positifnya 112,5%, maka terpilih Puskesmas Lunto sebagai kelompok rendah.

Untuk mendapatkan data pada proses dilakukan pula Fokus Group Discussion (FGD) terhadap pasien TB dan petugas. FGD pada masyarakat dilakukan pada penderita TB paru dari masing-masing puskesmas puskesmas 1 orang dan FGD pada petugas dilakukan pada pemegang program TB dari masing-masing puskesmas juga 1 orang.

4.4 Instrumen Penelitian

Alat yang digunakan dalam penelitian ini berupa pedoman wawancara mendalam dan pedoman FGD, daftar telaah dokumen, catatan lapangan serta tape recorder.

4.5 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan :

- 1) wawancara mendalam (*indepth interview*) merupakan salah satu teknik pengumpulan data kualitatif, dimana wawancara dilakukan antara seorang responden dengan pewawancara yang terampil, yang ditandai dengan penggalan yang mendalam dan menggunakan pertanyaan terbuka (Kresno,

2000). Pada penelitian ini wawancara mendalam dimaksudkan untuk memperoleh data tentang komitmen politis, teknik pemeriksaan dahak, pengobatan jangka pendek terhadap penderita TB dan ketersediaan obat OAT.

- 2) Fokus Group Diskusi (FGD) adalah suatu teknik dalam mengumpulkan data kualitatif, dimana sekelompok orang berdiskusi dengan pengarahannya dari seorang moderator atau fasilitator mengenai suatu topik. Peserta terdiri dari 6-12 orang, kelompok harus kecil sehingga memungkinkan individu untuk mengeluarkan pendapat. FGD pada penelitian ini bertujuan melakukan konfirmasi atas data-data yang diperoleh melalui wawancara mendalam dan telaah dokumen serta hasil observasi (Kresno, 2000).
- 3) Observasi merupakan bagian yang sangat penting dalam penelitian kualitatif. Dengan observasi peneliti dapat mendokumentasikan dan merefleksikan secara sistematis terhadap kegiatan dan interaksi subjek penelitian. Observasi pada penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan data sarana prasarana, ketersediaan obat dan logistik TB, bukti pemeriksaan dahak (Basrowi, 2010).
- 4) Telaah dokumen merupakan pelengkap dari penggunaan metode wawancara dan observasi dalam penelitian kualitatif, dalam penelitian ini telaah dokumentasi bertujuan untuk memperoleh data dokumentasi kebijakan, surat keputusan penempatan tenaga, surat perintah tugas, dokumen obat keluar masuk dan lain-lain (Sugiyono, 2012).

Dalam mengumpulkan data peneliti sendiri bertindak sebagai pewawancara dan penelaah dokumen. Pada FGD peneliti dibantu oleh fasilitator yang telah diberikan penjelasan dalam menggunakan pedoman FGD. Data primer didapat dari

hasil wawancara mendalam dengan informan dengan menggunakan pedoman wawancara dan FGD serta direkam dengan tape recorder. Sedangkan data sekunder diperoleh dari telaah dokumen dan observasi.

Wawancara dilakukan secara semi terstruktur dengan menggunakan pedoman wawancara dan pedoman FGD tetapi pelaksanaannya lebih bebas dan tidak terikat dengan panduan wawancara yang telah disiapkan. Pewawancara dapat memperdalam suatu informasi spesifik yang muncul dari informan tetapi tidak terdapat dalam panduan wawancara. Hal ini bertujuan untuk menemukan masalah lebih terbuka dan informan dapat mengemukakan pendapat atau idenya. Telaah dokumen dilakukan dengan menggunakan daftar telaah dokumen untuk mendapatkan data yang berkaitan dengan P2 TB paru.

4.6 Analisis Data

Setelah data terkumpul maka akan dilakukan pengolahan dan analisa data dengan menggunakan analisis kualitatif sebagai berikut :

4.6.1 Membuat transkrip data

Menyalin informasi yang direkam menjadi catatan, setiap sumber diberi kode agar data dapat ditelusuri kembali jika kurang.

4.6.2 Reduksi Data

Adalah merangkum seluruh data, melakukan seleksi, pengkodean, membuat kategorisasi dan membuat catatan kaki, memfokuskan kepada hal-hal yang penting,

menyederhanakan dan dicari polanya dari data yang kasar yang telah diperoleh dilapangan.

4.6.3 Penyajian Data

Hasil dari reduksi data disajikan dalam bentuk teks yang naratif, merupakan suatu laporan sistematis dan mudah dipahami. Penyajian data merupakan sekumpulan informasi yang telah disusun sedemikian rupa dari hasil reduksi data.

4.6.4 Pengambilan Kesimpulan

Pengambilan kesimpulan dilakukan dengan melihat hasil reduksi data dan penyajian data dengan mengambil intinya serta tetap mengacu pada rumusan masalah dan tujuan penelitian (Miles dan Huberman, 1992)

4.7 Validasi Data

Pemeriksaan validitas data penelitian untuk menghasilkan data yang lengkap dan valid. Data dapat juga berasal dari sumber lain yang berkaitan dengan penelitian. Validitas data dilakukan dengan triangulasi, yaitu pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara dan berbagai waktu.

Metode triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi Metode, triangulasi sumber dan triangulasi dokumen. Triangulasi metode menguji kredibilitas data dengan cara menggunakan beberapa metode pengumpulan data, yaitu metode wawancara mendalam dilakukan juga FGD. Triangulasi sumber yaitu triangulasi yang dilakukan dengan menggunakan kelompok informan yang berbeda,

triangulasi dokumen yaitu triangulasi yang dilakukan dengan melihat dokumen yang ada (Sugiyono, 2012).

Tabel 2.5 Matrik Triangulasi Model

Triangulasi Model	FGD	Wawancara Mendalam
Triangulasi Sumber		
Walikota		+
Ketua DPRD		+
Kepala Dinas Kesehatan		+
Wasor TB Kabupaten		+
Pemegang Program TB paru Puskesmas	+	+
Dokter Puskesmas		+
Analisis Kesehatan Puskesmas		+
Penderita TB	+	+
Pengawas Minum Obat (PMO)		+

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Umum Kota Sawahlunto

5.1.1 Keadaan Geografis

Kota Sawahlunto terletak antara $0^{\circ} 33' 40''$ - $0^{\circ} 48' 33''$ Selatan dan $100^{\circ} 41' 59''$ - $100^{\circ} 49' 60''$ Bujur Timur, tercatat memiliki luas 27.344,7 Ha atau sekitar 0,65 persen dari luas Propinsi Sumatera Barat. Jarak dari Kota Sawahlunto ke Kota Padang (Ibu Kota Propinsi Sumatera Barat) adalah 94 Km, dapat ditempuh melalui jalan darat dalam waktu sekitar 2 jam dengan kendaraan roda empat. Secara administratif Kota Sawahlunto terdiri dari 4 Kecamatan, 10 Kelurahan dan 27 desa, dengan rincian :

- Kecamatan Talawi : 11 desa
- Kecamatan Barangin : 4 kelurahan dan 6 desa
- Kecamatan Lembah Segar : 6 kelurahan dan 5 desa
- Kecamatan Silungkang : 5 desa

Secara administratif, Kota Sawahlunto berbatasan dengan :

- Sebelah Utara dengan Kabupaten Tanah Datar
- Sebelah Selatan dengan Kabupaten Solok
- Sebelah Barat dengan Kabupaten Sawahlunto Sijunjung
- Sebelah Timur dengan Kabupaten Solok

Dilihat dari luas wilayah maka kecamatan paling kecil adalah Kecamatan Silungkang dengan luas 32,93 Km² dan yang paling luas adalah Kecamatan Talawi yakni 99,39 km², diikuti kecamatan Barangin dengan luas 88,55 Km² dan Lembah Segar 52,58 Km²

5.1.2 Keadaan Penduduk

Mayoritas penduduk Kota Sawahlunto beragama Islam. Dari data BPS Kota Sawahlunto, jumlah penduduk Kota Sawahlunto Tahun 2011 adalah 56.866 jiwa, dengan jumlah penduduk laki-laki 28.161 jiwa dan penduduk perempuan 28.705 jiwa, sehingga rata-rata kepadatan penduduknya adalah 207.77 jiwa per-km²

5.1.3 Keadaan Lingkungan

Untuk menggambarkan keadaan lingkungan akan disajikan indikator persentase rumah sehat, keluarga yang memiliki akses air minum, kepemilikan sarana sanitasi dasar serta tempat-tempat umum dan pengelolaan makanan.

5.1.3.1 Rumah Sehat.

Cakupan rumah sehat pada tahun 2012 mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2011, dimana jumlah rumah sehat pada tahun 2011 sebanyak 74,09 % (8747 rumah) naik menjadi 75,2 % (9440 rumah) di tahun 2012. Meningkatnya cakupan rumah sehat di Kota Sawahlunto menggambarkan semakin tingginya kepedulian masyarakat akan kebutuhan tempat tinggal yang nyaman dan sehat. Disamping itu peranan pemerintah daerah yang cukup besar dalam peningkatan pembangunan kota dengan bersinerginya berbagai program pembangunan baik yang dibiayai oleh

pemerintah pusat maupun oleh provinsi dan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) Kota Sawahlunto seperti program Proyek Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) Mandiri, Proyek Penanggulangan Kemiskinan di Perkotaan (P2KP), Sarana prasarana, Dana Alokasi Khusus (DAK) yang dilaksanakan oleh lintas Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) dan sebagainya yang kesemuanya bermuara kepada peningkatan kualitas lingkungan pemukiman.

5.1.3.2 Kepemilikan Sarana Sanitasi Dasar

Sarana sanitasi dasar yang dimiliki oleh keluarga di Kota Sawahlunto meliputi jamban keluarga, tempat pembuangan sampah, saluran pembuangan air limbah dan sarana air bersih. Jumlah keluarga yang memiliki dan menggunakan sarana air bersih pada tahun 2012 sebanyak 14.064 KK (92,7%), rumah yang memiliki jamban sebanyak 9.881 (78,7%) dan rumah dengan Saluran Pembuangan Air Limbah sebanyak 8.877 (70,7%).

5.1.4 Keadaan Perilaku Masyarakat

Untuk menggambarkan perilaku masyarakat yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat disajikan beberapa indikator yang ada pada indikator PHBS, dalam peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat ini pada tahun 2012 telah dilakukan pembinaan terhadap 9.502 rumah tangga namun dari 9.502 Rumah Tangga yang dibina ini, hanya 2014 rumah tangga atau 21.2 % Rumah Tangga yang PHBS. Capaian ini masih rendah dibandingkan target yang ditentukan provinsi yaitu 70% .

Apabila satu saja dari indikator PHBS ini tidak terpenuhi, otomatis rumah tangga tersebut dikatakan tidak PHBS. Dari indikator PHBS ini, yang sangat menjadi masalah dan menjatuhkan capaian rumah tangga PHBS adalah indikator tidak merokok dalam ruangan, karena itu pada tahun 2012 pembinaan PHBS lebih dititikberatkan kepada indikator ***Tidak Merokok dalam Ruangan***.

Indikator tidak merokok dalam ruangan memang sangat sulit untuk diangkat, karena hal ini sangat berhubungan dengan perilaku individu. Sebagian masyarakat beranggapan hal ini adalah hak azazi, padahal efek dari perilaku mereka sangat membahayakan kesehatan mereka serta orang-orang yang ada didekatnya. Walaupun telah dilaksanakannya survei rokok pada tahun 2012 dan hasil survei ini pun telah dilokakaryakan kepada seluruh masyarakat Kota Sawahlunto, namun masalah rokok harus tetap terus disosialisasikan di Kota Sawahlunto.

5.2 Data Kualitatif

Data kualitatif didapatkan dari wawancara mendalam dengan informan dari Walikota Sawahlunto, Ketua DPRD Kota Sawahlunto, Kepala Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto, pemegang program TB puskesmas, analis, dokter puskesmas, PMO, dan melakukan FGD penderita TB paru, FGD pemegang program TB paru di Puskesmas di Kota Sawahlunto.

Tabel 5.1. Karakteristik Informan Wawancara Mendalam dan FGD

No	Kode Informan	Inisial	Jabatan
1	Informan 1	I1	Walikota Sawahlunto
2	Informan 2	I2	Ketua DPRD Kota Sawahlunto
3	Informan 3	I3	Kepala Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto
4	Informan 4	I4	Wasor TB Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto
5	Informan 5	I5P1	Pemegang Program TB Puskesmas Lunto
6		I5P2	Pemegang Program TB Puskesmas Teleng
7		I5P3	Pemegang Program TB Puskesmas Silungkang
8	Informan 6	I6P1	Dokter Puskesmas Lunto
9		I6P2	Dokter Puskesmas Teleng
10		I6P3	Dokter Puskesmas Silungkang
11	Informan 7	I7P1	Analisis Kesehatan Puskesmas Lunto
12		I7P2	Analisis Kesehatan Puskesmas Teleng
13		I7P3	Analisis Kesehatan Puskesmas Silungkang
14	Informan 8	I8P1	Penderita TB Puskesmas Lunto
15		I8P2	Penderita TB Puskesmas Teleng
16		I8P3	Penderita TB Puskesmas Silungkang
17	Informan 9	I9P1	PMO Pasien TB Puskesmas Lunto
18		I9P2	PMO Pasien TB Puskesmas Teleng
19		I9P3	PMO Pasien TB Puskesmas Silungkang
20	Informan 10	I10P1	FGD Pemegang Program Puskesmas Lunto
21		I10P2	FGD Pemegang Program Puskesmas Teleng
22		I10P3	FGD Pemegang Program Puskesmas Silungkang
23	Informan 11	I11P1	FGD Penderita TB Puskesmas Lunto
24		I11P2	FGD Penderita TB Puskesmas Teleng
25		I11P3	FGD Penderita TB Puskesmas Silungkang
26	Informan 12	I12P4	Penderita Suspek TB
27	Informan 13	I13RS	Pemegang Program TB Rumah Sakit

5.2.1 Komitmen Politik

Hasil wawancara mendalam dengan Walikota dan ketua DPRD Kota Sawahlunto tentang komitmen politis menyatakan bahwa komitmen pemerintah sudah ada tetapi masih kurang terlihat karena belum ada kebijakan tertulis, komitmen ini dapat juga dilihat dari disetujuinya anggaran untuk

kegiatan penanggulangan TB paru yang di usulkan dinas kesehatan Kota Sawahlunto walaupun dana ini belum mencukupi, hal ini sesuai dengan hasil wawancara sebagai berikut:

“...Pemerintah Kota Sawahlunto sangat peduli dengan seluruh masalah kesehatan bukan hanya kasus TB tetapi seluruh masalah kesehatan. (informan I1)

“...Peraturan daerah yang khusus tentang penanggulangan TB tidak ada saya hanya memerintahkan kepada kepala dinas kesehatan, melalui rapat kepala dinas untuk melakukan pencarian kasus TB dari rumah ke rumah. (informan I1)

“...Kebijakan di bidang kesehatan saya serahkan pada dinas kesehatan. Saya menyetujui saja, karena mereka yang paling tau masalah kesehatan. Kebijakan saya hanya berupa himbauan untuk memeriksakan diri ke Puskesmas atau pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat. (informan I1)

“...Kalau mengenai anggaran saya tidak ingat lagi tapi untuk program TB paru tiap tahun selalu ada di usulkan dari dinas kesehatan dan berapa di setujui saya tidak ingat lagi. (informan I1)

Hal ini juga ditegaskan dalam hasil wawancara dengan Ketua DPRD Kota Sawahlunto yang menyatakan sangat berkomitmen dalam penanggulangan penyakit-penyakit yang ada di masyarakat Kota Sawahlunto serta disetujuinya anggaran untuk program penanggulangan TB. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara di bawah ini:

“....Kami sangat berkomitmen dalam penanggulangan penyakit-penyakit yang ada di Kota Sawahlunto bukan hanya TB paru. Kesehatan masyarakat merupakan prioritas dalam pembangunan Kota Sawahlunto

“....Ya kalau bentuk kami salah satunya dapat di lihat dari disetujuinya anggaran untuk program TB dalam beberapa tahun terakhir (I2)

“....Proses penganggaran berdasarkan usulan dari Dinas Kesehatan yang diikuti dengan data-data yang ril untuk mendukung usulan kegiatan tersebut. Sejauh ini kalau kegiatannya realistis kami di DPRD menyetujui aja. Tahun 2011 dan 2012 yang dianggarkan PMT untuk pasien dan petugas labor (I2)

Hal ini didukung hasil wawancara mendalam Kepala Dinas Kesehatan yang menyatakan bahwa komitmen Walikota bagus namun dukungan

tersebut masih bersifat himbauan untuk memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan untuk pembentukan tim TB Kota belum ada dan juga tersedianya anggaran untuk kegiatan penanggulangan TB paru dalam beberapa tahun terakhir dari APBD Kota Sawahlunto, sesuai dengan hasil wawancara sebagai berikut:

“....Komitmennya bagus... sesuai dengan visi untuk melayani masyarakat (13)

“.....Terlihat dengan adanya himbauan Walikota untuk memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan dan terlihat dengan disetujuinya anggaran untuk program TB, kalau disini tim TB Kota belum ada (13)

Secara teknis Kepala Dinas kesehatan sebagai penanggung jawab pelaksanaan program penanggulangan TB paru di Kota Sawahlunto, komitmennya sudah terlihat dengan menjadikan program TB paru menjadi salah satu program proiritas di Dinas kesehatan Kota Sawahlunto, serta sudah mempunyai strategi dalam upaya peningkatan penemuan kasus TB paru yaitu dengan upaya pemetaan masalah kesehatan (*mapping*) dan mewajibkan setiap petugas harus mempunyai rumah binaan. Strategi tersebut belum tertuang dalam bentuk tertulis hanya di sampaikan dalam rapat koordinasi pimpinan puskesmas, sesuai hasil wawancara di bawah ini:

“.....Kalau prioritas hampir sama semua, terutama program-program MDG's, inikan termasuk MDG's 6 kita memang lebih memprioritaskan kegiatan-kegiatan kemasyarakatan, kita pencarian suspek, pola hidup bersih dan sehat, TB paru sekarang mau turun ni.. setiap petugas harus mempunyai rumah binaan karena 2012 anjlok 2013 smester 1 masih rendah, smester ini mulai maping, setiap petugas punya rumah binaan sendiri dan melaporkan masalah-masalah yang ada ke puskesmas yang kemudian menjadi program prioritas(13)

Pernyataan kepala dinas tersebut sesuai dengan wawancara dengan Wasor TB Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto sebagai berikut:

"....Kalau kepala dinas sangat tinggi komitmennya dalam setiap pertemuan selalu mengingatkan kepala puskesmas dan pemegang program untuk berusaha mencapai target program TB karena termasuk salah satu program MDG's. Cuma komitmen atau himbauan tersebut belum ada dalam bentuk tertulis hanya penyampaian secara lisan, sekarang beliau sedang menghimbau pada seluruh tenaga kesehatan baik di puskesmas dan puskesmas polindes harus mempunyai keluarga binaan agar dapat di ketahui masalah kesehatan dan di cari pemecahannya, hal ini untuk meningkatkan pencapaian target program yang pada tahun 2012 pencapaiannya masih jauh dari target, begitu juga Walikota sangat tinggi komitmennya, wujud dari komitmennya terlibat dengan disetujui dana untuk program TB, walaupun belum mencukupi tapi itulah kemampuan pemerintah Kota Sawahlunto. (I4)

Dari hasil wawancara di Puskesmas (dokter puskesmas dan penanggung jawab program TB) komitmen lintas sektor, LSM, Toga, Toma dan unsur kemasyarakatan lainnya belum terlihat komitmen dan keterlibatannya dalam penanggulangan TB paru, hanya Puskesmas Lunto yang sudah berhasil menggali peran serta masyarakat sehingga mereka peduli dan mempunyai komitmen dalam penanggulangan TB paru di wilayahnya, berupa adanya kampung peduli TB di Lunto Timur dan di tuangkan melalui SK bersama tim TB tingkat puskesmas dan Tim TB tingkat kecamatan, sesuai hasil wawancara sebagai berikut:

"...Lintas sektor sudah baik, kami ada kampung peduli TB ada di lunto timur, untuk kecamatan komitmennya belum terlihat, sudah di buat tim TB paru tapi belum jalan, dengan kepala puskesmas ada perjanjian dalam lokmin (I5P1)

"...Lintas sektor sudah di libatkan tapi kegiatannya belum ada seperti pasien tidak mau memeriksakan sputumnya (I5P2)

"...bentuk komitmen itu belum kelihatan (I5P3)

"...Ada SK bersama untuk tim TB tingkat puskesmas dan Tim TB tingkat kecamatan (I6P1)

"...Sudah sering lintas sektor di libatkan dalam penanggulangan TB, tapi komitmen hampir tidak ada (I6P2)

"...Aplikasinya hampir tidak ada (I6P3)

"....Ada kesepakatan bersama secara tertulisnya misalnya ada pasien tidak mau periksa melibatkan kepala desa sehingga mau periksa (I7P1)

"....Kurang bahkan tidak ada (I7P2)

"....Keterlibatan masyarakat pada saat posyandu dari masyarakat, kader dan rumah sakit (I7P3)



Berikut disajikan matriks yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam mengenai komitmen politis di Kota

Sawahlunto tahun 2012

Tabel 5.2 Komitmen Politik Program TB paru di Kota Sawahlunto

Topik	I1	I2	I3	I4	I5P1	I5P2	I5P3	I6P1	I6P2	I6P3	I7P1	I7P2	I7P3
Komitmen Politis	Melalui rapat kepala dinas untuk melakukan pencarian kasus TB dari rumah ke rumah.	Dapat di lihat dari disetujunya anggaran untuk program TB dalam beberapa tahun terakhir	Sesuai dengan visi untuk melayani masyarakat, himbauan Walikota untuk memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan dan terlihat dengan disetujuinya anggaran untuk program, untuk tim TB kota belum ada.	Cuma komitmen atau himbauan tersebut belum ada dalam untuk tertulis hanya penyampaian secara lisan sekarang beliau sedang menghimbau pada seluruh tenaga kesehatan baik di puskesmas dan pustu serta poliindes harus mempunyai keluarga binaan.	Ada kampung peduli TB ada di lunto timur, untuk kecamatan komitmen belum terlihat, sudah di buat tim TB paru tapi belum jalan, dengan kepala puskesmas ada perjanjian dalam lokmin	Lintas sektor sudah di libatkan tapi kegiatannya belum ada seperti pasien tidak mau	Bentuk komitmen itu belum keliatan	Ada SK bersama untuk tim TB tingkat puskesmas dan Tim TB tingkat kecamatan	Sering lintas sektor di libatkan dalam penanganan TB, tapi komitmen hampir tidak ada	Aplikasinya hampir tidak ada	Ada kesepakatan bersama secara tertulisnya	Kurang bahkan tidak ada	Keterlibatan masyarakat pada saat posyandu dari masyarakat, kader dan rumah sakit

Keterangan Informan:

I1	: Wali Kota Sawahlunto	I5P1	: Pemegang Program TB P. Lunto
I2	: Ketua DPRD Kota Sawahlunto	I5P2	: Pemegang Program TB P. Teleng
I3	: Kepala Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto	I5P3	: Pemegang Program TB P. Silungkang
I4	: Wasor TB Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto	I6P1	: Dokter Puskesmas Lunto
I6P2	: Dokter Puskesmas TB P. Teleng	I6P3	: Dokter Puskesmas TB P. Silungkang
I7P1	: Penderita TB P. Lunto	I7P2	: Penderita TB P. Teleng
I7P3	: Penderita TB P. Silungkang		

Dari informan di atas didapatkan informasi bahwa komitmen pemerintah, DPRD dan kepala dinas kesehatan sudah ada tetapi masih kurang, namun komitmen lintas sektor di puskesmas hanya satu desa di Lunto Timur yang sudah terlihat sedangkan untuk tim TB kecamatan tidak berjalan dalam penanggulangan penyakit TB paru di Kota Sawahlunto.

Dari telaah dokumen yang dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto ditemukan adanya anggaran untuk kegiatan Penanggulangan TB Paru sebanyak Rp.52.930.000 yang dialokasikan untuk pemberian makanan tambahan untuk petugas labor sebanyak Rp.13.800.000 dan pemberian makanan tambahan untuk pasien Rp.39.130.000.

Hasil pengumpulan data melalui telaah dokumen, dan wawancara mendalam serta FGD mengenai Komitmen politis dalam penanggulangan TB paru di Kota Sawahlunto dapat dilihat pada tabel berikut ini adalah:

Tabel 5.3 Matrik Triangulasi Komitmen Berdasarkan Telaah Dokumen, Wawancara Mendalam Dan FGD

Topik	Dokumen	Wawancara	FGD	Analisis Triangulasi
Kebijakan Politis	Adanya dokumen anggaran TB di RKA DKK Sawahlunto yang sudah di setujui sebanyak Rp.52.930.000., adanya dokumen kesepakatan tentang desa peduli TB di Puskesmas Lunto, tidak di temukan dokumen kebijakan atau himbauan tentang program P2TB, adanya dokumen kesepakatan antara puskesmas lunto dengan kecamatan tim TB kecamatan	Komitmen pemerintah Kota Sawahlunto berupa himbauan untuk mencari kasus TB paru dari rumah kerumah serta sudah tersedianya anggaran untuk kegiatan penanggulangan TB di Kota Sawahlunto begitu juga komitmen kepala dinas kesehatan Kota Sawahlunto sudah ada namun komitmen Walikota dan kepala dinas kesehatan belum ada dalam bentuk tertulis, belum ada tim TB kota (11,12,13,14). Sedangkan komitmen lintas sektor, LSM dan masyarakat hanya Puskesmas lunto yaitu kelurahan lunto timur yang sudah ada. Disampaikan oleh (I5P1)	Tidak semua puskesmas yang ada komitmen lintas sektornya hanya Puskesmas Lunto yang sudah ada wujud dari komitmen tersebut	Komitmen pemerintah, DPRD dan kepala dinas sudah ada tetapi masih kurang, wujud dari komitmen tersebut berupa himbauan kepada masyarakat untuk memeriksakan diri dan di setujuinya anggaran untuk program TB, menjadikan program TB sebagai program prioritas di Dinas Kesehatan Sawahlunto, namun komitmen tersebut dalam bentuk kebijakan atau himbauan tertulis tidak ada, yang dapat di jadikan sebagai dasar hukum yang berimplikasi terhadap komitmen lintas sektor. Untuk komitmen lintas sektor hanya di Puskesmas Lunto yang sudah baik itu pun dari unsur aparat desa terlihat dengan adanya kampung peduli TB yang di sertai kesepakatan tertulis. Untuk tim TB kota belum ada di bentuk seperti forum Gerdunas TB. Dana yang tersedia hanya untuk pemberian makanan terhadap petugas labor dan pasien TB BTA positif sedangkan dana untuk upaya peningkatan pencapaian penemuan pasien TB dan upaya meningkatkan promosi kesehatan tentang TB belum ada. Dana untuk OAT 5 tahun kedepan juga belum ada.

Berdasarkan matrik triangulasi di atas dapat dilihat bahwa komitmen pemerintah Kota Sawahlunto sudah ada tetapi masih kurang dalam penanggulangan kasus TB paru, karena kebijakan tertulis belum ada, seperti belum adanya kebijakan untuk membentuk forum Gerdunas. Hal ini di sebabkan belum adanya advokasi dari dinas kesehatan. Sehingga jajaran pemerintah yang ada di kecamatan dan kelurahan atau desa kurang terlihat komitmennya untuk bekerjasama dengan pihak puskesmas sebagai ujung tombak keberhasilan penangulangan TB paru di Kota Sawahlunto. Karena

pada tingkat kecamatan dan desa hanya Puskesmas Lunto yang sudah membentuk tim TB kecamatan dan desa namun namun tim TB kecamatan tidak berjalan.

5.2.2 Pemeriksaan Dahak Yang Terjamin Mutunya

Salah satu strategi *DOT* yaitu dilaksanakan pemeriksaan dahak yang terjamin mutunya untuk menemukan BTA (+) dari suspek TB yang dilakukan pada seluruh Puskesmas di Kota Sawahlunto melalui penjarigan yang dilakukan dari poli, posyandu atau pada saat penyuluhan-penyuluhan ini terlihat dari hasil wawancara dengan Wasor TB di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto sebagai berikut:

"....Penjarigan dilakukan dari poli, posyandu atau melalui penyuluhan-penyuluhan kalau ada suspek dilakukan pemeriksaan BTA. Kalau (+) di berikan pengobatan dengan OAT. Rumah Sakit juga melaksanakan strategi DOTS (14).

Didukung oleh hasil wawancara mendalam dengan tim TB puskesmas (pemegang program, dokter puskesmas dan analis kesehatan) dalam melaksanakan pemeriksaan BTA petugas tidak hanya menunggu pasien datang kepuskesmas tetapi juga melacak sampai ke rumah pasien melalui survei kontak serumah yang dilakukan oleh tim TB puskesmas dengan membawa pot sputum saat posyandu balita, posyandu lansia, UKS, Pusling, dan kunjungan rumah, pemeriksaan sputum telah dilakukan sesuai protap standar. Hasil wawancara mendalam dengan tim TB puskesmas (pemegang program, dokter puskesmas dan analis kesehatan) sebagai berikut:

"...biasanya kalau ada suspek di poli kita langsung kejar kerumah. Untuk tahun ini kami lihat BTA (+) 5 tahun terakhir kami lacak kembalidengan pemeriksaan sputum pada keluarga yang dicurigai atau ada gejala-gejala TB paru(15P1).

"...Kasus suspek TB berobat ke BP kalo batuk sudah lebih 1 minggu di anjurkan periksa sputum SPS, kalau (+) pasien di serahkan pada pemegang program, nanti pemegang program memberikan obat TB (15P2).

"...Penanggulangan TB kami membuat tim untuk turun kelapangan dengan pemetaan kasus TB dalam 10 tahun terakhir kami cari suspek dari lingkungan penderita (15P3).

"...Penjaringan dipelayanan puskesmas dilakukan oleh dokter yang mendiagnosa dan saat dokter tidak ada di tempat kawan-kawan lain bisa mendiagnosa TB dengan membawa pot sputum saat turun kelapangan saat posyandu balita, posyandu lansia, UKS, Pusling, dan kunjungan rumah (16P1).

"...Kalau ada yang di curigai TB, nanti orang poli bisa langsung meminta sputum, tapi kalau tidak bisa pasien diberikan pada pemegang program, nanti pemegang program menindak lanjuti, setelah itu di lakukan pemeriksaan BTA (+)(16P2).

"....Kita menangkap kasus dari BP, Posyandu dan keluhan pasien kita anjurkan pemeriksaan BTA (+), nanti kita obat OAT 6 bulan (16P3).

"....Langsung dibuat pemeriksaan dahaknya, dibuat, di fiksasi, diwarnai, dikeringkan baru di baca sesuai protap (17P1).

"....Dari IGD/poli ke labor, kemudin pasien yang datang memberikan dahaknya dengan cara SPS (17P2).

"....Sputum datang dikerjakan sesuai protap.fiksasi objek glas,di warnai, di baca hasilnya (17P3).

Pemeriksaan dahak yang terjamin mutunya yang dilaksanakan petugas analis pada pasien dengan cara di suruh batuk dan menampungnya untuk 1 dahak pagi, dan 2 pot dahak sewaktu, untuk melihat mutu pemeriksaan laboratorium telah dilakukan uji silang. Sesuai hasil wawancara dengan pasien TB paru dan tenaga analis sebagai berikut:

"....Saya diberi 3 buah botol, saya di suruh batuk dan menampung, 1 untuk dahak pagi, 1 lagi waktu mengatar botol di suruh lagi, saya menampung dahak pada botol ke 3, lalu saya serahkan pada labor dan di periksa oleh petugas labor (18P1).

"....Saya di periksa dahaknya tiga kali, yaitu waktu datang, terus besok paginya dan sewaktu datang berikutnya (I8P2).

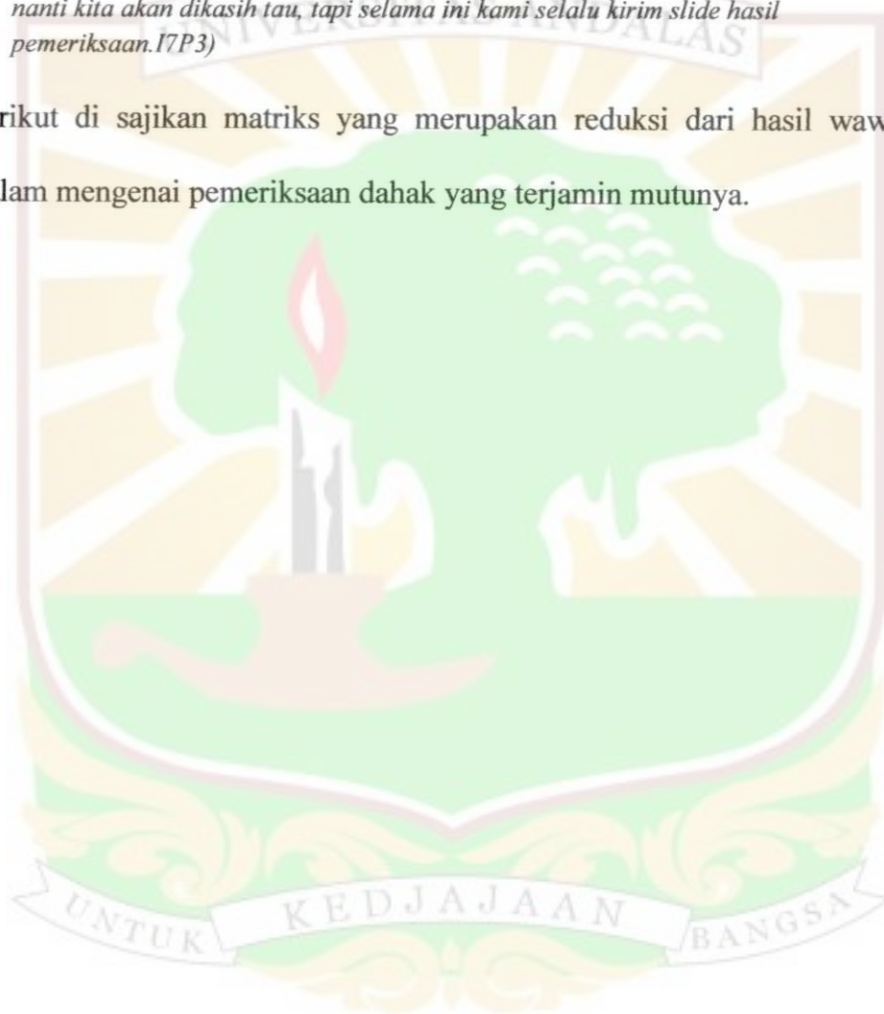
"....Saya di kasih tempat untuk dahak dan di ambil dahaknya tiga kali (I8P3)

"....Untuk uji silang kita kan slidenya dikirim dan dilakukan uji silang oleh propinsi (I7P1)

"....Slide kita kan diperiksa ulang dari situ tau bagaimana hasil pemeriksaan (I7P2)

"....Ada uji silang hasil pemerisaan...kalau pemeriksaan kita salah melebihi batas toleransi nanti kita akan dikasih tau, tapi selama ini kami selalu kirim slide hasil pemeriksaan.I7P3)

Berikut di sajikan matriks yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam mengenai pemeriksaan dahak yang terjamin mutunya.



Sawahlunto yang didapatkan melalui dokumentasi, wawancara mendalam dan FGD sebagai berikut:

Tabel 5.6 Matrik Triangulasi Pemeriksaan Dahak yang Terjamin Mutunya berdasarkan Telaah Dokumen, Wawancara Mendalam dan FGD

Topik	Dokumen	Observasi	Wawancara	FGD	Analisis Triangulasi
Pemeriksaan dahak yang terjamin mutunya	Ada dijumpai dokumen penunjukan petugas analisis dalam Tin TB puskesmas, seluruh puskesmas memiliki protap tertulis pemeriksaan dahak kecuali Puskesmas Teleng, terdapat dokumen laporan pemeriksaan BTA, terdapat buku register laboratorium. Ada hasil uji silang hasil pemeriksaan BTA.	Kondisi laboratorium sesuai standar, peralatan sesuai standar, terlihat bukti slide hasil pemeriksaan.	Dalam menegakkan diagnosa TB paru petugas puskesmas sudah melakukan pemeriksaan dahak yang terjamin mutunya terhadap suspek-suspek TB yang dijangkit dari poliklinik, posyandu, kunjungan rumah. Disampaikan oleh (I4,I5P1,I5P2,I5P3,I6P1,I6P3,I7P2)	Semuainfor man mengemukakan sudah melakukan pemeriksaan BTA untuk mendiagnosa kasus tb	Secara umum puskesmas sudah melaksanakan pemeriksaan dahak yang terjamin mutunya namun masih ada laboratorium puskesmas yang tidak mempunyai protap tertulis tentang prosedur pemeriksaan sputum pada penderita TB paru juga masih ada puskesmas yang tidak mempunyai tenaga analis dan tenaga analis yang ada sudah mendapatkan pelatihan TB paru. Dari hasil uji silang menunjukkan bahwa pemeriksaan dahak yang dilakukan sudah terjamin mutunya.

Berdasarkan matrik triangulasi di atas dapat dilihat bahwa pemeriksaan dahak yang terjamin mutunya sudah dilaksanakan di Kota Sawahlunto dengan tenaga yang sudah dilatih dan sudah memenuhi standar, namun masih ada puskesmas yang tidak memiliki tenaga analis dan ada puskesmas yang tidak memiliki protap pemeriksaan BTA yang merupakan pedoman dalam melakukan pemeriksaan yaitu Puskesmas Kampung Teleng.

Tabel 5.7 Pengobatan Jangka Pendek yang Standar dengan Pengawasan PMO

Topik	I3	I5P1	I5P2	I5P3	I6P1	I6P2	I6P3	I7P1	I7P2	I7P3	I8P1	I8P2	I8P3	I9P1	I9P2	I9P3
Pengobatan jangka pendek standar dengan pengawasan PMO	Suspek di laporkan ke puskesmas. Selanjutnya dari puskesmas yang melakukan pemeriksaan sputum, kalau BTA (+) di lakukan pengobatan	Pasien (+) di beri OAT dua bulan. BTA (-) obat di lanjutkan, kalau sisipan, bulan kelima cek BTA (-) lanjutkan sampai selesai, kalau (+) masuk kategori 2 bulan ke 6 cek lagi kalau (-) sembuh	BTA (+) pemegang program dengan sistem DOT disertai penunjukan pasien juga di pantau	Dokter membe rikan pengob atan sesuai dengan system DOT	Pasien positif TB selama 1 bulan di dampin gi PMO menga mbil obat setiap minggu	pasien BTA (+) di berikan pengobatan oleh dokter dengan standar DOT	Bila di jumpai BTA (+) pasien diserahkan pada pemegang program, pemegang program berkoordinasi dengan dokter dalam memberika n pengobatan	Kerjasa ma seluruh petugas mulai MR sampai analisis dan pengun g jawab	positif kemudi an kompir dari masi ke dokter dan di lakuka n pengob atan	Setela h tahu positif di obati sesuai ketent uan	harus menyel esaikan pengob atan	Obatnya harus setiap hari di minum tidak boleh lupa	obat untuk seminggu, dan seminggu sekali saya harus menjempu t obatnya ke puskesma s, saya harus minum obat tidak boleh putus karena kalau berarti gagal	mengingat an dia jangan lupa minum obat setiap hari	saya harus mengawasi dan memastikan minum obat dengan teratur tidak boleh lupa	Mengin gatkan minum obat kalo saya belum melihat dia minum obat

Keterangan Informan :

- I3 : Kepala Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto
 I5P1 : Pemegang Program TB P. Lunto
 I5P2 : Pemegang Program TB P. Teleng
 I5P3 : Pemegang Program TB P. Silungkang
 I6P1 : Dokter WP. Lunto
 I6P2 : Dokter P. Teleng
 I6P3 : Dokter P. Silungkang
 I7P1 : Analisis Kesehatan P. Lunto
 I7P2 : Analisis Kesehatan P. Teleng
 I7P3 : Analisis Kesehatan P. Silungkang
 I8P1 : Penderita TB P. Lunto
 I8P2 : Penderita TB P. Teleng
 I8P3 : Penderita TB P. Silungkang
 I9P1 : PMO P. Lunto
 I9P2 : PMO P. Teleng
 I9P3 : PMO P. Silungkang

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dapat di ketahui bahwa pengobatan jangka pendek yang standar dengan pengawas PMO sudah dilakukan terhadap pasien TB paru. Dalam pemberian pengobatan sudah disertai dengan penunjukan PMO, PMO juga sudah melakukan pengawasan terhadap pasien dalam pengobatan TB paru, namun tenaga yang memberikan pengobatan masih ada yang belum mengikuti pelatihan. Berikut di sajikan tabel matriks triangulasi pengobatan jangka pendek yang standar dengan pengawas PMO berdasarkan telaah dokumen, wawancara mendalam dan FGD di bawah ini :

Tabel 5.8 Matriks Triangulasi Pengobatan Jangka Pendek yang Standar dengan Pengawas PMO

Topik	Dokumen	Wawancara	FGD	Analisis Triangulasi
Pengobatan Jangka Pendek Yang Standar	Dijumpai dokumen status pasien. Dijumpai dokumen daftar OAT yang diberikan. Dijumpai catatan perkembangan pasien dalam status pasien.	Puskesmas sudah melakukan pengobatan terhadap pasien TB paru dengan pengobatan sesuai dengan obat standar, pengobatan juga sudah dilakukan oleh doter bekerjasama dengan pemegang program TB. Dalam memberikan pengobatan pada pasien sudah ditentukan PMO. PMO dan pasien sudah diberi pengetahuan tentang proses pengobatan dan tugas-tugas PMO. Dikemukakan oleh: I3,(I5P1,2,3),(I6P1,2,3),(I7P1,2,3),(I8P1,2,3),(I9P1,2,3)	Pemegang program sudah mengetahui cara pengobatan TB paru, walaupun belum semua pemegang program mengikuti pelatihan, pengobatan diberikan oleh dokter bekerjasama dengan pemegang program. Belum semua pasien mengerti tahap-tahap pengobatan yang dilakukan.	Pengobatan terhadap kasus TB paru sudah sesuai standar dan sudah disertai PMO, PMO juga sudah menjalankan tugasnya, dalam pengobatan terhadap pasien diberikan oleh dokter bekerjasama dengan pemegang program. Tenaga masih ada yang belum pelatihan. Namun belum semua pasien mengerti proses pengobatan yang harus dijalaninya

Berdasarkan hasil penelitian di dapatkan bahwa puskesmas di Kota Sawahlunto sudah memberikan pengobatan sesuai dengan standar, dalam memberikan pengobatan pada pasien dokter bekerjasama dengan pemegang program TB Puskesmas. Tetapi petugas puskesmas yang memberikan pengobatan belum semuanya mendapatkan pelatihan baik itu dokter maupun pemegang program.

5.2.5 Jaminan Ketersediaan OAT

Hasil penelitian didapatkan informasi bahwa OAT di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto dan puskesmas sudah tersedia sesuai kebutuhan yang berasal dari Dinas Kesehatan Propinsi. Informasi mengenai jaminan ketersediaan OAT diperoleh melalui wawancara mendalam terhadap kepala dinas kesehatan dan tim TB puskesmas serta penderita TB sebagai berikut:

"....Cukuplogistik kita mengadakan sendiri, OAT ada,dari bantuan GFATM melalui Dinas Kesehatan Propinsi kalau tidak ada kita akan sediakan sendiri (I3)

"....OAT cukup, puskesmas tinggal amprah ke gudang farmasi (I4)

".....Obat cukup (I5P1)

"....Obat cukup (I5P2)

"....Obat cukup, kita tinggal amprah ke gudang farmasi (I5P3)

"....Cukup (I6P1).

"....Obat TB cukup dan selalu ada (I6P2)

"....OAT cukup dan selalu tersedia (I6P3)

"...Obat cukup dan selalu ada (I8P1)

"....ada (I8P2)

“...Ada (I8P3)

Berikut di sajikan matriks yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam mengenai ketersediaan OAT:

Tabel 5.9 Jaminan Ketersediaan OAT

Topik	I3	I4	I5P1	I5P2	I5P3	I6P1	I6P2	I6P3	I8P1	I8P2	I8P3
Jaminan ketersediaan OAT	Cukup logistik kita mengadakan sendiri	OAT cukup, puskesmas tinggal amprah ke gudang farmasi	Obat cukup	Obat cukup	Obat cukup, kita tinggal amprah ke gudang farmasi	Cukup	Obat TB cukup dan selalu ada	OAT cukup dan selalu tersedia	Obat cukup dan selalu ada	ada	ada

Keterangan Informan :

- I3 : Kepala Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto
- I4 : Wasor TB Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto
- I5P1 : Pemegang Program TB P. Lunto
- I5P2 : Pemegang Program TB P. Teleng
- I5P3 : Pemegang Program TB P. Silungkang
- I6P1 : Dokter P. Lunto
- I6P2 : Dokter P. Teleng
- I6P3 : Dokter P. Silungkang
- I8P1 : Penderita TB P. Lunto
- I8P2 : Penderita TB P. Teleng
- I8P3 : Penderita TB P. Silungkang

Bedasarkan pendapat informan di dapatkan informasi bahwa jaminan ketersediaan OAT untuk program P2TB cukup tersedia sesuai kebutuhan. Puskesmas tinggal amprah ke gudang farmasi.

Berikut disajikan tabel matriks triangulasi jaminan ketersediaan OAT berdasarkan telaah dokumen, observasi dan wawancara.

Tabel 5.10 Matriks Triangulasi Jaminan Ketersediaan OAT Berdasarkan Telaah Dokumen, Observasi dan Wawancara Mendalam.

Topik	Dokumen	Observasi	Wawancara	Analisis Triangulasi
Jaminan Ketersediaan OAT	Dijumpai dokumen obat puskesmas. Dijumpai dokumen pemakaian obat di puskesmas. Dijumpai dokumen pemasukan dan pengeluaran obat di puskesmas.	Tersedian ya OAT pada setiap puskesmas	Obat Anti Tuberkulosis tersedia dalam jumlah yang cukup sesuai kebutuhan, puskesmas tinggal amprah ke gudang farmasi. Di puskesmas obat selalu tersedia. Disampaikan oleh : I3,I4,(I5P1,1,1),I6P 1,2,3),(I8P1,2,3)	Obat Anti tuberculosi sudah tersedia dalam jumlah yang sesuai dengan kebutuhan pada setiap puskesmas. Dalam memenuhi kebutuhan P2TB puskesmas mengajukan permintaan obat ke gudang farmasi

Berdasarkan hasil penelitian didapat bahwa jaminan ketersediaan OAT cukup pada setiap puskesmas, proses untuk mendapatkan obat puskesmas mengajukan permintaan ke gudang farmasi.

5.2.6 Sistem Pencatatan dan Pelaporan

Penerapan sistem pencatatan dan pelaporan program P2TB di lingkungan dinas kesehatan sudah terlaksana dengan baik dan tertib, hal ini dapat dilaksanakan karena adanya komitmen antara puskesmas dan dinas kesehatan tentang batas pengiriman

laporan ke dinas kesehatan. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan Kepala Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto, Wasor TB, dan tim TB puskesmas sebagai berikut:

“...Punya komitmen berjenjang, laporan tutup buku tanggal 25 dari pemegang program, kemudian puskesmas sudah siap seluruhnya tgl 28, dilaporkan ke dinas paling lambat tanggal 5 dan dikirim ke provinsi tanggal 10 setiap bulannya (I3).

“.....Pencatatan dan pelaporan selama ini berjalan dengan sebagaimana mestinya. Laporan di buat pemegang program puskesmas dan analis. Disampaikan pada wasor DKK, kemudian saya meneruskan ke wasor provinsi dan selama ini selalu tepat waktu (I4).

“...Laporan di buat pemegang program kemudian laporan di kirim ke dinas kesehatan (I5P1)

“.....Laporan labor di buat analis, laporan program di buat pemegang program, kemudian laporan di kirim ke dinas kesehatan ada juga wasor yang ambil waktu money TB (I5P2).

“...Laporan di buat oleh pemegang program dan dikirim ke wasor di DKK (I5P3).

“...Lengkap (I6P1).

“...Rutin di laporkan pemegan program (I6P2).

“...Laporan di buat oleh pemegang program (I6P3).

“...Kalo pencatatan langsung dan tersendiri, Pasien dicatat dan dilaporkan ke dinas melalui laporan bulanan (I7P1).

“....Laporan labor tidak sinkron dengan pemegang program karena terdapat hasil pemeriksaan dari luar daerah (I7P2).

“...Laporan tersendiri dan laporan bulanan ke dinas (I7P3).

Berikut di sajikan matriks yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam mengenai sistim pencatatan dan pelaporan

Tabel 5.11 Sistem Pencatatan dan Pelaporan

Topik	I3	I4	I5P1	I5P2	I5P3	I6P1	I6P2	I6P3	I7P1	I7P2	I7P3
Sistem pencatatan dan Pelaporan	Komitmen puskesmas melaporkan tanggal 25 tutup laporan tanggal 1 sudah sampai dinas	Laporan di buat pemegang program puskesmas dan analis. Disampaikan pada wasor DKK, kemudian saya menemukan ke wasor provinsi	Laporan di buat pemegang program kemudian laporan di kirim ke dinas kesehatan	Laporan labor di buat analis, laporan program di buat pemegang program, kemudian laporan di kirim ke dinas kesehatan	Laporan di buat oleh pemegang program dan dikirim ke wasor di DKK	Lengkap	Rutin di laporkan pemegang program	Laporan tersendiri dan laporan bulanan ke dinas	Pasien dicatat dan dilaporkan ke dinas melalui laporan bulanan	Laporan labor tidak sinkron dengan pemegang program karena terdapat hasil pemeriksaan dari luar daerah	Laporan tersendiri dan laporan bulanan ke dinas

Keterangan Informan :

- I3 : Kepala Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto
 I4 : Wasor TB Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto
 I5P1 : Pemegang Program TB P. Lunto
 I5P2 : Pemegang Program TB P. Teleng
 I5P3 : Pemegang Program TB P. Silungkang
 I6P1 : Dokter P. Lunto
 I6P2 : Dokter P. Teleng
 I6P3 : Dokter P. Silungkang
 I7P1 : Analis Kesehatan P. Lunto
 I7P2 : Analis Kesehatan P. Teleng
 I7P3 : Analis Kesehatan P. Silungkang

Dari beberapa pendapat informan di dapatkan bahwa sistem pencatatan dan pelaporan berjalan dengan baik dan laporan dapat dilaporkan tepat waktu. Adakalanya laporan antara pemegang program tidak sinkron dengan laporan analis karena pada pemegang program ada laporan pasien yang melakukan pemeriksaan di luar daerah.

Berikut disajikan tabel matriks triangulasi sistem pencatatan dan pelaporan.

Tabel 5.12 Matriks Triangulasi Sistem Pencatatan dan Pelaporan Berdasarkan Telaah Dokumentasi dan Wawancara Mendalam

Topik	Dokumen	Wawancara	Analisis Triangulasi
Sistem Pencatatan Dan Pelaporan.	Dijumpai dokumentasi laporan TB yang lengkap pada setiap puskesmas baik laporan pemegang program maupun laporan analis Dijumpai bukti pengiriman laporan ke Dinas Kesehatan di puskesmas Dijumpai dokumentasi laporan TB di Dinas Kesehatan Dijumpai bukti pengiriman laporan dari Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto ke Dinas Kesehatan Laporan Dijumpai dokumen laporan pencapaian target program di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto.	Pencatatan dan pelaporan program TB sudah disampaikan tepat waktu sesuai komitmen di puskesmas, laporan dibuat oleh orang yang tepat dan bertanggung jawab, namun dari segi isi laporan ada yang tidak sinkron antara labor dan pemegang program karena ada pasien pindah dari daerah lain yang tercatat.	Pencatatan dan pelaporan sudah dilaksanakan oleh puskesmas dengan sebagai mana mestinya begitu juga dari wasor DKK ke Dinkes propinsi. Ini dapat dilaksanakan karena adanya komitmen antara DKK dengan puskesmas tentang batas pengiriman laporan.

Berdasarkan hasil penelitian sistem pencatatan dan pelaporan program pemberantasan TB paru di Kota Sawahlunto dapat disimpulkan bahwa pencatatan dan pelaporan program penanggulangan kasus TB paru sudah berjalan dengan cukup baik.

5.2.7 Angka Penemuan Kasus/*Case Detection Rate (CDR)*

Angka penemuan kasus merupakan keluaran/ *out put* dari pelaksanaan strategi *DOT*. Berdasarkan telaah dokumen pencapaian angka penemuan kasus/ *CDR* adalah persentase jumlah pasien TB BTA (+) yang di temukan dan di obati di bandingkan jumlah pasien baru, BTA (+) yang di perkirakan ada dalam wilayah tersebut. Target *CDR*/angka penemuan TB paru dengan BTA (+) yang di tetapkan untuk program P2TB yaitu 70%, sedangkan di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto pada tahun 2012 hanya tercapai 48,4%.

Target angka penemuan kasus TB BTA (+) yang di laporkan ke dinas kesehatan dari masing-masing puskesmas seluruh Kota Sawahlunto di dapatkan data sebagai berikut:

Tabel 5.13 Penemuan TB paru BTA Positif di Puskesmas Se-Kota Sawahlunto Tahun 2012

NO	Puskesmas	Target	Penemuan TB paru	BTA Positif
		2012	2012	%
1	Talawi	28	12	42,9
2	Kolok	11	4	36,4
3	Sei Durian	17	6	35,3
4	Kampung Teleng	11	8	72,7
5	Lunto	8	9	112,5
6	Silungkang	16	5	31,3
	KOTA	91	44	48,4

Berdasarkan tabel 5.11 dapat dilihat pencapaian target penemuan TB paru BTA positif di Puskesmas Se-Kota Sawahlunto tahun 2012 bahwa hanya Puskesmas Lunto (112,5%) dan Kampung Teleng (72,7%) yang mampu melampaui target yang ditetapkan yaitu 70%, namun secara keseluruhan pencapaian target Kota Sawahlunto dalam penanganan pemberantasan TB paru masih rendah yaitu 48,4%.

Dari hasil telaah dokumen yang dilakukan di RS Sawahlunto diperoleh data bahwa rumah sakit Sawahlunto telah melakukan penatalaksanaan kasus TB Paru dengan strategi DOTS, pada tahun 2013 telah melakukan pemeriksaan BTA pada 97 suspek TB Paru dan dijumpai 7 orang pasien BTA (+). Hal ini didukung oleh hasil wawancara dengan pemegang program TB di RS Sawahlunto sebagai berikut :

".... Dalam menangani kasus TB kami menggunakan metode strategi dots, kami telah mempunyai tim dots RS (I13RS)

.....Setiap suspek TB Paru kami mempunyai protap dilakukan pemeriksaan BTA, pasien disuruh menampung dahak pagi, sewaktu, pagi tapi memang tidak semuanya yang dapat diperiksa BTA kadang-kadang setelah dikasih botol pasiennya tidak datang lagi. (I13RS)

.....Pasien hanya kami beri obat TB untuk 1 minggu, kemudian dikirim ke Puskesmas sesuai alamat pasien, puskesmas lah yang melanjutkan pengobatan dan memonitor pasien selanjutnya. (I13RS)

Hasil wawancara mendalam didapatkan informasi dari kepala Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto dan Wasor TB di dapatkan informasi bahwa target CDR belum tercapai, sesuai dengan hasil wawancara berikut ini:

".... karena 2012 anjlok 2013 semester 1 masih rendah, semester ini mulai maping.(13)

"....hal ini untuk meningkatkan pencapaian target program yang pada tahun 2012 pencapaiannya masih jauh dari target (14)

Berdasarkan telaah dokumen dan hasil wawancara menunjukkan masih rendahnya angka persentase pasien TB BTA (+) yang di temukan dan diobati. Penyebab belum tercapainya target *CDR* karena masih ada stigma negatif dari masyarakat tentang penyakit TB paru, sehingga masyarakat enggan untuk dilakukan pemeriksaan BTA, hal ini sesuai dengan hasil wawancara mendalam terhadap pasien suspek TB paru sebagai berikut:

....” *Diperiksa tensi dan dada, di suruh periksa dahak, tapi dahaknya tidak ada, di kasih obat.... batuknya agak kurang, saya tidak datang lagi,*” (I12P1)

....” *Ada periksa, disuruh tampung dahak, saya tidak mau, Kenapa? karena saya kan batuk biasa nanti juga sembuh*” (I12P2)

...” *Saya ada di periksa dan di suruh ambil dahak, tapi saya malas..batuknya juga udah agak kurang,... kenapa? Itukan batuk TBC, saya kan bukan TBC, biasalah batuk-batuk gini,* (I12P3)

....” *Diperiksa ibuk di puskesmas saya di kasih botol kecil untuk menampung dahak tapi saya tidak datang lagi..ada petugas datang mengambil kerumah, batuknya sudah kurang.. tidak usah aja periksa dahak.* (I12P4)

....” *Sama saya juga begitu*(I12P5)

....” *Sama saya juga begitu*(I12P6)

Sedangkan stigma negatif pada masyarakat dapat dilihat dari hasil wawancara sebagai berikut.:

....” *Itukan penyakit di bikin orang.*”(I12P1)

....” *Ya..kata orang begitu, di bikin orang ndak mau sembuh, kalo udah kena ya tinggal tunggu ajal aja l.*”(I2P2)

....” *Itu guna-guna hanya orang pintar yang bisa ngobati.*”(I12P3)

....” *Biasalah itu penyakit karena ada masalah dengan orang, tapi pernah ibu di puskesmas katanya bisa sembuh.*”(I12P4)

....” *TBCbatuk dan muntah darah penyebabnya kata dukun kampung di buat orang.*”(I12P5)

....” *TBC batuk dan muntah darahpenyebabnya kata dukun kampung di buat orang.*”(I12P6)

Berikut di sajikan matriks yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam mengenai penyebab keengganan untuk memeriksakan dahaknya dan stigma negatif yang berkembang di masyarakat mengenai TB paru pada pada pasienn suspek TB paru:



Tabel 5.14 Penyebab Keengganan Pasien Suspek TB paru Untuk Memeriksa Dahaknya dan Stigma Negatif Di Masyarakat

Kategori	Jawaban					
Pasien datang ke puskesmas saat sedang berobat	I12P1 Hanya batuk-batuk biasa	I12P2 Batuk sudah berobat ke dukun sembuh... kemudian batuk lagi	I12P3 Batuk, kadang badan terasa panas-panas, sedang tidur sering berkeringat.	I12P4 Batuk tidak ada selera makan, badan tidak mau bertam	I12P5 Batuk juga kadang agak sesak	I12P6 Badan makin kurus, batuk kadang-kadang
Pasien diteliti di puskesmas terhadap penyakit dan mengapa tidak melakukan pemeriksaan	Diperiksa tensi dan dada, di suruh periksa dahak, tapi dahaknya tidak ada. di kasih obat... batuknya agak kurang, saya tidak datang lagi.	Ada periksa, disuruh tampung dahak, saya tidak mau,... Karena... karena saya kan batuk biasa nanti juga sembuh	Diperiksa dan di suruh ambil dahak, tapi saya malas.. batuknya juga udah agak kurang,... karena Itukan batuk TBC, saya kan bukan TBC, biasalah batuk-batuk gini	Diperiksa ibuk di puskesmas saya di kasih botol kecil untuk menampung dahak tapi saya tidak datang lagi..ada petugas datang mengambil kerumah, batuknya sudah kurang.. tidak usah aja periksa dahak Biasalah itu penyakit karena ada masalah dengan orang, tapi pernah ibu di puskesmas katanya bias sembuh	Sama saya juga begitu	malas periksa dahak itu, karena Tidak adalah saya malas ajalah
Pasien TB	Itukan penyakit di bikin orang	Ya.. kata orang begitu, di bikin orang ndak mau sembuh, kalo udah kena ya tinggal tunggu ajal aja	Itu guna-guna hanya orang pintar yang bisa ngobati		TBC batuk dan muntah darah penyebabnya kata dukun kampong di buat orang	Mungkin juga saya kurang tahu

Berdasarkan pendapat informan didapatkan informasi bahwa penyebab keengganan masyarakat memeriksa dahak adalah pengetahuan yang kurang sehingga menimbulkan persepsi yang keliru tentang penyakit TB paru.

Berikut disajikan tabel matrik triangulasi penyebab masih rendahnya

CDR

Tabel 5.15 Matriks Triangulasi Pencapaian *CDR* di Kota Sawahlunto Berdasarkan Telaah Dokumen dan Hasil Wawancara

Topik	Dokumen	Wawancara	Analisis Triangulasi
Pencapaian <i>CDR</i>	Target <i>CDR</i> / Angka penemuan TB paru dengan BTA (+) yang di tetapkan untuk Program P2TB yaitu 70%, sedangkan di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto pada tahun 2012 hanya tercapai 48,4%.	Masyarakat yang enggan diperiksa dahaknya, disebabkan stigma negatif dan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang penyakit TB paru. Disampaikan oleh (I12P1,2,3,4,5)	Pencapaian <i>CDR</i> di dinas kesehatan Kota sawahlunto belum mencapai target, salah satu penyebabnya adalah Keengganan masyarakat memeriksakan dahak disebabkan karena pengetahuan yang kurang sehingga menimbulkan persepsi yang keliru tentang penyakit TB paru. Sehingga menimbulkan stigma negatif dalam masyarakat

Berdasarkan hasil penelitian rendahnya *CDR* di Kota Sawahlunto dapat di simpulkan bahwa rendahnya pencapaian target *CDR* disebabkan oleh masih rendahnya dukungan politis, kerjasama lintas sektor serta masih adanya masyarakat yang enggan untuk di periksa dahaknya karena pengetahuan yang kurang sehingga menimbulkan stigma negatif tentang penyakit TB paru yang negatif. Kurangnya pengetahuan masyarakat menunjukan bahwa promosi kesehatan belum mencapai sasaran dan belum terbentuknya mitra TB di tengah masyarakat seperti Gerdunas TB, tim TB kecamatan, tim TB desa serta kader TB.

5.2.8 Angka Kesembuhan/*Cure Rate (CR)*

Angka kesembuhan/ *CR*, merupakan salah satu indikator untuk menilai kemajuan atau keberhasilan pengobatan. Hasil studi dokumen pada penelitian ini di dapatkan *CR* /Angka kesembuhan yang di tetapkan Program P2TB yaitu 85%, dalam pelaksanaannya telah melampaui target yang telah di tetapkan yaitu 91% hal ini menunjukan bahwa pelaksanaan pengobatan TB paru di Kota Sawahlunto telah sesuai dengan strategi *DOTS* dan peran PMO berjalan dengan baik.



BAB VI PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Beberapa hal yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- 6.1.1 Informasi yang dihasilkan pada saat penelitian sangat dipengaruhi oleh persepsi, pemahaman dan pengalaman informen terhadap substansi pertanyaan yang diajukan peneliti serta suasana pada saat wawancara dilaksanakan.
- 6.1.2 Dalam penelitian memerlukan kemampuan dan pengalamanyang cukup untuk menggali dan mengungkapkan informasi yan dibutuhkan untuk dapat dianalisa dengan baik.

6.2 Pembahasan Hasil Penelitian

6.2.1 Komitmen Politis

Komitmen pemerintah, DPRD dan Kepala Dinas Kesehatan sudah ada tapi masih kurang terlihat, wujud dari komitmen tersebut berupa himbauan kepada masyarakat untuk memeriksakan diri dan disetujuinya anggaran untuk program TB tetapi dana ini belum mencukupi karena dana yang tersedia hanya untuk PMT petugas labor dan PMT pasien TB dengan BTA +, sudah menjadikan program TB sebagai program prioritas di Dinas Kesehatan Sawahlunto, namun komitmen tersebut dalam bentuk kebijakan atau himbauan tertulis tidak ada, seperti: Perda, surat

keputusan Walikota. Untuk komitmen lintas sektor hanya di Puskesmas Lunto yang sudah ada itu pun hanya dari unsur aparat desa, terlihat dengan adanya kampung peduli TB yang di sertai kesepakatan terlulis. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa komitmen politis Pemerintah Kota Sawahlunto, DPRD dan kepala dinas kesehatan masih kurang terlihat, dimana kebijakan atau komitmen tertulis yang dapat dijadikan pedoman dalam pelaksanaan penanggulangan kasus TB paru di lapangan belum ada. Sehingga peran serta lintas sektor masih sangat kurang. Hal ini terlihat waktu melakukan wawancara Walikota Sawahlunto mengeluarkan himbauan kepada masyarakat dan perintah khususnya kepada kepala dinas kesehatan tetapi himbauan dan perintah tersebut tidak tertulis atau tidak ada dokumennya. Begitu juga kebijakan tertulis dari pemerintah Kota Sawahlunto tentang penanggulangan kasus TB paru tidak ada, sedangkan kepala dinas kesehatan mempunyai strategi untuk meningkatkan pencapaian target program P2TB seperti kebijakan setiap petugas harus mempunyai keluarga binaan tetapi kebijakan tersebut hanya disampaikan pada rapat kepala puskesmas tidak ada kebijakan dalam bentuk tertulis.

Hal ini sesuai dengan penelitian Bhisma Murti dkk tentang evaluasi program pengendalian tuberkulosis dengan Strategi *DOTS* di Eks Karesedenan Surakarta (2010) menyatakan komitmen pemerintah daerah dan DPRD dalam program pengendalian TB masih rendah, dan berdasarkan penelitian Felix dkk tentang Monitoring dan evaluasi pelaksanaan strategi *DOTS* sebagai upaya penanggulangan TB di puskesmas yang berada dalam lingkup pembinaan Dinas Kesehatan Subang pada tahun 2012 menyatakan bahwa komitmen pemerintah dalam pelaksanaan strategi *DOTS* di puskesmas masih kurang.

Melaksanakan advokasi kepada pemangku kebijakan untuk memperoleh dukungan kebijakan dan anggaran untuk pengendalian TB dari Bupati/Walikota, DPRD dan BAPPEDA kabupaten/kota, instansi sektor terkait, organisasi kemasyarakatan, dunia usaha/swasta dan penyandang dana. Dukungan anggaran TB sangat diperlukan terutama OAT 5 tahun ke depan untuk kesinambungan ketersediaannya (Kemenkes, 2010).

Komitmen politik pemerintah dalam mendukung pengawasan tuberkulosis adalah penting terhadap keempat unsur lainnya untuk dijalankan dengan baik. Komitmen ini seyogyanya dimulai dengan keputusan pemerintah untuk menjadikan tuberkulosis sebagai prioritas penting/utama dalam program kesehatan. Untuk mendapatkan dampak yang memadai maka harus dibuat program nasional yang menyeluruh yang diikuti dengan pembuatan buku petunjuk (*guideline*) yang menjelaskan bagaimana *DOTS* dapat diimplementasikan dalam program/sistem kesehatan umum yang ada. Begitu dasar-dasar ini telah diletakkan maka diperlukan dukungan pendanaan serta tenaga pelaksana yang terlatih untuk dapat mewujudkan program menjadi kegiatan nyata di masyarakat (Aditama TY, 2001).

Berdasarkan Kemenkes RI No 364 tahun 2009 tentang pedoman penanggulangan tuberkulosis menyatakan bahwa adanya kemitraan antara pemerintah, LSM, TOMA, TOGA, kelompok profesi dalam upaya percepatan penanggulangan TB secara efektif dan berkesinambungan yang akan menghasilkan komitmen bersama untuk penanggulangan TB paru. Kenyataannya dalam penelitian ini menunjukkan bahwa komitmen yang kurang mengakibatkan tidak tercapainya

target program. Setelah pertemuan advokasi di tingkat pusat pada tahun 2002, pemerintah daerah menganjurkan membentuk Gerdunas TB di tingkat provinsi dan tingkat kabupaten/kota (Kemenkes, 2009, Kemenkes, 2011).

Kesimpulan dari penelitian ini adalah bahwa komitmen pemerintah Kota Sawahlunto sudah ada tetapi masih kurang dalam penanggulangan kasus TB paru, karena kebijakan tertulis belum ada, seperti belum adanya kebijakan untuk membentuk forum Gerdunas. Hal ini disebabkan belum adanya advokasi dari dinas kesehatan. Sehingga jajaran pemerintah yang ada di kecamatan dan kelurahan atau desa kurang terlihat komitmennya untuk bekerjasama dengan pihak puskesmas sebagai ujung tombak keberhasilan penanggulangan TB paru di Kota Sawahlunto. Karena pada tingkat kecamatan dan desa hanya Puskesmas Lunto yang sudah membentuk tim TB kecamatan dan desa namun tim TB kecamatan tidak berjalan. Sedangkan untuk ketersediaan dana sudah ada tetapi belum mencukupi, dana yang tersedia hanya untuk PMT petugas labor dan PMT pasien TB BTA +. Sedangkan dana untuk kegiatan lain seperti untuk sosialisasi pada TOGA, TOMA dan LSM belum ada, begitu juga anggaran untuk jaminan ketersediaan OAT dalam 5 tahun kedepan tidak tersedia.

Berdasarkan kesimpulan tersebut maka peneliti menyarankan kepada Walikota Sawahlunto agar mengeluarkan kebijakan tertulis berupa surat keputusan pembentukan forum Gerdunas TB dan diikuti oleh pembentukan tim TB kecamatan dan desa, forum ini sebaiknya melakukan komunikasi secara kontiniu paling kurang tiga kali dalam satu bulan. Kepada Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto agar

melakukan advokasi dan mengajukan draf usulan kebijakan yang akan dikeluarkan oleh pemerintah Kota Sawahlunto serta mengajukan usulan anggaran yang diperlukan untuk kegiatan penanggulangan kasus TB paru di Kota Sawahlunto. Kepada pemerintah kecamatan agar membentuk tim TB kecamatan dan desa serta membentuk pos TB desa untuk daerah-daerah yang jauh dari akses pelayanan kesehatan. Hal ini harus dituangkan dalam kebijakan tertulis berupa surat keputusan kepala desa atau camat.

6.2.2 Pemeriksaan Dahak yang Terjamin Mutunya

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum puskesmas sudah melaksanakan pemeriksaan dahak yang terjamin mutunya tetapi masih ada laboratorium puskesmas yang tidak mempunyai protap tertulis tentang prosedur pemeriksaan sputum pada penderita TB paru juga masih ada puskesmas yang tidak mempunyai tenaga analis dan tenaga analis yang ada sudah mendapatkan pelatihan TB paru.

Penelitian yang dilakukan oleh Felix tahun 2012 tentang monitoring evaluasi pelaksanaan strategi *DOTS* sebagai upaya penanggulangan TB di Puskesmas yang berada dalam lingkup pembinaan Dinas Kesehatan Kabupaten Subang menunjukkan bahwa penegakan diagnosa TB paru di Puskesmas telah mengikuti alur diagnosis dan dilakukan dengan pemeriksaan mikroskop,

Pemeriksaan mikroskopis sputum adalah metode yang paling efektif untuk penjarangan terhadap tersangka tuberkulosis paru. *WHO* merekomendasikan strategi pengawasan tuberkulosis, dilengkapi dengan laboratorium yang berfungsi baik untuk mendeteksi dari mulai awal, tindak lanjutan dan menetapkan pengobatannya. Secara

umum pemeriksaan mikroskopis merupakan cara yang paling *cost effective* dalam menemukan kasus tuberkulosis. Dalam hal ini, pada keadaan tertentu dapat dilakukan pemeriksaan foto *toraks*, dengan kriteria-kriteria yang jelas yang dapat diterapkan di masyarakat.

Interpretasi dari suatu laboratorium berdasarkan hasil uji silang dinyatakan terdapat kesalahan bila: terdapat Positif Palsu Tinggi (PPT) atau Negatif Palsu Tinggi (NPT), laboratorium tersebut menunjukkan tren peningkatan kesalahan kecil atau kesalahannya lebih tinggi dari rata-rata semua fas yankes di kabupaten /kota terdsebut atau bila kesalahan kecil terjadi beberapa kali dalam jumlah yang signifikan, pasien bila terdapat 3 negatif palsu tendah NPR.

Kesimpulan dari penelitian ini bahwa hasil dari pemeriksaan dahak yang terjamin mutunya dapat di laksanakan di seluruh puskesmas di Kota Sawahlunto walaupun masih ada puskesmas yang tidak mempunyai tenaga analis, namun sputum dapat diperiksa pada puskesmas rujukan, sehingga saran untuk kepala puskesmas agar melengkapi seluruh protap-protap yang berhubungan dengan pelaksanaan pemeriksaan dahak dan pemeliharaan peralatan laboratorium. Kepada kepala Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto agar menempatkan tenaga analis pada semua puskesmas agar dapat dilaksanakan pemeriksaan dahak di setiap puskesmas yang ada di Kota Sawahlunto.

6.2.3 Pengobatan Jangka Pendek yang Standar dengan PMO

Hasil penelitian menunjukkan Pengobatan terhadap kasus TB paru sudah sesuai standar dan sudah disertai PMO. Pengobatan diberikan oleh dokter bekerjasama

dengan pemegang program namun tenaga masih ada yang belum pelatihan baik dokter maupun pemegang program

Penelitian yang dilakukan oleh Felix tahun 2012 tentang monitoring evaluasi pelaksanaan strategi *DOTS* sebagai upaya pengobatan jangka pendek yang standar dengan PMO dalam upaya pengawasan menelan obat, puskesmas menetapkan kader-kader dan keluarga pasien sebagai PMO.

Pemberian obat yang diawasi secara langsung, atau dikenal dengan istilah *DOTS*, pasien diawasi secara langsung ketika menelan obatnya, dimana obat yang diberikan harus sesuai standard. Dalam aturan pengobatan tuberkulosis jangka pendek yang berlangsung selama 6 – 8 bulan dengan menggunakan kombinasi obat anti TB yang adekuat. Pemberian obat harus berdasarkan apakah pasien diklasifikasikan sebagai kasus baru atau kasus lanjutan/kambuh, dan seyogyanya diberikan secara gratis kepada seluruh pasien tuberkulosis.

Pengawasan pengobatan secara langsung adalah penting setidaknya selama tahap pengobatan intensif (2 bulan pertama) untuk meyakinkan bahwa obat dimakan dengan kombinasi yang benar dan jangka waktu yang tepat. Dengan pengawasan pengobatan secara langsung, pasien tidak memikul sendiri tanggung jawab akan kepatuhan penggunaan obat. Para petugas pelayanan kesehatan, petugas kesehatan masyarakat, pemerintah dan masyarakat semua harus berbagi tanggung jawab dan memberi banyak dukungan kepada pasien untuk melanjutkan dan menyelesaikan pengobatannya. Pengawas pengobatan bisa jadi siapa saja yang berkeinginan, terlatih,

bertanggung jawab, dapat diterima oleh pasien dan bertanggung jawab terhadap pelayanan pengawasan pengobatan tuberculosis (Aditama TY, 2001).

Kesimpulan penelitian ini bahwa pengobatan jangka pendek yang standar dengan PMO. Pelaksanaan pengobatan kasus TB paru yang dilakukan oleh puskesmas di seluruh Kota Sawahlunto sudah sesuai dengan strategi *DOTS* hal ini ditunjukkan dengan tingginya angka kesembuhan pasien TB paru di Kota Sawahlunto yaitu 91%. Pengobatan dengan obat yang standar dan sesuai dengan petunjuk dalam pelaksanaan strategi *DOTS* serta pengawasan dari PMO dapat meningkatkan angka kesembuhan pada kasus TB paru. Namun belum semua pasien yang menjadi responden mengerti tentang proses pengobatan yang harus dijalani.

Saran dalam penelitian ini di tujukan untuk kepada kepala puskesmas agar lebih meningkatkan pengetahuan pasien TB tentang proses pengobatan yang harus dijalani sehingga pasien dapat mengerti dan dapat menjalaninya dengan baik dan benar. Kepada kepala dinas kesehatan agar mengirim tenaga P2TB yang belum mengikuti pelatihan untuk mengikuti pelatihan.

6.2.4 Jaminan Ketersediaan OAT

Hasil penelitian mengenai jaminan ketersediaan OAT menunjukkan bahwa obat anti tuberculosis sudah tersedia dalam jumlah yang sesuai dengan kebutuhan pada setiap puskesmas. Proses untuk mendapatkan obat dengan cara puskesmas mengajukan permintaan ke gudang farmasi.

Penelitian yang dilakukan oleh Bishma Murti di Eks Karisedenan Surakarta tahun 2010, tentang evaluasi program pengendalian TB dengan strategi *DOTS* mengenai jaminan ketersediaan OAT menunjukkan bahwa kehabisan stok OAT jarang terjadi, namun berdasarkan penelitian Felix dkk tentang monitoring dan evaluasi pelaksanaan strategi *DOTS* sebagai upaya penanggulangan TB di puskesmas yang berada dalam lingkup pembinaan Dinas Kesehatan Subang pada tahun 2012 menyatakan ketersediaan OAT bahwa keterlambatan pendistribusian obat, terutama untuk pasien kategori tiga dan kategori anak.

Jaminan tersedianya obat secara teratur, menyeluruh dan tepat waktu, sangat diperlukan guna keteraturan pengobatan. Masalah utama dalam hal ini adalah perencanaan dan pemeliharaan stok obat pada berbagai tingkat daerah. Untuk ini diperlukan pencatatan dan pelaporan penggunaan obat yang baik, seperti misalnya jumlah kasus pada setiap kategori pengobatan, kasus yang ditangani pada waktu lalu (untuk memperkirakan kebutuhan), data akurat stok masing-masing gudang yang ada, dan lain-lain (Aditama TY, 2001).

Perencanaan kebutuhan OAT dilaksanakan dengan pendekatan perencanaan dari bawah (*bottom up planning*), dan dilakukan terpadu dengan perencanaan obat lainnya. Perencanaan kebutuhan OAT memperhatikan: jumlah penemuan pasien pada tahun sebelumnya, perkiraan jumlah penemuan pasien yang direncanakan, *buffer-stock* (tiap kategori OAT), sisa stock OAT yang ada, dan perkiraan waktu perencanaan dan waktu distribusi (untuk mengetahui estimasi kebutuhan dalam kurun waktu perencanaan) (Aditama TY, 2001).

Perencanaan kebutuhan OAT dimulai dari: tingkat sarana pelayanan kesehatan, setiap sarana pelayanan kesehatan menghitung kebutuhan tahunan, triwulan dan bulanan sebagai dasar permintaan ke Kabupaten/Kota. Tingkat Kabupaten/Kota. Perencanaan kebutuhan OAT di kabupaten/kota dilakukan oleh tim perencanaan obat terpadu daerah kabupaten/kota yang dibentuk oleh kepala dinas kesehatan kab/kota yang anggotanya minimal terdiri dari unsur program, farmasi, bagian perencanaan dinas kesehatan dan Instalasi Farmasi Kab/Kota (IFK). Disamping rencana kebutuhan OAT KDT, perlu juga direncanakan OAT dalam bentuk paket kombipak atau lepas untukantisipasi efek samping KDT sebanyak 2-5 % dari perkiraan pasien yang akan diobati (Aditama TY, 2001).

Kesimpulan penelitian ini menunjukkan bahwa jaminan ketersediaan OAT untuk pengobatan TB paru di Kota Sawahlunto sudah tersedia sesuai dengan kebutuhan masing-masing puskesmas. Ketersediaan obat dalam jumlah yang cukup sangat menunjang dalam pelaksanaan program penanggulangan TB paru.

Saran dalam penelitian ini adalah Kepada kepala dinas kesehatan agar selalu mempertahankan ketersediaan obat TB untuk menjamin kelancaran proses pengobatan pasien TB di puskesmas, begitu juga dengan puskesmas agar selalu mempertahankan ketersediaan obat TB di puskesmas jangan sampai obat tidak ada saat pasien datang mengambil obat.

6.2.5 Sistem Pencatatan dan Pelaporan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pencatatan dan pelaporan sudah dilaksanakan oleh puskesmas dengan sebagai mana mestinya begitu juga dari Wasor

Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto ke Dinkes propinsi. Ini dapat dilaksanakan karena adanya komitmen antara Dinas Kesehatan Kota dengan puskesmas tentang batas pengiriman laporan.

Penelitian yang dilakukan oleh Bishma Murti di Eks Karisedenan Surakarta (2010), tentang evaluasi program pengendalian TB dengan strategi *DOTS* mengenai sistem pencatatan dan pelaporan menunjukkan bahwa ketiadaan data atau informasi tentang TB di DKK, kualitas data yang belum memadai, sebagian puskesmas yang baru menggunakan media kompiuter, dan data yang ada belum dapat di gunakan secara optimal, namun berdasarkan penelitian Felix dkk tentang monitoring dan evaluasi pelaksanaan strategi *DOTS* sebagai upaya penanggulangan TB di puskesmas yang berada dalam lingkup pembinaan Dinas Kesehatan Subang pada tahun 2012 menyatakan bahwa pencatatan dilakukan dengan menggunakan sistem kohort yang merupakan cara pengamatan sistematis untuk mengetahui perkembangan dan keberhasilan pengobatan.

Sistem pencatatan dan pelaporan digunakan untuk sistematisa evaluasi kemajuan pasien dan hasil pengobatan. sistem ini terdiri dari daftar laboratorium yang berisi catatan dari semua pasien yang diperiksa sputumnya, kartu pengobatan pasien yang merinci penggunaan obat dan pemeriksaan sputum lanjutan. Pencatatan dan pelaporan yang baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program (Kemenkes RI, 2012).

Setiap pasien tuberkulosis yang diobati harus mempunyai kartu identitas penderita yang telah tercatat dicatatan tuberkulosis yang ada di kabupaten.

Kemanapun pasien ini pergi, dia harus menggunakan kartu yang sama sehingga dapat melanjutkan pengobatannya dan tidak sampai tercatat dua kali (Aditama TY, 2001).

Kesimpulan penelitian ini menunjukkan bahwa sistem pencatatan dan pelaporan seluruh laporan dari puskesmas sudah sesuai dengan sistim pencatatan dan pelaporan yang terdapat dalam buku petunjuk pelaksanaan strategi *DOTS* begitu juga di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto baik alur maupun waktu pengirimannya. Namun dari segi isi laporan ada yang tidak sinkron antara laporan pemegang program dengan laporan analis

Sarannya kepada kepala puskesmas agar memeriksa laporan yang di buat pemegang program dan analis sebelum di kirim ke dinas kesehatan agar tidak terjadi isi laporan yang tidak sinkron antara pemegang program dan analis dan kepada Wasor TB di dinas kesehatan agar mengevaluasi laporan yang disampaikan oleh puskesmas ke dinas kesehatan nuntuk mengetahui laporan yang tidak sesuai.

6.2.6 Angka Penemuan Kasus/*Case Detection Rate (CDR)*

Berdasarkan telaah dokumen dan hasil wawancara menunjukkan bahwa rendahnya angka persentase pasien TB BTA (+) yang di temukan dan di obati masih rendah dibandingkan target yang ditetapkan dari Dinas Kesehatan. Hal ini disebabkan masih rendahnya dukungan politis, kerjasama lintas sektor, masih adanya masyarakat yang enggan untuk di periksa dahaknya karena pengetahuan yang kurang sehingga menimbulkan stigma tentang penyakit TB paru yang negatif. Kurangnya pengetahuan masyarakat menunjukkan bahwa promosi kesehatan belum mencapai sasaran dan

belum terbentuknya mitra TB di tengah masyarakat seperti Gerdunas TB, tim TB kecamatan, tim TB desa serta kader TB.

Penelitian yang dilakukan oleh Bishma Murti di Eks Karisedenan Surakarta (2010), tentang evaluasi program pengendalian TB dengan strategi *DOTS* mengenai angka penemuan kasus/*Case Detection Rate (CDR)*, menyatakan bahwa di temukan rata-rata *CDR* dibawah target, faktor penyebabnya: kesulitan mengeluarkan dahak, hanya mengandalkan *passive case finding*, dan penerapan estimasi seragam seluruh Indonesia.

Sasaran strategi nasional pengendalian TB untuk sasaran keluaran adalah meningkatkan persentase kasus baru TB paru (BTA positif) yang di temukan (Kemenkes, 2011).

Kesimpulan penelitian ini menunjukkan bahwa target *CDR*/Angka penemuan TB paru dengan BTA(+) yang di tetapkan untuk program P2TB yaitu 70%, sedangkan di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto pada tahun 2012 hanya tercapai 48,4%. Puskesmas yang sudah mencapai target yang ditetapkan Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto hanya 2 Puskesmas dari 6 puskesmas yang ada yaitu Puskesmas Lunto dan Puskesmas Kampung Teleng. Hal ini disebabkan karena masih kurangnya dukungan politis, kerjasama lintas sektor, keengganan masyarakat memeriksakan dahak disebabkan karena pengetahuan yang kurang sehingga menimbulkan stigmayang keliru tentang penyakit TB paru serta belum terbentuknya mitra TB di tengah masyarakat yang dapat bekerjasama dalam penanggulangan TB di Kota Sawahlunto.

Saran peneliti untuk meningkatkan *CDR* di Kota Sawahlunto kepada dinas kesehatan agar melakukan sosialisasi dan pelatihan kepada kader, TOMA, TOGA, LSM, dan semua mitra TB serta membuat MOU kerja sama dalam hal penanggulangan TB paru di Kota Sawahlunto. Karena setiap mitra harus memiliki pemahaman yang sama tentang tujuan mitra TB di bentuk yaitu tercapainya percepatan pengendalian TB secara efektif, efisien dan berkesinambungan. Dalam upaya meningkatkan pemberdayaan dan peran aktif masyarakat dalam penanggulangan TB paru di Kota Sawahlunto dan mengeluarkan SK tertulis kepada setiap petugas kesehatan yang berada di puskesmas dan pustu untuk melakukan pembinaan pada setiap keluarga, dalam rangka meningkatkan penemuan kasus TB melalui upaya pasif dengan promosi aktif melalui kegiatan yang inovatif seperti melibatkan pasien yang sudah sembuh dari penyakit TB paru sebagai model atau *agent of changes* di tengah masyarakat serta membuat modul promosi kesehatan tentang penyakit TB paru bagi kader kesehatan untuk melakukan pembinaan keluarga dalam rangka meningkatkan penemuan kasus TB paru, mengajukan anggaran untuk insentif kader TB yang berhasil menemukan kasus TB BTA positif.

6.2.7 Angka Kesembuhan/*Care Rate* (CR)

Angka kesembuhan *cure rate* adalah persentase kasus kesembuhan diantara kasus baru TB paru BTA positif yang diobati. Angka kesembuhan berguna untuk mengetahui efektifitas OAT standar *DOTS* ketika di berikan kepada pasien TB di suatu komunitas. Angka kesembuhan yang rendah merupakan indikator awal kemungkinan kekebalan/resistensi bakteri tuberculosis terhadap OAT standar.

Penelitian yang dilakukan oleh Bishma Murti di Eks Karisedenan Surakarta (2010), tentang evaluasi program pengendalian TB dengan strategi *DOTS*, menyatakan bahwa angka kesembuhan menunjukkan bahwa masih banyak puskesmas yang belum mencapai angka kesembuhan yang di harapkan. Faktor penyebabnya adalah putus obat, minum obat tidak teratur, kebosanan minum obat, kurangnya motivasi pasien dan persepsi pasien yang kurang memuaskan.

Berdasarkan telaah dokumen persentase penderita TB paru BTA (+) yang sembuh setelah selesai masa pengobatan menunjukkan bahwa pencapai *CR* di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto telah melampaui target yaitu 91%. Hal ini berarti bahwa program pengobatan telah berhasil dilaksanakan dan pengawasan langsung menelan obat telah dilakukan dengan benar.

Kesimpulan penelitian ini menunjukkan bahwa angka kesembuhan (*cure rate/CR*) program P2TB yaitu 85%, dalam pelaksanaannya telah melampaui target yaitu 91% hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan pengobatan TB paru di Kota Sawahlunto telah sesuai dengan strategi *DOTS*

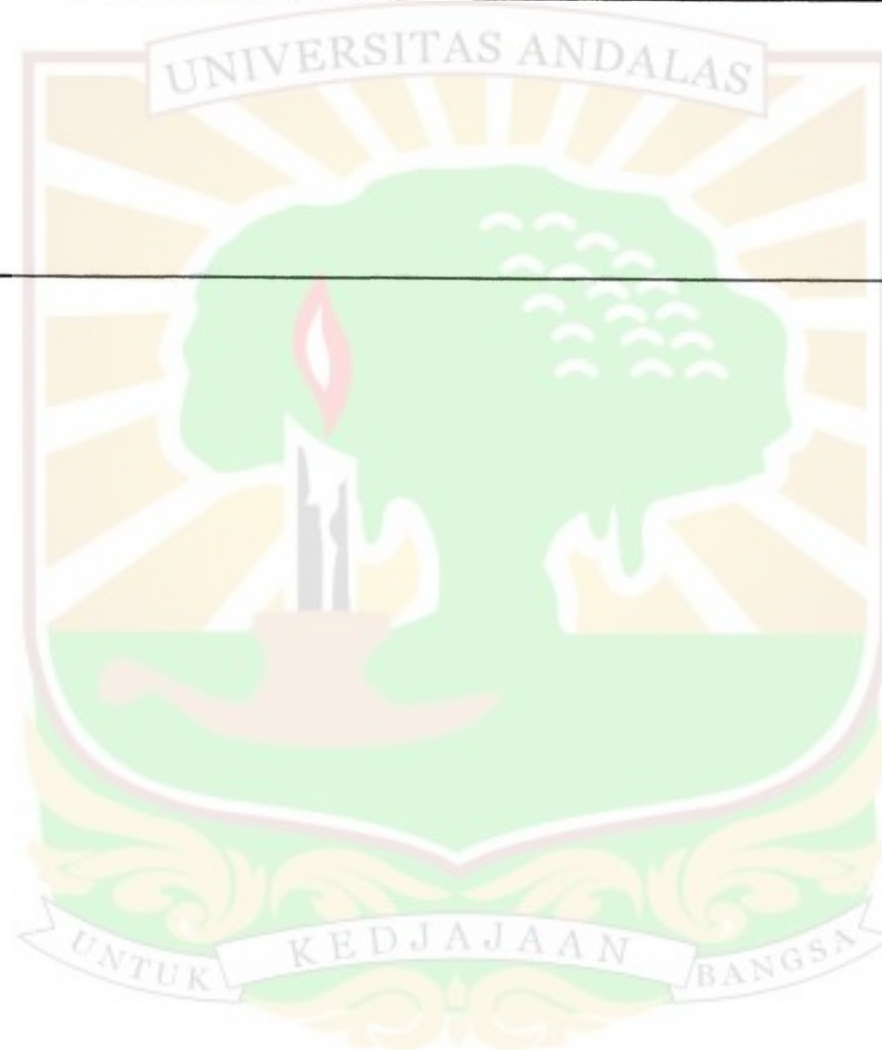
Saran peneliti untuk terus mempertahankan dan senantiasa meningkatkan *CR* diharapkan seluruh puskesmas dapat mencapai 100%, walaupun target yang di tetapkan hanya 85%, penderita yang belum sembuh dapat menyebabkan sumber penularan bagi masyarakat

Tabel 6.1 Matrik Pembahasan Berdasarkan Komponen Penelitian

No	Komponen	Masalah	Teori	Penyebab Masalah	Saran
1.	Komitmen Politis	a. Tidak adanya kebijakan tertulis dari pemerintah kota Sawahlunto tentang penanggulangan TB Paru.	Melaksanakan advokasi kepada pemangku kebijakan dan anggaran untuk pengendalian TB dari Bupati dan Walikota, DPRD serta BAPPEDA	Tidak ada advokasi dari Dinas Kesehatan pada Walikota dan DPRD untuk mengusulkan draf kebijakan	Kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto agar melakukan advokasi dan mengajukan draf kebijakan kepada Walikota. Kepada Walikota agar mengeluarkan kebijakan tertulis tentang pembentukan forum Gerdunas kota Sawahlunto.
		b. Komitmen lintas sektor, LSM, TOGA, TOMA masih kurang.	Berdasarkan Kemenkes RI No 364 tahun 2009 tentang pedoman penanggulangan tuberkulosis menyatakan bahwa adanya kemitraan antara pemerintah, LSM, TOMA, TOGA, kelompok profesi dalam upaya percepatan penanggulangan TB secara efektif dan berkesinambungan yang akan menghasilkan komitmen bersama untuk penanggulangan TB paru.	Tidak dibentunya tim TB kecamatan dan tim TB desa yang akan bekerjasama dengan petugas kesehatan dalam mengatasi kasus TB di tengah masyarakat.	Membentuk tim TB kecamatan dan tim TB desa disertai MOU kerjasama dalam penanggulangan TB di lapangan.

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | c. Dana yang tersedia belum mencukupi. | Dukungan anggaran TB sangat diperlukan terutama untuk kesinambungan ketersediaannya OAT 5 tahun ke depan. | Dana yang ada di alokasikan untuk PMT pasien dan petugas laboratorium sedangkan untuk promosi dan sosialisasi belum ada dan belum di ajukan. | Kepada kepala dinas kesehatan agar mengajukan anggaran untuk kegiatan penanggulangan TB dan melakukan advokasi dengan data-data yang dapat diterima. |
| 2. Pemeriksaan dahak yang terjamin mutunya. | a. Masih ada puskesmas yang belum memiliki protap tertulis tentang pemeriksaan BTA di laboratorium. | Pemeriksaan mikroskopis sputum adalah metode yang paling efektif untuk penjarangan terhadap tersangka tuberkulosis paru. WHO merekomendasikan strategi pengawasan tuberkulosis, dilengkapi dengan laboratorium yang berfungsi baik untuk mendeteksi dari mulai awal, tindak lanjutan dan menetapkan pengobatannya. | Petugas merasa sudah dapat melakukan pemeriksaan tanpa protap. | Kepada kepala puskesmas agar menghimbau kepada petugas labor untuk melengkapi protap pemeriksaan BTA di laboratorium |
| 3. Pengobatan Jangka Pendek yang Standar disertai PMO | a. Belum semua pasien yang menjadi responden mengerti tentang proses pengobatan yang harus dijalani. | Untuk menjamin keteraturan pengobatan pasien dan PMO harus memiliki pengetahuan tentang proses pengobatan yang harus dijalani. PMO harus menjalankan tugasnya dengan benar. | Kurangya pengetahuan pasien tentang proses pengobatan yang harus dijalani. | Kepada kepala puskesmas agar meningkatkan pengetahuan pasien tentang proses pengobatan yang harus dijalani melalui peningkatan promosi |

4. Sistem Pencatatan dan Pelaporan.	a. Adanya laporan yang tidak sinkron antara pemegang program dengan laporan laboratorium.	Pencatatan dan pelaporan yang baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program	Kurang koordinasi dalam pembuatan laporan.	kesehatan. Kepada kepala puskesmas agar memeriksa laporan sebelum dikirim ke dinas kesehatan. Kepada wasor TB kota sawahlunto agar mengevaluasi laporan yang dikirim dari puskesmas.
5. Angka Penemuan Kasus (CDR) Case Detection Rate.	a. Rendahnya pencapaian CDR yaitu 48,4%.	Target pencapaian CDR yang ditetapkan adalah 70%	Kurang komitmen lintas setor, TOGA, TOMA seta belum terbentuknya mitra TB di tengah masyarakat.	Membentuk mitra TB seperti kader TB, tim TB kecamatan dan deas. melakukan sosialisasi serta menandatangani MOU kerjasama dalam penanggulangan TB dan membuat modul promosi kesehatan bagi kader. Meningkatkan promosi kesehatan dalam rangka menemukan kasus TB pasif case finding dengan promosi aktif.



dengan kegiatan yang inovatif.

Membuat Pos TB desa dalam rangka meningkatkan pelayanan TB kepada masyarakat.

BAB VII PENUTUP

7.1 Kesimpulan

7.1.1 Komitmen Politis

Dukungan Pemerintah dan Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto masih kurang dapat dilihat dari belum adanya wujud dari dukungan politis berupa kebijakan tertulis yang mendukung upaya penanggulangan kasus TB paru di Kota Sawahlunto.

7.1.2 Pemeriksaan Dahak yang Terjamin Mutu

Hasil dari pemeriksaan dahak yang terjamin mutunya dapat dilaksanakan di seluruh puskesmas di Kota Sawahlunto walaupun masih ada puskesmas yang tidak mempunyai tenaga analis, namun sputum dapat diperiksa pada puskesmas rujukan. Untuk mengetahui mutu pemeriksaan laboratorium telah dilakukan pemerisaan uji silang.

7.1.3 Pengobatan Jangka Pendek yang Standar

Pelaksanaan pengobatan kasus TB paru yang dilakukan oleh puskesmas di seluruh Kota Sawahlunto sudah sesuai dengan strategi *DOTS*. Namun belum semua pasien yang menjadi responden mengerti tentang proses pengobatan yang harus dijalani.

7.1.4 Jaminan Ketersediaan OAT

OAT untuk pengobatan TB paru di Kota Sawahlunto sudah tersedia sesuai dengan kebutuhan masing-masing puskesmas.

7.1.5 Sistem Pencatatan dan Pelaporan

Seluruh laporan dari puskesmas sudah sesuai dengan sistim pencatatan dan pelaporan yang terdapat dalam buku petunjuk pelaksanaan strategi *DOTS* begitu juga di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto baik alur maupun waktu pengirimannya. Dari isi laporan ada yang tidak sinkron antara laporan pemegang program dengan laporan analisis.

7.1.6 *Case Detection Rate (CDR)*

Target *CDR*/angka penemuan TB paru dengan BTA (+) yang di tetapkan untuk Program P2TB yaitu 70%, sedangkan di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto pada tahun 2012 hanya tercapai 48,4%. Puskesmas yang sudah mencapai target yang ditetapkan Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto hanya 2 Puskesmas dari 6 puskesmas yang ada yaitu Puskesmas Lunto dan Puskesmas Kampung Teleng. Hal ini disebabkan karena masih kurangnya dukungan politis, kerjasama lintas sektor dan belum adanya kegiatan inovatif di puskesmas untuk upaya penjangingan kasus TB paru, seperti yang dilakukan Puskesmas Lunto, stigma negatif di masyarakat, yang disebabkan karena pengetahuan yang kurang sehingga menimbulkan persepsi yang keliru tentang penyakit TB paru, hal ini juga merupakan penyebab tidak tercapainya target *CDR* di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto.

7.1.7 *Cure Rate (CR)*

CR/angka kesembuhan program P2TB yaitu 85%, dalam pelaksanaannya telah melampaui target yaitu 91% hal ini menunjukkan bahwa

pelaksanaan pengobatan TB paru di Kota Sawahlunto telah sesuai dengan strategi *DOTS*.

7.2 Saran

Agar kasus TB paru dapat di atasi sesuai dengan target nasional dan rencana strategis bidang kesehatan Kota Sawahlunto, maka peneliti memberikan saran:

7.2.1 Komitmen Politis

- 1) Kepada Walikota Sawahlunto agar mengeluarkan kebijakan tertulis berupa surat keputusan pembentukan forum Gerdunas TB dan diikuti oleh pembentukan tim TB kecamatan dan desa.
- 2) Kepada Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto agar melakukan advokasi dan mengajukan draf usulan kebijakan yang akan dikeluarkan oleh pemerintah Kota Sawahlunto serta mengajukan usulan anggaran yang diperlukan untuk kegiatan penanggulangan kasus TB paru di Kota Sawahlunto.
- 3) Kepada pemerintah kecamatan agar membentuk tim TB kecamatan dan desa serta membentuk pos TB desa untuk daerah-daerah yang jauh dari akses pelayanan kesehatan yang dituangkan dalam kebijakan tertulis berupa Surat Keputusan kepala desa atau camat.

7.2.2 Pemerisaan Dahak yang Terjamin Mutunya

- 1) Kepala puskesmas agar melengkapi seluruh protap-protap yang berhubungan dengan pelaksanaan pemeriksaan dahak dan pemeliharaan peralatan laboratorium

7.2.3 Pengobatan yang Standar dengan PMO

- 1) Kepada kepala puskesmas agar lebih meningkatkan pengetahuan pasien TB tentang proses pengobatan yang harus dijalani sehingga pasien dapat mengerti dan dapat menjalaninya dengan baik dan benar.
- 2) Kepada dinas kesehatan agar mengirimkan petugas pelaksana program TB puskesmas untuk mengikuti pelatihan, agar petugas yang memberikan pengobatan kepada pasien TB sudah memiliki pengetahuan dan keterampilan tentang strategi *DOTS*.

7.2.4 Jaminan Ketersediaan OAT

- 1) Kepada kepala dinas kesehatan agar selalu mempertahankan ketersediaan obat TB dan membuat perencanaan ketersediaan OAT dalam jangka waktu 5 tahun kedepan untuk menjamin kelancaran proses pengobatan pasien TB di puskesmas.
- 2) Begitu juga dengan puskesmas agar selalu mempertahankan ketersediaan obat TB di puskesmas jangan sampai obat tidak ada saat pasien datang mengambil obat

7.2.5 Pencatatan dan Pelaporan

- 1) Kepada kepala puskesmas agar memeriksa laporan yang di buat pemegang program dan analisis sebelum dikirim ke dinas kesehatan agar tidak terjadi isi laporan yang tidak sinkron antara pemegang program dan analisis.
- 2) Kepada Wasor TB di dinas kesehatan agar mengevaluasi laporan yang disampaikan oleh puskesmas ke dinas kesehatan untuk mengetahui laporan yang tidak sesuai

7.2.6 CDR

- 1) Dinas kesehatan agar melakukan sosialisasi kepada kader, TOMA, TOGA, LSM, dalam upaya meningkatkan pemberdayaan dan peran aktif masyarakat dalam penanggulangan TB paru di Kota Sawahlunto serta membuat *MOU* kerjasama .
- 2) Kepada kepala dinas kesehatan agar mengeluarkan SK tertulis kepada setiap petugas kesehatan yang berada di puskesmas dan pustu untuk melakukan pembinaan pada setiap keluarga, dalam rangka meningkatkan penemuan kasus TB melalui upaya pasif dengan promosi aktif melalui kegiatan yang inovatif seperti melibatkan pasien yang sudah sembuh dari penyakit TB paru sebagai model atau *agent of changes* di tengah masyarakat
- 3) Kepada Dinas Kesehatan agar membuat modul promosi kesehatan tentang penyakit TB paru bagi kader kesehatan untuk melakukan pembinaan keluarga dalam rangka meningkatkan penemuan kasus TB .
- 4) Kepada Dinas Kesehatan agar membuat dan menyediakan media kampanye pengendalian TB untuk menjaga adanya konsistensi pesan di tengah masyarakat.
- 5) Kepada puskesmas agar meningkatkan advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial (AKMS) seperti promosi (penyuluhan) dengan kegiatan yang inovatif dan pendekatan penemuan berbasis masyarakat (*community based approach/ CBA*) untuk meningkatkan *CDR*.

7.2.3 Peneliti selanjutnya

Setelah dilakukan peningkatan kerjasama mitra TB di Kota Sawahlunto perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai Pengaruh AKMS (Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial) dalam Penanggulangan TB paru.



DAFTAR PUSTAKA

- Aditama TY, 2001, *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Azrul, Azwar, 2010, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, edisi ketiga, Bina RupaAksara, Jakarta
- Ade,S 2008, *Gambaran Indikator Program Penanggulangan Tubekulosis di Propinsi Sumatera Barat*, dalam *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Volume 2/Nomor 2/Maret 2008
- Adisasmito W, 2010, *Sistem Kesehatan*, Edisi 1, Raja Grafindo Persada Jakarta,
- Arifin, N, 2006, *Pelaksanaan Management Drug Resistant Tuberculosis*
- Baroroh,S, 2010, *Analisis Kerugian Akibat Tuberkulosis Paru pada Pasien Puskesmas di Kabupaten Purbalingga*
- Bishma Murti, 2010, *Evaluasi Program Pengendalian TB dengan Strategi DOTS di Eks Karisididenan Surakarta*, IHEPS/FK-UNS. Surakarta
- Basrowi, Suawandi, 2008, *Memahami Penelitian Kualitatif*, PT Rineka Cipta, Jakarta
- Center For Health Policy and Sosial Study* yogyakarta, 2006, Laporan Workshop Sehari Pengembangan Indikator Advokasi Tuberkulosis dan Pelayanan Bebas Masyarakat
- Danim, Sudarman, 2000, *Pengantar Studi Penelitian Kebijakan*, Bumi Aksara, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008, *Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis di Tempat Kerja*.
- Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat, Laporan Tahunan 2011
- Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto, Laporan Tahunan 2011
- Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto, *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto* tahun 2009-2013
- Endang sutisna, 2009, *Manajemen Kesehatan*, UGM, Yogyakarta

- Felix Kasim, Mary Soen, Katrin Fitria Hendranata, *Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Strategi Directly Observed Treatment Shortcourses sebagai Upaya Penanggulangan Tuberkulosis di Puskesmas yang Berada dalam Lingkup Pembinaan Dinas Kesehatan Kabupaten Subang, dalam Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, Volume 01 Nomor 03 September 2012, 134-143
- Thomas Timruck, *Epidemiologi Suatu Pengantar*, EGC, Jakarta.
- Hasibuan M, 2007, *Manajemen Dasar, Pengertian dan Masalah*, Edisi Revisi, Cetakan 6, PT Bumi Aksara Jakarta.
- Iwan Setia Budi, Nyoman Anita Damayanti, Ratna Dwi Wulandari, *Kontribusi Koordinasi terhadap Penemuan Suspek Tuberkulosis Paru di Kabupaten Madiun, Dalam Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Volume 15 nomor 01 Maret 2012, 7-11.
- Kemendes Republik Indonesia, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011, *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*.
- Kemendes Republik Indonesia, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011, *Rencana Aksi Nasional Public Private Mix Pengendalian Tuberkulosis Indonesia : 2011-2014*.
- Kemendes Republik Indonesia, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011, *Rencana Aksi Nasional Tuberkulosis-Human Immunodeficiency Virus 2011-2014*.
- Kemendes Republik Indonesia, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011, *Rencana Aksi Nasional Rencana Pengembangan Sumber Daya Manusia Pengendalian Tuberkulosis 2011-2014*.
- Kemendes Republik Indonesia, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011, *Rencana Aksi Nasional penguatan Laboratorium Pengendalian Tuberkulosis 2011-2014*.
- Kemendes Republik Indonesia, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011, *Rencana Aksi Nasional Penguatan Laboratorium Pengendalian Tuberkulosis 2011-2014*.
- Kemendes Republik Indonesia, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011, *Rencana Aksi Nasional Informasi Strategis Pengendalian Tuberkulosis 2011-2014*.
- Kemendes Republik Indonesia, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011, *Rencana Aksi Nasional Advokasi Komunikasi dan Mobilisasi Sosial Pengendalian Tuberkulosis 2011-2014*.

Kemenkes Republik Indonesia, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011, *Rencana Aksi Nasional Logistik Pengendalian Tuberkulosis 2011-2014*.

Kresno, Sudarti, DR, dra, SKM, MA, 2000, *Aplikasi penelitian kualitatif dalam pencegahan dan pemberantasan penyakit menular*, Universitas Indonesia.

Masalah Kesehatan, *Kebijakan Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia*, diunduh tanggal 11 april 2013.

Maryun Y, 2007, *Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Program Tuberkulosis Paru Terhadap Cakupan Penemuan Kasus Baru Basil Tahan Asam Positif di Kota Tasikmalaya Tahun 2006*, Tesis Program Megister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan Universitas Universitas Diponegoro.

Notoatmojo S, 2011, *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*, Edisis Revisi, Rineka Cipta, Jakarta Sumantri A, 2011, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Kencana Prenada Media Group Jakarta, Cetakan ke1.

Persatuan Ahli Penyakit Dalam Indonesia, 2006, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Edisi 4, Jilid 2, Pusat Penerbit Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta,

Rizanda M, 2009, *Bagaimana Agar Penderita Tuberkulosis tidak Lolos? Upaya dalam Peningkatan Case Detection Rate*, dalam *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Volume 3 Nomor 2 Maret 2009.

Rizanda M, *Menjaring Penderita Tuberkulosis yang Aman*, diakses dari www.korantemoonline.com, tanggal 20 Maret 2013.

Saryono, 2010, *Kumpulan Instrumen Penelitian Kesehatan*, Nulia Medika.

Sovianty, 2010, *Analisis Pelaksanaan Passive Promotive Case Finding untuk Penemuan Penderita Tuberkulosis di Puskesmas Kota Padang*, Tesis Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Padang.

Sugiyono, 2012, *Memahami Penelitian Kualitatif*, Cetakan ke7, Alfabeta Bandung.

Syafei dan Kusnanto, 2006, *Kinerja Petugas P2TB paru Puskesmas, Studi Analisis Faktor Kinerja Petugas di Kota Jambi*, UGM, Yogyakarta.

—————, 2010, *Inpres no. 1 dan no 3 Tahun 2010 Tentang Percepatan Pelaksanaan Prioritas Pembangunan Nasional dan Tentang Program Pembangunan Yang Berkeadilan melalui kegiatan sosialisasi, fasilitasi dan advokasi terkait percepatan pencapaian MDGs*.

—————, 2010, *Riset Kesehatan Dasar Indonesia*, Kemenkes, Jakarta.

—————, 2009, *Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Bidang Kesehatan 2005-2025*, Kemenkes, Jakarta.

—————, 2007, *Riset Kesehatan Dasar Indonesia*, Kemenkes, Jakarta.



PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Yth Ibu calon responden Penelitian

Di

Kota Sawahlunto

Dengan Hormat, Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat FK Unand Padang

Nama : Yaneliza

BP : 1121219002

Alamat : Perumahan Polamas Blok C no 23 Andalas Padang

Akan melakukan penelitian dengan judul “Analisis Penerapan Strategi *DOTS* dalam Penanggulangan Kasus TB paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto”, penelitian ini tidak merugikan bagi ibu /Bapak sebagai responden, kerahasiaan dan informasi yang disampaikan akan dijaga dan hanya untuk kepentingan penelitian jika ibu/Bapak menolak maka tidak ada ancaman.

Apabila anda setuju untuk menjadi responden saya maka dengan ini saya memohon menandatangani lembar persetujuan dan menjawab pertanyaan yang saya sertakan pada surat ini.

Atas perhatian dan kesediaan Ibu/Bapak saya ucapkan terimakasih.

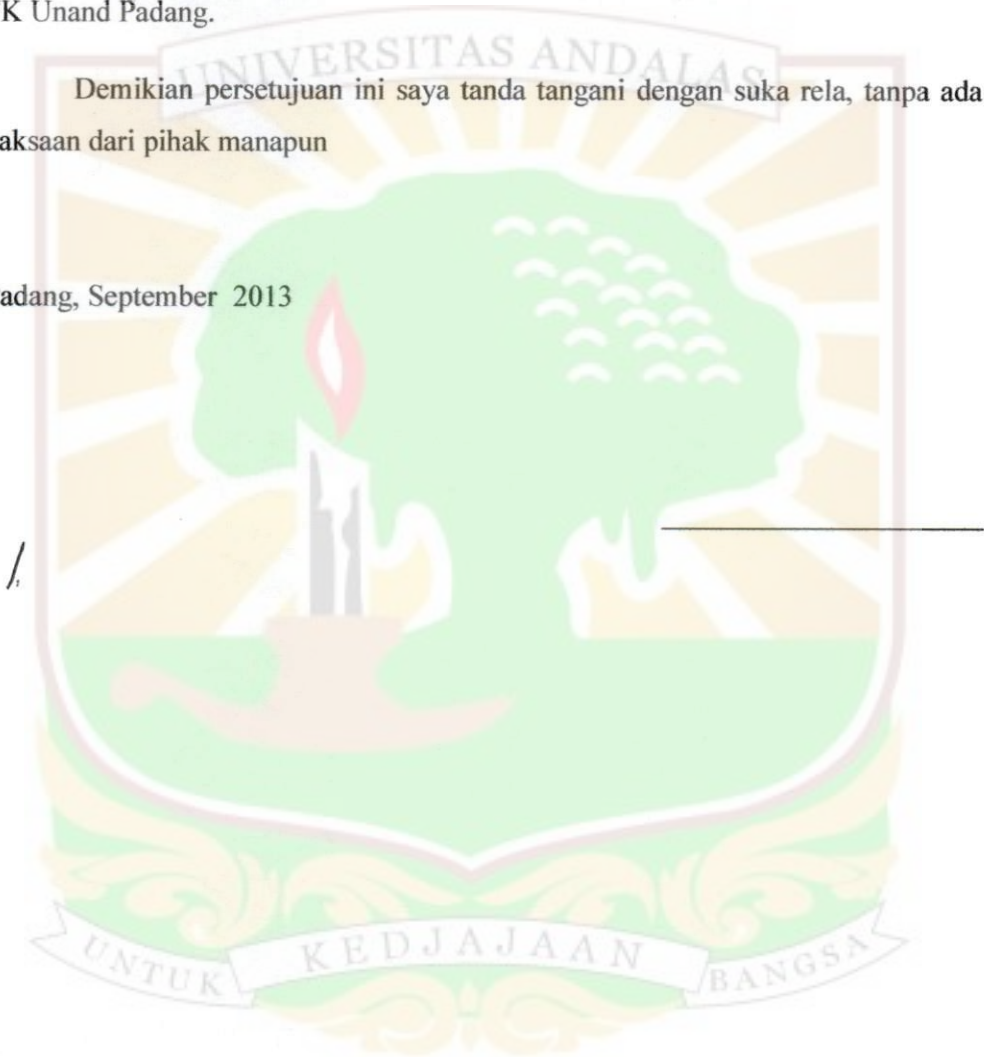
Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan maksud dari penelitian ini, maka saya bersedia menjadi responden secara sukarela dalam penelitian yang dilakukan oleh: Yaneliza, NO BP 1121219002 Mahasiswa Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat FK Unand Padang.

Demikian persetujuan ini saya tanda tangani dengan suka rela, tanpa ada paksaan dari pihak manapun

Padang, September 2013



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*Indept Interview*)

Tentang : Analisis penerapan strategi DOTS dalam penanggulangan kasus TB Paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tahun 2012

Informan : Walikota Sawahlunto

Daftar Pertanyaan :

1. Bagaimana kebijakan pemerintah kota Sawahlunto dalam hal penanggulangan kasus TB Paru ?
2. Bagaimana peraturan daerah tentang penanggulangan kasus TB Paru ?
3. Bagaimana komitmen pemerintah kota Sawahlunto dalam penanggulangan kasus TB Paru ?
Probing.....Apa bentuk komitmen tersebut ?
4. Bagaimana penganggaran yang dialokasikan untuk kesehatan khususnya untuk penanggulangan TB Paru ?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*Indept Interview*)

Tentang : Analisis penerapan strategi DOTS dalam penanggulangan kasus TB Paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tah un 2012

Informan : Ketua DPRD Kota Sawahluntu

Daftar Pertanyaan :

1. Bagaimana komitmen politis DPRD kota Sawahlunto dalam hal penanggulangan kasus TB Paru ?
2. Bagaimana bentuk komitmen tersebut ?
3. Bagaimana penyusunan anggaran yang disetujui oleh DPRD untuk penanggulangan kasus TB Paru di Kota Sawahlunto ?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*Indept Interview*)

Tentang : Analisis penerapan strategi *DOTS* dalam penanggulangan kasus TB Paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tahun 2012

Informan : Kepala Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto

Daftar Pertanyaan :

1. Bagaimana pelaksanaan penanggulangan kasus TB Paru di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto ?
2. Bagaimana prioritas program penanggulangan TB Paru di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto ?
3. Bagaimana kesiapan tenaga kesehatan dalam penanggulangan TB Paru di Kota Sawahlunto ?
Probing.....bagaimana jumlah sesuai standar, apakah sudah dilatih ?
4. Bagaimana pendanaan program penanggulanagan TB paru di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto ?
Probing.....Kegiatan apa saja yang didanai ?
5. Bagaimana penyediaan sarana prasarana untuk penanggulangan TB Paru di Dinas Kesehatan kota Sawahlunto ?
6. Bagaimana keadaan sarana prasarana yang ada di Puskesmas untuk kegiatan penanggulangan TB paru ?
7. Bagaimana komitmen politis pemerintah kota Sawahlunto dan DPRD dalam penanggulangan kasus TB Paru ?
8. Bagaimana bentuk komitmen tersebut ?
9. Bagaimana ketersediaan OAT di Dinas Kesehatan ?
10. Bagaimana sistem pencatatan dan pelaporan program TB ?
11. Bagaimana pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi program TB Paru ?

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*Indept Interview*)

Tentang : Analisis penerapan strategi DOTS dalam penanggulangan kasus TB Paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tah un 2012

Informan : Wasor TB Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto

Daftar Pertanyaan :

1. Bagaimana pelaksanaan penanggulangan kasus TB Paru di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto ?
2. Bagaimana tenaga program penanggulangan TB di Puskesmas dan Rumah Sakit ?
Probing.....Bagaimana pencapaian standar tenaga pelaksana program TB di Puskesmas ?
Bagimana pelaksanaan pelatihan bagi tenaga pelaksana program ?
3. Bagaimana pendanaan program penanggulanagan TB Paru di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto ?
Probing.....kegiatan apa saja yang didanai ?
4. Bagaimana ketersediaan sarana prasarana untuk penanggulangan TB Paru di Puskesmas ?
Probing..... Bagimana keadaan sarana prasarana yang ada ?
5. Bagaimana komitmen Kepala Dinas Kesehatan kota Sawahlunto, pemerintah daerah dan DPRD dalam penanggulangan kasus TB Paru ?
6. Bagaimana bentuk komitmen tersebut ?
7. Bagaimana ketersediaan OAT pada setiap Puskesmas dan rumah Sakit?
8. Bagaimana sistem pencatatan dan pelaporan Program TB ?
Probing.....Siapa yang membuat laporan ?
Kapan laporan sampai di Dinas Kesehatan
Apakah laporan tepat waktu ?

9. Bagaimana sistem pencatatan dan pelaporan program TB Paru di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto?

Probing.....Apakah laporan dikirim tepat waktu ?

Apakah ada dilakukan validasi data laporan program TB?

Apakah ada dilakukan monitoring ? Waktunya Kapan?

10 Bagaimana pencapaian target program TB di Dinas Kesehatan kota Sawahlunto dan bagaimana kendala-kendalannya



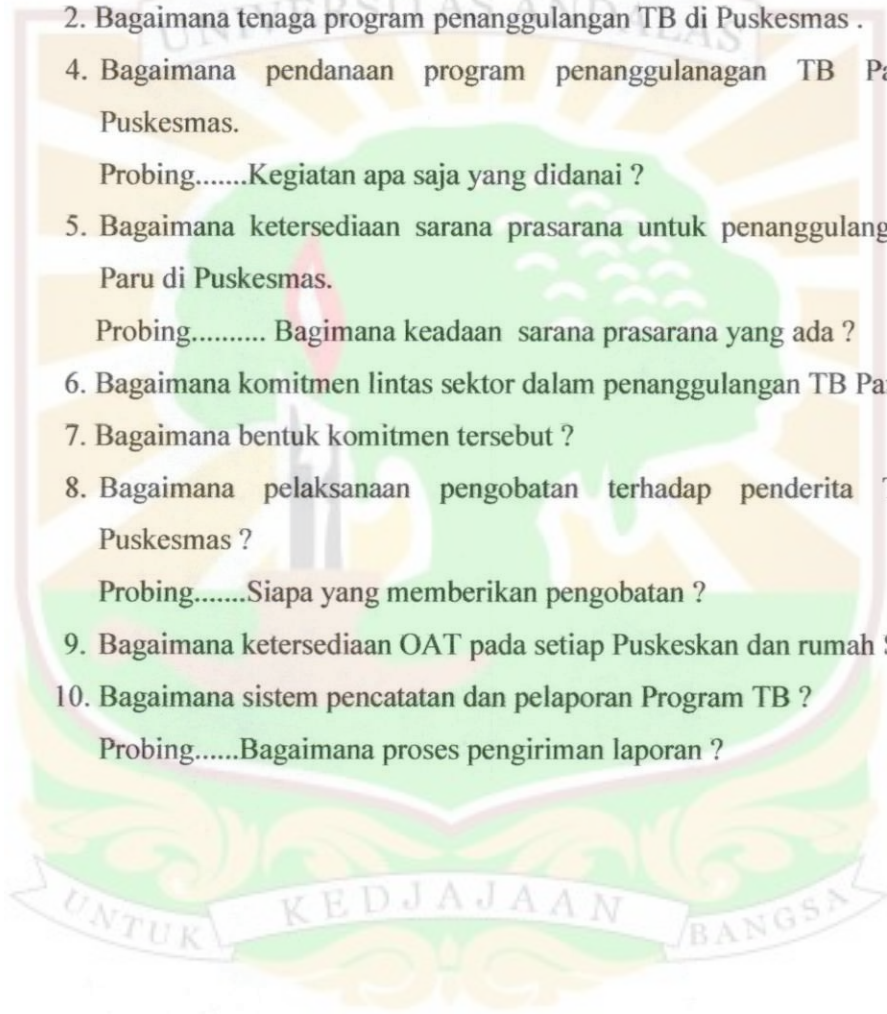
PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*Indept Interview*)

Tentang : Analisis penerapan strategi DOTS dalam penanggulangan kasus TB Paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tahun 2012

Informan : Pemegang Program TB Paru Puskesmas

Daftar Pertanyaan :

1. Bagaimana pelaksanaan penanggulangan kasus TB Paru di Puskesmas.
2. Bagaimana tenaga program penanggulangan TB di Puskesmas .
4. Bagaimana pendanaan program penanggulangan TB Paru di Puskesmas.
Probing.....Kegiatan apa saja yang didanai ?
5. Bagaimana ketersediaan sarana prasarana untuk penanggulangan TB Paru di Puskesmas.
Probing..... Bagaimana keadaan sarana prasarana yang ada ?
6. Bagaimana komitmen lintas sektor dalam penanggulangan TB Paru ?
7. Bagaimana bentuk komitmen tersebut ?
8. Bagaimana pelaksanaan pengobatan terhadap penderita TB di Puskesmas ?
Probing.....Siapa yang memberikan pengobatan ?
9. Bagaimana ketersediaan OAT pada setiap Puskesmas dan rumah Sakit ?
10. Bagaimana sistem pencatatan dan pelaporan Program TB ?
Probing.....Bagaimana proses pengiriman laporan ?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*Indept Interview*)

Tentang : Analisis penerapan strategi DOTS dalam penanggulangan kasus TB Paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tahun 2012

Informan : Dokter Puskesmas.

Daftar Pertanyaan :

1. Bagaimana pelaksanaan penanggulangan kasus TB Paru di Puskesmas.
2. Bagaimana tenaga program penanggulangan TB di Puskesmas.

Probing.....Bagaimana standar tenaga pelaksana program TB di Puskesmas ?

3. Bagaimana pendanaan program penanggulanagan TB Paru di Puskesmas ?

Probing.....Kegiatan apa saja yang didanai ?

4. Bagaimana ketersediaan sarana prasarana untuk penanggulangan TB Paru di Puskesmas ?

Probing..... Bagaimana keadaan sarana prasarana yang ada ?

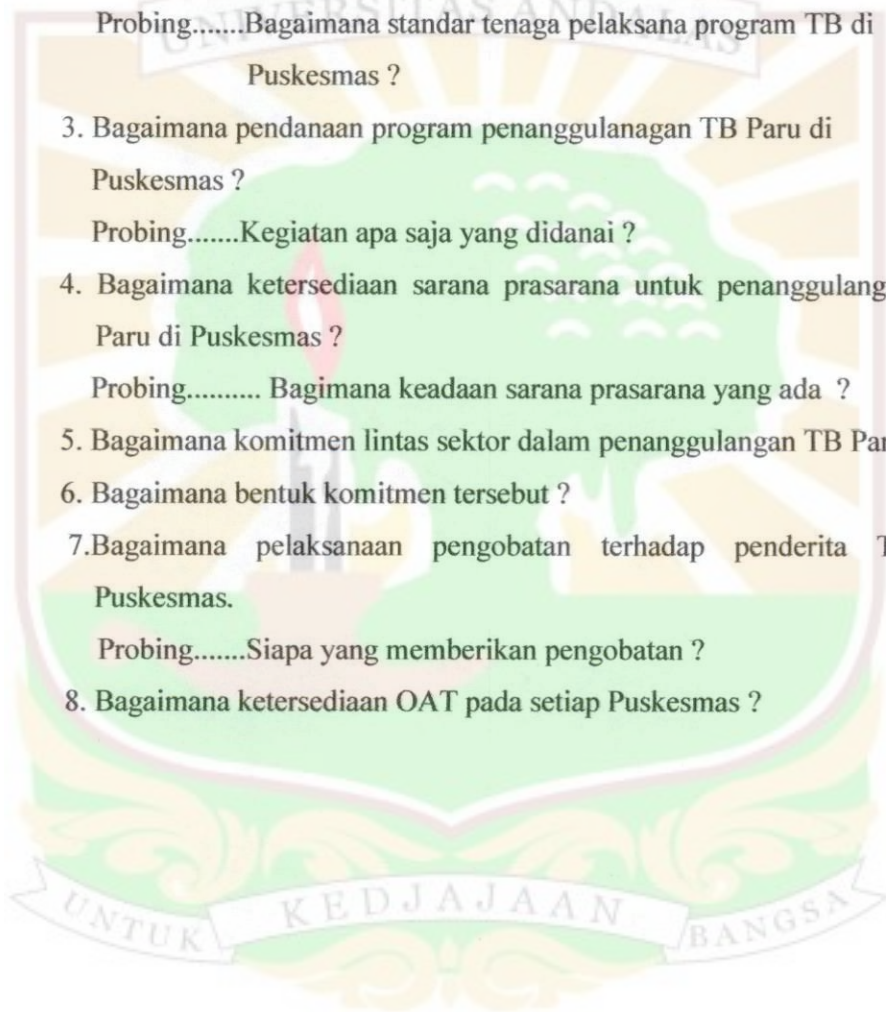
5. Bagaimana komitmen lintas sektor dalam penanggulangan TB Paru ?

6. Bagaimana bentuk komitmen tersebut ?

7. Bagaimana pelaksanaan pengobatan terhadap penderita TB di Puskesmas.

Probing.....Siapa yang memberikan pengobatan ?

8. Bagaimana ketersediaan OAT pada setiap Puskesmas ?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*Indept Interview*)

Tentang : Analisis penerapan strategi DOTS dalam penanggulangan kasus TB Paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tahun 2012

Informan : Analis Kesehatan Puskesmas.

Daftar Pertanyaan :

1. Bagaimana pelaksanaan penanggulangan kasus TB Paru di Puskesmas ?
2. Bagaimana tenaga program penanggulangan TB di Puskesmas ?
3. Bagaimana pendanaan program penanggulanagan TB Paru di Puskesmas ?
Probing.....kegiatan apa saja yang didanai ?
4. Bagaimana ketersediaan sarana prasarana untuk penanggulangan TB Paru di Puskesmas ?
Probing..... Bagaimana keadaan sarana prasarana yang ada ?
5. Bagaimana komitmen lintas sektor dalam penanggulangan TB Paru ?
6. Bagaimana bentuk komitmen tersebut ?
7. Bagaimana pelaksanaan pemeriksaan dahak di laboratorium puskesmas?
Probing.....Bagaimana protap pelaksanaan pemeriksaan pada setiap laboratorium ?
8. Bagaimana pelaksanaan cross check terhadap hasil pemeriksaan ?
9. Bagaimana pelaksanaan kalibrasi terhadap mikroskop ?
10. Bagaimana pelaksanaan pengobatan terhadap penderita TB di Puskesmas ?
Probing.....Siapa yang memberikan pengobatan ?
- 11, Bagaimana sistem pencatatan dan pelaporan Program TB ?

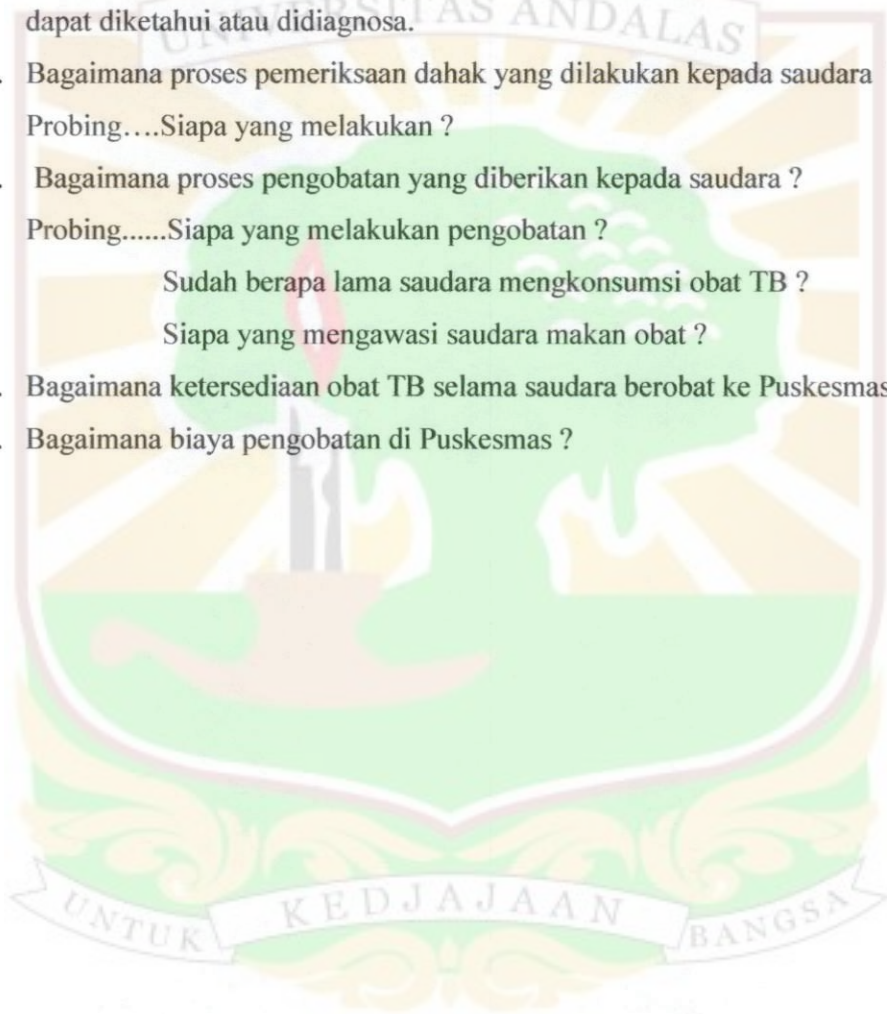
PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*Indept Interview*)

Tentang : Analisis penerapan strategi DOTS dalam penanggulangan kasus TB
Paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tahun 2012

Informan : Penderita TB

Daftar Pertanyaan :

1. Bagaimana pemeriksaan yang di Puskesmas sehingga penyakit saudara dapat diketahui atau didiagnosa.
2. Bagaimana proses pemeriksaan dahak yang dilakukan kepada saudara ?
Probing.....Siapa yang melakukan ?
3. Bagaimana proses pengobatan yang diberikan kepada saudara ?
Probing.....Siapa yang melakukan pengobatan ?
Sudah berapa lama saudara mengkonsumsi obat TB ?
Siapa yang mengawasi saudara makan obat ?
4. Bagaimana ketersediaan obat TB selama saudara berobat ke Puskesmas ?
5. Bagaimana biaya pengobatan di Puskesmas ?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*Indept Interview*)

Tentang : Analisis penerapan strategi DOTS dalam penanggulangan kasus TB Paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tahun 2012

Informan : Pengawas Minum Obat

Daftar Pertanyaan :

1. Bagaimana cara anda melakukan pengawasan minum obat terhadap penderita TB Paru ?
2. Bagaimana pengetahuan anda tentang penyakit TB Paru dan tugas-tugas yang harus anda lakukan sebagai seorang pengawas minum obat ?



PEDOMAN FOKUS GROUP DISKUSI (FGD)

Tentang : Analisis penerapan strategi DOTS dalam penanggulangan kasus TB Paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tahun 2012

Informan : Pemegang Program TB Puskesmas.

Daftar Pertanyaan :

1. Bagaimana penanggulangan kasus TB Paru di Puskesmas ?
2. Bagaimana tenaga program penanggulangan TB di Puskesmas sudah mencukupi dan sudah memenuhi standar ?
3. Apakah semua tenaga sudah mengikuti pelatihan ?
4. Apakah ada alokasi dana khusus Program P2 TB di Puskesmas/RS Probing.....Apakah dana mencukupi ?
Kegiatan apa saja yang didanai ?
5. Apakah sarana prasarana untuk penanggulangan TB Paru di Puskesmas/RS sudah mencukupi ?
6. Apakah ada dukungan lintas sektor dalam pelaksanaan program P2 TB di di kota Sawahlunto ?
7. Apa bentuk dukungan tersebut ?
8. Apakah Bapak/Ibu mengetahui cara pelaksanaan pengobatan terhadap penderita TB dengan strategi DOTS ?
Probing.....Siapa yang memberikan pengobatan ?
10. Apakah OAT selalu tersedia pada setiap Puskesmas dan rumah Sakit ?
11. Apakah Bapak/Ibu mengetahui sistem pencatatan dan pelaporan Program TB ?
Probing.....Siapa yang membuat laporan ?
Kapan laporan sampai di Dinas Kesehatan
Apakah laporan tepat waktu ?

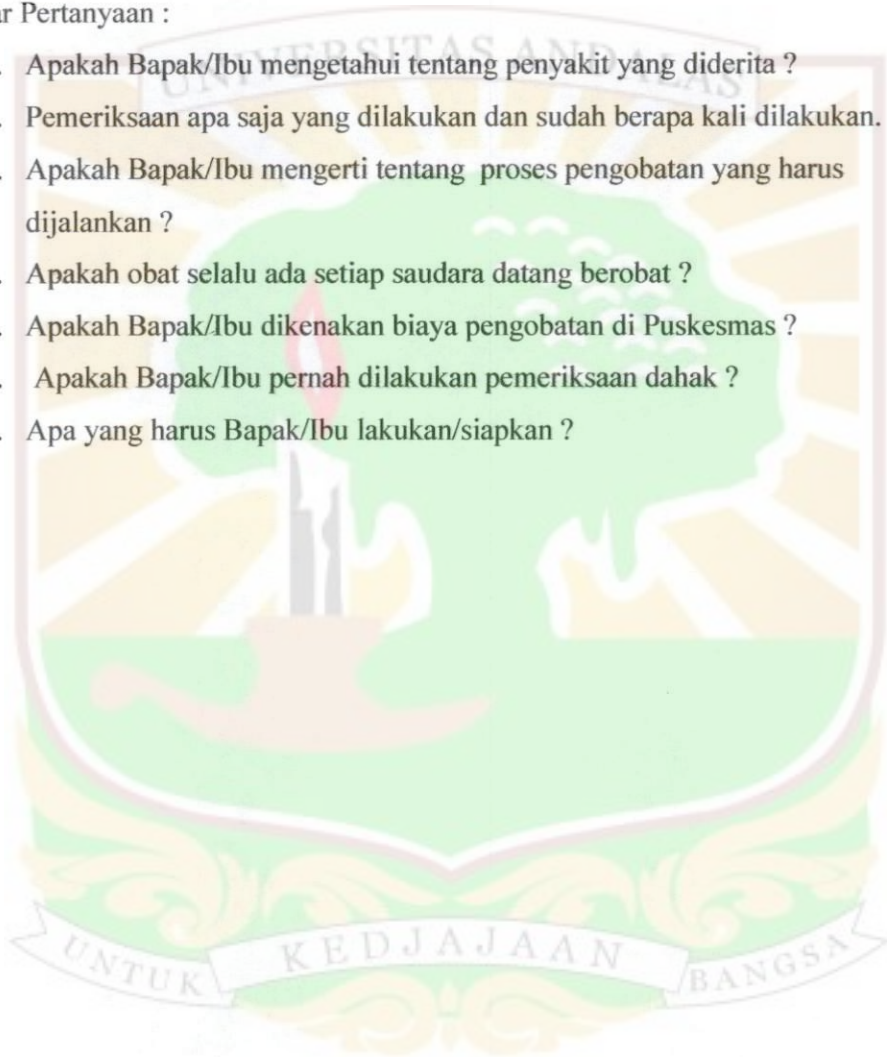
PEDOMAN FOKUS GROUP DISKUSI (FGD)

Tentang : Analisis penerapan strategi DOTS dalam penanggulangan kasus TB
Paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tahun 2012

Informan : Pasien TB

Daftar Pertanyaan :

1. Apakah Bapak/Ibu mengetahui tentang penyakit yang diderita ?
2. Pemeriksaan apa saja yang dilakukan dan sudah berapa kali dilakukan.
3. Apakah Bapak/Ibu mengerti tentang proses pengobatan yang harus dijalankan ?
4. Apakah obat selalu ada setiap saudara datang berobat ?
5. Apakah Bapak/Ibu dikenakan biaya pengobatan di Puskesmas ?
6. Apakah Bapak/Ibu pernah dilakukan pemeriksaan dahak ?
7. Apa yang harus Bapak/Ibu lakukan/siapkan ?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Tentang : Analisis penerapan strategi DOTS dalam penanggulangan kasus TB Paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tahun 2012

Informan : Penderita Suspek TB Paru

1. Bagaimana penyakit yang saudara rasakan saat saudara datang berobat ke puskesmas?
2. Bagaimana pemeriksaan yang di lakukan petugaspuskesmas terhadap terhadap penyakit saudara dan bagaimana saran-saran petugas terhadap saudara?
Probing : Mengapa saudara tidak mau melakukan pemeriksaan dahak
3. Bagaimana Pendapat saudara tentang penyakit TB Paru?



Lampiran: Wawancara mendalam I1 (Wali Kota Sawahlunto)

- P : Bagaimana komitmen pemerintah Kota Sawahlunto dalam penanggulangan kasus TB paru?
- I1 : Pemerintah Kota Sawahlunto sangat peduli dengan seluruh masalah kesehatan bukan hanya kasus TB tetapi seluruh masalah kesehatan hal ini terlihat dengan adanya JPKM untuk masyarakat membayar 50% premi JPKM masyarakat tidak akan ragu untuk memeriksakan diri baik ke puskesmas maupun ke RS di Kota Sawahlunto
- P : Bagaimana peraturan daerah tentang penanggulangan kasus TB Paru?
- I1 : Peraturan daerah yang khusus tentang penanggulangan TB tidak ada saya hanya memerintahkan kepada kepala dinas kesehatan, melalui rapat kepala dinas untuk melakukan pencarian kasus TB dari rumah ke rumah.
- Kebijakan di bidang kesehatan saya serahkan pada Dinas Kesehatan. Saya menyetujui saja, karena mereka yang paling tau masalah kesehatan. Kebijakan saya hanya berupa himbauan untuk memeriksakan diri ke Puskesmas atau pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat.
- P : Bagaimana penganggaran yang dialokasikan untuk kesehatan untuk kesehatan khususnya untuk pengulangan TB Paru?
- I1 : Kalau mengenai anggaran saya tidak ingat lagi tapi untuk program TB Paru tiap tahun selalu ada di usulkan dari dinas kesehatan dan berapa di setujui saya tidak ingat lagi

Lampiran: Wawancara mendalam I2 (Ketua DPRD Kota Sawahlunto)

- P : Bagaimana komitmen pemerintah kota Sawahlunto dalam penanggulangan kasus TB paru?
- I2 : Kami sangat berkomitmen dalam pengulangan penyakit-penyakit yang ada di Kota Sawahlunto bukan hanya TB Paru. Kesehatan masyarakat merupakan prioritas dalam pembangunan Kota Sawahlunto, ini dapat di lihat dengan adanya JPKM daerah lain mungkin belum ada JPKM
- P : Bagaimana bentuk komitmen tersebut?
- I2 : Ya kalau bentuk kami salah satunya dapat di lihat dari disetujuinya anggaran untuk program TB dalam beberapa tahun terakhir.
- P : Bagaimana penyusunan anggaran yang di setujui oleh DPRD untuk pengulangan kasus TB Paru di kota Sawahlunto?

I2 : Proses penganggaran berdasarkan usulan dari Dinas Kesehatan yang diikuti dengan dasar-dasar ril untuk mendukung usulan kegiatan tersebut. Sejauh ini kalau kegiatannya realistis kami di DPRD menyetujui aja. Tahun 2011 dan 2012 yang dianggarkan PMT untuk pasien dan petugas labor

Lampiran: Wawancara mendalam I3 (Kepala Dinas Kesehatan)

- P : Kebijakan
- I3 : Dilakukan dengan jenjang mapping, daridinas, puskesmas dan kader. Dinas kebidang, di puskesmas ada pemegang program yang berasal dari daerah binaan yang melakukan, seharusnya tidak ada yang lepas
- P : Prioritas Program TB
- I3 : Karena termasuk tujuan MDGs 6 lebih memprioritaskan pola hidup bersih dan sehat, untuk TB paru dengan turun setiap petugas dan langkah kedepannya tiap petugas mempunyai rumah binaan
- P : Kesiapan tenaga kesehatan
- I3 : Petugas sudah siap karena sudah dilakukan pelatihan, tergantung niat untuk melakukan kegiatan sesuai pola WHO.
- P : Pendanaan
- I3 : APBD dan APBN, dapat di ketahui dari Kasie PP dinas, yang jelas kita dukung program TB
- P : Sarana dan Prasarana
- I3 : Setiap puskesmas punya logistik cukup. Sarana ada hal yang harus ditambah, misalnya mikroskop. Tenaga mungkin tidak semua puskesmas memiliki tenaga analis seperti puskesmas Kolok
- P : Komitmen politik
- I3 : Adanya himbauan Wako untuk pemeriksaan sputum saat batuk lama
- P : Pelaksanaan program TB
- I3 : Setiap petugas pelayanan harus turun lapangan kecuali petugas UGD
- P : Ketersediaan OAT

- I3 : Cukup
- P : Pencatatan dan pelaporan
- I3 : Punya komitmen berjenjang, laporan tutup buku tanggal 25 dari pemegang program, kemudian puskesmas sudah siap seluruhnya tgl 28, dilaporkan ke dinas paling lambat tanggal 5 dan dikirim ke provinsi tanggal 10 setiap bulannya.
- P : Monev
- I3 : Untuk di puskesmas monev mingguan dan bulanan. Dinas pada program hal yang prioritas secara terpadu pelaksanaan TB dengan kinerja kemudian di bicarakan dalam monev bidang dan program sehingga ada kerjasama antar program

Lampiran: Wawancara mendalam I4 (Wasor TB)

- P : Bagaimana pelaksanaan penanggulangan kasus TB di Dinas Kesehatan Sawahlunto?
- I4 : Setiap puskesmas itu memiliki target pencapaian program baik itu untuk suspek maupun pencapaian BTA (+), setiap puskesmas mempunyai pemegang program P2TB sebagai penanggung jawab. Penjarigan dilakukan dari poli, posyandu atau melalui penyuluhan-penyuluhan kalau ada suspek dilakukan pemeriksaan BTA. Kalau (+) di berikan pengobatan dengan OAT. Rumah Sakit juga melaksanakan strategi DOTS, tetapi setelah terdiagnosa pasien di kembalikan ke puskesmas jadi yang melaporkan kasus dari puskesmas.
- P : Bagaimana tenaga program penanggulangan TB di Kota Sawahlunto?
- I4 : Kalau tenaga saya sendiri wasor belum pelatihan, sayakan maih baru dan yang mnentukan pelatihan kan provinsi, kalau di puskesmas masih ada juga yang belum pelatihan, tahun kemarin ada pelatihan di provinsi tapi sawahlunto tidak kebagian. Ada satu puskesmas yang tidak ada analisisnya. Kolok mereka mengirim slidenya ke talawi, kadang-kadang ada yang sudah pelatihan tapi pindah atau sekolah.
- P : Bagaimana pendanaan program penangulangan TB Paru di Dinas Kota Sawahlunto?
- I4 : Kalau dana yang ada di RKA DKK PMT pasien dan PMT Analisis. Dari global fund ada juga untuk pemeriksaan slide sputum untuk analisis, kalau untuk penjarigan puskesmas bisa memasukan dalam dana BOK. Dananya sih masih kurang untuk pemegang program belum ada insentif biar semangat mencari suspek. Untuk wasor juga

belum ada, cuma ada dana kalau diundang validitas data ke propinsi

- P : Bagaimana ketersediaan sarana prasarana yang ada untuk program P2TB ?
- I4 : Sarana lengkap begitu juga di puskesmas semuanya sudah ada tinggal bagaimana mencari pasien untuk diperiksa.
- P : Bagaimana komitmen Kepala Dinas Kota Sawahlunto, pemerintah daerah dan DPRD?
- I4 : Kalau kepala dinas sangat tinggi komitmennya dalam setiap pertemuan selalu mengingatkan kepala puskesmas dan pemegang program untuk berusaha mencapai target program TB karena termasuk salah satu program MDG's. Cuma komitmen atau himbauan tersebut belum ada dalam bentuk tertulis hanya penyampaian secara lisan, sekarang beliau sedang menghimbau pada seluruh tenaga kesehatan baik di puskesmas dan puskesmas polindes harus mempunyai keluarga binaan agar dapat diketahui masalah kesehatan dan dicari pemecahannya, hal ini untuk meningkatkan pencapaian target program yang pada tahun 2012 pencapaiannya masih jauh dari target, begitu juga walikota sangat tinggi komitmennya, wujud dari komitmennya terlibat dengan disetujui dana untuk program TB, walaupun belum mencukupi tapi itulah kemampuan pemerintah Kota Sawahlunto
- P : Bagaimana ketersediaan OAT pada setiap puskesmas?
- I4 : OAT cukup, puskesmas tinggal amprah ke gudang farmasi
- P : Bagaimana system pencatatan dan pelaporan?
- I4 : Pencatatan dan pelaporan selama ini berjalan dengan sebagaimana mestinya. Laporan di buat pemegang program puskesmas dan analisis. Disampaikan pada wasor DKK, kemudian saya menemukan ke wasor provinsi dan selama ini selalu tepat waktu
- P : Monitoring TB di lakukan secara rutin di provinsi sekali 6 bulan, wasor kabupaten / Kota diundang?
- I4 : Sedangkan dari dinas kesehatan melakukan supervisi ke puskesmas sekali 3 kali
- P : Bagaimana pencapaian target program TB Kota Sawahlunto?
- I4 : Target untuk 2013 sampai triwulan ke 3 masih 28 %, target 92 tercapai baru 26% kasus BTA positif. Masih jauh dari target 70%. Hanya puskesmas lunto yang sudah mencapai target yaitu 100%. Tahun kemarin puskesmas lunto juga melebihi targetnya.
- P : Bagaimana kendala yang di temukan program TB?

I4 : Kesadaran masyarakat masih kurang, upaya petugas juga belum maksimal, keterlibatan lintas sektor juga sangat luas.

Lampiran: Wawancara mendalam I5P1 (Pemegang Program P. Lunto)

P : Bagaimana pelaksanaan program TB di Puskesmas?

I5P1 : Biasanya kalau sudah di temukan kami melakukan kontak serumah atau biasanya kalau ada suspek di poli kita langsung kejar kerumah. Untuk tahun ini kami lihat BTA (+) kami lacak kembali. Pencapaian dan target 7 BTA (+) kami sudah dapat 5 BTA (+), tahun lalu mencapai 128%

P : Bagaimana tenaga pemegang TB puskesmas?

I5P1 : Mungkin untuk P2M mencakup semua seperti: TB, Kusta, semua penyakit menular, 1 pemegang program belum pelatihan, dokter sudah, analis sudah

P : Bagaimana pendanaan program TB Paru di Puskesmas ?

I5P1 : Yang di danai hanya PMT pasien, untuk pelacakan hanya dana dr BOK, dana rasanya belum menukupi, untuk pelacakan hanya 1 kali sebulan pemantauan 1x sebulan dana terbatas

P : Bagaimana ketersediaan sarana dan prasarana untuk penanggulangan program TB Paru di Puskesmas?

I5P1 : Mungkin untuk pemeriksaan laboratorium cukup, pembuangan kurang baik, mikroskop bagus

P : Bagaimana komitmen lintas sektor?

I5P1 : Lintas sektor sudah baik, kami ada kampung peduli TB ada di lunto timur, untuk kecamatan komitmennya belum terlihat, sudah di buat tim TB paru tapi belum jalan, dengan kepala puskesmas ada perjanjian dalam lokmin kami.

P : Bagaimana pelaksanaan pengobatan terhadap penderita TB di Puskesmas?

I5P1 : Pasien dengan BTA (+) di beri OAT setelah dua bulan makan obat di periksa lagi BTA (-) obat di lanjutkan, kalau (+) tambahkan 1 bulan sisipan, pada bulan kelima cek lagi BTA kalau (-) lanjutkan obat sampai selesai, kalau (+) masuk kategori 2 bulan ke 6 cek lagi kalau (-) sembuh

P : Bagaimana ketersediaan OAT di Pusksmas Lunto?

I5P1 : Obat cukup

- P : Bagaimana pencatatan dan pelaporan Program TB?
- I5P1 : Laporan di buat pemegang kemudian laporan di kirim ke dinas kesehatan

Lampiran: Wawancara mendalam I5P2 (Program Puskesmas Teleng)

- P : Bagaimana pelaksanaan program TB di Puskesmas?
- I5P2 : Kasus suspek TB berobat ke BP kalo batuk sudah lebih 1 minggu di anjurkan periksa sputum SPS, kalau (+) pasien di serahkan pada pemegang program, nanti pemegang program memberikan obat TB, dengan penjelasan tentang penyakitnya dan ditentukan PMO, Pasien ambil obat 1X semiggu, penjangingan kami lakukan di pustu, posyandu, dan sekolah-sekolah. Penyuluhan TB orang promkes yang melakukannya dan penjangingan di lakukan bersama PWS
- P : Bagaimana tenaga pemegang TB puskesmas?
- I5P2 : Kalau tenaga belum sesuai dengan standar dan pemegang program belum pelatihan, kalau analis sudah pelatihan
- P : Bagaimana pendanaan program TB Paru di Puskesmas ?
- I5P2 : Kalau dana penjangingan diambil dari BOK jadi kami setiap turun dikasih Rp 30.000 setiap turun, untuk kotak serumah tidak ada
- P : Bagaimana ketersediaan sarana dan prasarana untuk penanggulangan program TB Paru di Puskesmas?
- I5P2 : Sarana untuk TB cukuplah bu..., belum pernah kurang alat-alat labor juga untuk periksa BTA
- P : Bagaimana komitmen lintas sektor?
- I5P2 : Lintas sektor sudah di libatkan tapi kegiatannya belum ada seperti pasien tidak mau di periksa BTA, harusnya kepala desa membantu petugas untuk meyakinkan pasien tapi kepala desa tidak mau
- P : Bagaimana pelaksanaan pengobatan terhadap penderita TB di Puskesmas?
- I5P2 : Setelah di jumapai pasien BTA (+) pemegang program memberikan pengobatan disertai penunjukan PMO pasien juga di pantau BTAny
- P : Bagaimana ketersediaan OAT di puskesmas Teleng?
- I5P2 : Obat cukup bu..

- P : Bagaimana pencatatan dan pelaporan Program TB?
- I5P2 : Laporan TBkan banyak bu... laporan labor di buat analis, laporan program di buat pemegang program, kemudian laporan di kirim ke dinas kesehatan ada juga wasor yang ambil waktu monev TB

Lampiran: Wawancara mendalam I5P3 (Pemegang Program P. Silungkang)

- P : Bagaimana pelaksanaan program TB di Puskesmas?
- I5P3 : Untuk penanggulangan TB kami membuat tim untuk turun kelapangan dengan pemetaan kasus TB dalam 10 tahun terakhir kami cari suspek dari lingkungan penderita tersebut. Masing PWS, dokter, pemegang program, kesling, turun tim ada dibuat SKnya
- P : Bagaimana tenaga pemegang TB puskesmas?
- I5P3 : kalau petugas sudah di latih tahun 2004, dokter belum, analis sudah di latih
- P : Bagaimana pendanaan program TB Paru di Puskesmas ?
- I5P3 : Dana yang digunakan untuk turun dana BOK, dana trans... saja dana untuk analis dapat PMT dari DKK, pasien juga dapat PMT , untuk PWS dan pemegang program tidak ada, pernah diusulkan tapi tidak disetujui
- P : Bagaimana ketersediaan sarana dan prasarana untuk penanggulangan program TB Paru di Puskesmas?
- I5P3 : Sarana dan prasarana cukup untuk kegiatan program dalam keadaan dapat di gunakan
- P : Bagaimana komitmen lintas sektor?
- I5P3 : Masih kurang untuk kegiatan penyuluhan aja kita melibatkan yang datang orangnya hanya itu-itu saja, bentuk komitmen itu belum keliatan.
- P : Bagaimana pelaksanaan pengobatan terhadap penderita TB di Puskesmas?
- I5P3 : Kalau ada pasien dengan BTA (+) pemegang program lapor pada dokter puskesmas, dokter memberikan pengobatan sesuai dengan system DOT dalam pengobatan harus di tentukan PMO dan PMO di berikan penyuluhan.
- P : Bagaimana ketersediaan OAT di Pusksmas Siungkang?

- I5P3 : Obat cukup, kita tinggal amprah ke gudang farmasi.
- P : Bagaimana pencatatan dan pelaporan Program TB?
- I5P3 : Laporan di buat oleh pemegang program dan dikirim ke wasor di DKK

Lampiran: Wawancara mendalam I6P1 (Dokter Puskesmas Lunto)

- P : Apa Kebijakan TB di Puskesmas ini?
- I6P1 :
 - Awalnya sepakat tidak memilah-milah program prioritas dan semua harus tahu program termasuk TB.
 - Membuat tim TB tingkat PKM dan tingkat kecamatan. Penjangkaran dipelayanan puskesmas dilakukan oleh dokter yang mendiagnosa dan saat dokter tidak ada di tempat kawan-kawan lain bisa mendiagnosa TB.
 - Membawa pot sputum saat turun kelapangan saat posyandu balita, posyandu lansia, UKS, Pusling, dan kunjungan rumah.
 - Adanya kader TB yang diberdayakan dari kader posyandu yang memberikan informasi TB di masyarakat, sehingga petugas bisa turun
 - Adanya dukungan dari kepala desa dari tim TB kecamatan apabila ada masyarakat yang tidak bersedia memeriksakan sputumnya dengan melibatkan kepala dusun/desa masyarakat menjadi mau memeriksakan sputumnya
 - Setiap kegiatan unit pelayanan saat turun ke lapangan melibatkan kader dan kepala dusun
- P : Bagaimana bentuk komitmen lintas sektor?
- I6P1 : Ada SK bersama untuk tim TB tingkat puskesmas dan Tim TB tingkat kecamatan
- P : Bagaimana dengan dana program TB?
- I6P1 : Berasal dari BOK untuk kampung peduli TB, sebenarnya untuk petugas sendiri kegiatan tetap berjalan walaupun tidak ada dana

dan untuk petugas sudah cukup, tetapi dana untuk melibatkan lintas sektor yang sangat kurang karena keberhasilan suatu program yang melibatkan lintas sektor membutuhkan dana yang cukup besar, dan tidak ada dana untuk itu, kecuali beberapa iven telah kami coba ada beberapa donatur namun tidak bisa diandalkan misalnya pada saat malam pentas seni kesehatan dan tour the batang

- P : Bagaimana dengan tenaga program TB?
- I6P1 : Petugas program P2M belum pernah pelatihan hanya dokter dan analis yang sudah pelatihan.
- P : Pelaksanaan Pengobatan TB?
- I6P1 : - Setiap pasien positif TB selama 1 bulan di dampingi PMO mengambil obat setiap minggu
- PMO diberikan penjelasan tentang TB
 - Setelah diketahui positif TB dilakukan kunjungan kontak serumah
 - Apabila ditemukan bayi dan balita makadirujukke SPA, untuk diberikan pengobatan provilaksis
- P : Bagaimana sarana dan prasarana?
- I6P1 : - Logistik lengkap
- Lab lengkap dan kondisi baik
- P : Bagaimana pencapaian program TB?
- I6P1 : Tahun 2012 melampaui target dengan suspek MDR 1 Target tahun ini tercapai 75%
- P : Bagaimana pencatatan dan pelaporan?
- I6P1 : Lengkap
- P : Kendala?
- I6P1 : Keadaan geografis yang menyebabkan masyarakat sulit mengakses pelayanan kesehatan, berbukit dan terkadang ada masyarakat yang tinggal di ladang, transportasi tidak menjangkau dan sulitnya medan dilapangan di sini daerahnya berbukit dan mendaki.
- Lampiran : Wawancara mendalam I6P2 (dokter Puskesmas Teleng)
- P : Bagaimana pelaksanaan pengulangan kasus TB Paru di puskesmas

Kolok?

- I6P2 : Penanggulangan kasus TB paru di puskesmas kolok ada timnya, terdiri dari pemegang program, analis, PWS, nanti kalau ada yang di curigai TB, nanti orang poli bias langsung meminta sputum, tapi kalau tidak bias pasien di berikan pada pemegang program, nanti pemegang program menindak lanjuti, setelah itu di lakukan pemeriksaan BTA (+). Pemegang program akan turun dengan sanitarian dan juga dokter, kemudian di lakukan pemeriksaan kontak serumah terhadap anggota keluarga yang di curigai.
- P : Bagaimana tenaga program penanggulangan TB di puskesmas?
- I6P2 : Kalau standar tenaga sekarang pemegang program sedang cuti diganti oleh yang sudah mengerti, pelatihan sudah di ikuti oleh pemegang program juga dokter, kalau analis kami sedang kosong, kami kirim ke Puskesmas Talawi, analisnya sudah melakukan pelatihan
- P : Bagaimana pendanaan program TB di puskesmas?
- I6P2 : Kalau mengenai pendanaan ada dari dinas dari dana BOK, pengambilan sampel kita masukan ke BOK, pasien ada untuk PMT, kalau masalah dana ada/ tidak ada program harus jalan.
- P : Bagaimana ketersediaan sarana dan prasarana?
- I6P2 : Sarana seperti mikroskop seperti alat-alat labor ada, tapi semenjak analis tidak ada alat-alat tersebut tidak di gunakan dan kondisinya , kalau alat-alat lain seperti pot sputum ada
- P : Bagaimana komitmen lintas sector dalam penanggulangan TB?
- I6P2 : Sudah sering lintas sektor di libatkan dalam penanggulangan TB, tapi komitmen hampir tidak ada
- P : Bagaimana pelaksanaan pengobatan terhadap penderita TB di Puskesmas?
- I6P2 : Setelah di jumpai pasien BTA (+) di berikan pengobatan oleh dokter sesuai dengan standar DOT dan di lakukan penyuluhan kepada pasien dan di tunjuk PMOnya. PMO juga di beri penyuluhan BTA sesuai standar
- P : Bagaimana ketersediaan OAT di Puskesmas?
- I6P2 : Obat TB cukup dan selalu ada.
- P : Bagaimana pencatatan dan pelaporannya?
- I6P2 : Rutin di laporkan pemegang program

Lampiran : Wawancara mendalam I6P3 (dokter Puskesmas Silungkang)

- P : Bagaimana pelaksanaan penggulangan kasus TB Paru di puskesmas Silungkang?
- I6P3 : Puskesmas kita menangkap kasus dari BP, Posyandu dan keluhan pasien kita anjurkan pemeriksaan BTA (+), nanti kita obat OAT 6 bulan, kita juga lakukan pemeriksaan suspek di rumah di sekitar lingkungan untuk target kita mempunyai target 160 untuk suspek BTA (+) 16 ini masih jauh sih dari target untuk tahun ini baru 2 BTA (+) kita
- P : Bagaimana tenaga program penanggulangan TB di puskesmas?
- I6P3 : Untuk tenaga pemegang program sekaligus pemegang program P2M, jadi ada beban ganda, begitu juga dosen juga sekaligus kepala puskesmas jadi disana kesulitannya analisis dan pemegang program sudah di pelatihan, dokter belum.
- P : Bagaimana pendanaan program TB di puskesmas?
- I6P3 : Penjaringan suspek dananya dari BOK, terutama kita kelapangan, kita ada rutan, di rutan setiap ada napi baru kita lakukan penjaringan TB, dananya dari BOK, juga penyuluhan posyandu lansia dan balita dananya dari BOK. Dana masih kurang karena lokasi kita ada yang sulit untuk di capai.
- P : Bagaimana ketersediaan sarana dan prasarana?
- I6P3 : Mikroskop ada dan cukup baik, untuk sarana cukuplah..
- P : Bagaimana komitmen lintas sektor dalam penanggulangan TB?
- I6P3 : Sudah sering lintas sektor di undang untuk rapat dan memberitahu masalah kesehatan yang ada, waktu rapat mereka mau, tapi aplikasinya hampir tidak ada.
- P : Bagaimana pelaksanaan pengobatan terhadap penderita TB di Puskesmas?
- I6P3 : Setelah di jumpai BTA (+) pasien diserahkan pada pemegang program, pemegang program berkoordinasi dengan dokter dalam memberikan pengobatan
- P : Bagaimana ketersediaan OAT di Puskesmas?
- I6P3 : OAT cukup dan selalu tersedia
- P : Bagaimana pencatatan dan pelaporannya?
- I6P3 : Laporan di buat oleh pemegang program

Lampiran ; Wawancara mendalam I7P1 (Analisis Kesehatan Desi PKM Lunto)

- P : Perkenalkan saya Yane mahasiswa Pasca Kesmas FK Unand, sedang melakukan penelitian, saya memohon kesediaan ibu menjadi responden dalam penelitian saya berjudul analisis penerapan strategi DOT, dalam penanggulangan kasus TB Paru didinas kesehatan sosial sawah lunto
- I7P1 : Ya silahkan
- P : Bagaimana kebijakan penanggulangan TB di Puskesmas?
- I7P1 : Dengan cara pemeriksaan dari MR ke poli apabila terdapat batuk lebih 4 hari di periksa dahaknya kalo positif di obati TB
- P : Bagaimana tenaga program penanggulangan TB di Puskesmas?
- I7P1 : Wilayah besar apalagi pemeriksaan kontak serumah, dilakukan kunjungan rumah dengan dokter, kesling, pemegang program, analisis dengan wilayah yang luas jarak dari rumah kerumah cukup jauh menurut pendapat desin kurang untuk pemeriksaan kontak serumah pada saat turun lapangan
- P : Bagaimana pendanaan program penanggulangan TB di Puskesmas?
- I7P1 : Ada tapi sedikit setiap bulan Rp 115,000/ bulan dan untuk perslide dari provinsi Rp 6000,00
- P : Bagaimana ketersediaan sarana dan prasarana program penanggulangan TB di Puskesmas?
- I7P1 : Sarana lengkap, bagus, dan zatnya lengkap
- P : Bagaimana komitmen lintas sektor dalam program penanggulangan TB di Puskesmas?
- I7P1 : Ada misalnya ada pasien tidak mau periksa melibatkan kepala desa sehingga mau periksa
- P : Bagaimana bentuk komitmen lintas sektor dalam program penanggulangan TB di Puskesmas?
- I7P1 : Ada kesepakatan bersama secara tertulisnya
- P : Bagaimana pelaksanaan pemeriksaan dahak di laboratorium Puskesmas?
- I7P1 : Langsung dibuat pemeriksaan dahaknya, dibuat, di fiksasi, diwarnai, dikeringkan baru di baca sesuai protap
- P : Bagaimana pelaksanaan cross check hasil pemeriksaan?
- I7P1 : cross check dilakukan di puskesmas silungkang
Bagaimana pelaksanaan kalibrasi terhadap mikroskop?
- P : Kali brasi tidak pernah, penjagaan kebersihan dilakukan oleh analis yang merawatnya
- I7P1 : Bagaimana pelaksanaan pengobatan terhadap penderita TB di Puskesmas?
Kerjasama seluruh petugas dari mulai MR sampai analis dan

- penggung jawab
- P : Bagaimana ketersediaan OAT di puskesmas?
- I7P1 : Cukup baik
- P : Bagaimana sistem pencatatan dan pelaporan program TB?
- I7P1 : Kalo desi pencatatan langsung dan tersendiri, Pasien dicatat dan dilaporkan ke dinas melalui laporan bulanan
- P : Bagaimana pencapaian program TB?
- I7P1 : Alhamdulillah tercapai bahkan melebihi target untuk tahun ini sudah 75% kendalanya banyak yang gak mau periksa dahaknya

Lampiran: Hasil wawancara mendalam I7P2 (Analisis Kesehatan P. Teleng)

- P : Perkenalkan saya Yane mahasiswa Pasca Kesmas FK Unand, sedang melakukan penelitian, saya memohon kesediaan ibu menjadi responden dalam penelitian saya berjudul analisis penerapan strategi DOT, dalam penanggulangan kasus TB Paru didinas kesehatan sosial sawah lunto
- I7P2 : Ya silahkan
- P : Bagaimana kebijakan penanggulangan TB di Puskesmas?
- I7P2 : Untuk kasus TB da;laksanakan setelah pelayanan pokok, analis bekerja sama dengan pemegang program dan setelah ditemukan kemudian turun lapangan untuk dilakukan kontak serumah
- P : Bagaimana tenaga program penanggulangan TB di Puskesmas?
- I7P2 : Saling mendukung dan bekerjasama dari mulai MR kemudian poli sampai labor
- P : Bagaimana pendanaan program penanggulangan TB di Puskesmas?
- I7P2 : Untuk pasien tidak di pungut biaya, untuk insentif bagian labor di danai dari provinsi untuk Islide Rp 6000 untuk pewarnaan, dibandingkan kontaminasi yang positif tidak sebanding, tetapi itu bagian dari pekerjaan sehinggatetap melaksanakan dengan baik dan menjadi prioritas kerja
- P : Bagaimana ketersediaan sarana dan prasarana program penanggulangan TB di Puskesmas?
- I7P2 : Cukup lengkap
- P : Bagaimana komitmen lintas sektor dalam program penanggulangan TB di Puskesmas?
- I7P2 : Kurang bahkan tidak ada
- P : Bagaimana bentuk komitmen lintas sektor dalam program penanggulangan TB di Puskesmas?
- I7P2 : Tidak ada
- P : Bagaimana pelaksanaan pemeriksaan dahak di laboratorium Puskesmas?
- I7P2 : Dari IGD/poli ke labor, kemudin pasien yang datang

- memberikan dahaknya dengan cara SPS
- P : Bagaimana pelaksanaan cross check hasil pemeriksaan?
- I7P2 : Ke Puskesmas Talawi,
- P : Bagaimana pelaksanaan kalibrasi terhadap mikroskop?
- I7P2 : Tidak pernah, yang jelas hanya perawatan sehari-hari oleh analis, mikroskop inimasih baru kira-kira tahun 2010
- P : Bagaimana pelaksanaan pengobatan terhadap penderita TB di Puskesmas?
- I7P2 : Setelah hasil pemeriksaan sputum positif kemudian konfirmasi ke dokter dan dilakukan pengobatan, lalu bekerjasama dengan pemegang program turun
- P : Bagaimana ketersediaan OAT di puskesmas?
- I7P2 : Lengkap dan cukup
- P : Bagaimana sistem pencatatan dan pelaporan program TB?
- I7P2 : Untuk laporan labor tidak sinkron dengan pemegang program karena terdapat hasil pemeriksaan dari luar daerah
- P : Bagaimana pencapaian program TB?
- I7P2 : Menilai penderita 10 tahun yang lalu, tujuannya ada pasien yang tidak di obati di puskesmas tetapi ke tempat lain sehingga tidak dapat informasinya.

Lampiran: Wawancara mendalam I7P3 (Analis Kesehatan P Silungkang)

- P : Perkenalkan saya Yane mahasiswa Pasca Kesmas FK Unand, sedang melakukan penelitian, saya memohon kesediaan ibu menjadi responden dalam penelitian saya berjudul analisis penerapan strategi DOT, dalam penanggulangan kasus TB Paru di dinas kesehatan sosial sawahlunto
- I7P3 : Ya
- P : Bagaimana kebijakan penanggulangan TB di Puskesmas?
- I7P3 : Pencarian TB didapatkan dari poli dikirim ke labor
- P : Bagaimana tenaga program penanggulangan TB di Puskesmas?
- I7P3 : Sudah cukup ada 2 orang
- P : Bagaimana pendanaan program penanggulangan TB di Puskesmas?
- I7P3 : PMT 1x3 bulan Rp115,000/ bulan untuk analis, tunjangan resiko tidak ada, BOK dn P2M untuk kunjungan rumah, untuk labor/ analis yang mengusulkan petugas labor sendiri untuk PMT itu.
- P : Bagaimana ketersediaan sarana dan prasarana program penanggulangan TB di Puskesmas?
- I7P3 : Lengkap
- P : Bagaimana komitmen lintas sektor dalam program penanggulangan TB di Puskesmas?
- I7P3 : Keterlibatan masyarakat pada saat posyandu dari masyarakat, kader dan rumah sakit

- P : Bagaimana bentuk komitmen lintas sektor dalam program penanggulangan TB di Puskesmas?
- I7P3 : Komitmen tertulis tidak ada
- P : Bagaimana pelaksanaan pemeriksaan dahak di laboratorium Puskesmas?
- I7P3 : Sputum datang dikerjakan sesuai protap, fiksasi objek glas, diwarnai, di baca hasilnya
- P : Bagaimana pelaksanaan cross check hasil pemeriksaan?
- I7P3 : Langsung disini
- P : Bagaimana pelaksanaan kalibrasi terhadap mikroskop?
- I7P3 : Kali brasi tidak ada
- P : Bagaimana pelaksanaan pengobatan terhadap penderita TB di Puskesmas?
- I7P3 : Setelah tahu positif di obati sesuai ketentuan
- P : Bagaimana ketersediaan OAT di puskesmas?
- I7P3 : Cukup
- P : Bagaimana sistem pencatatan dan pelaporan program TB?
- I7P3 : Laporan tersendiri dan laporan bulanan ke dinas
- P : Bagaimana pencapaian program TB?
- I7P3 : 160 suspek, positif target 16 tercapai baru 6, tidak ada masalah karena petugas labor hanya menunggu

Lampiran : Wawancara Mendalam I8P1 (Penderita TB P Lunto)

- P : Bagaimana pemeriksaan yang dilakukan di puskesmas sehingga penyakit saudara dapat di ketahui atau di diagnosa?
- I8P1 : Saya batuk mengeluarkan dahak, saya berobat ke puskesmas, kemudian bu desu suruh saya ambil dahak untuk di periksa, besok paginya saya ambil lagi dahak saya, juga saat saya di puskesmas diambil dahaknya lagi, kemudian di periksa hasilnya positif.
- P : Bagaimana proses pemeriksaan dahak yang dilakukan kepada saudara?
- I8P1 : Saya diberi 3 buah botol, saya di suruh batuk dan menampung, 1 untuk dahak pagi, 1 lagi waktu mengantar botol di suruh lagi, saya menampung dahak pada botol ke 3, lalu saya serahkan pada labor dan di periksa oleh petugas labor.
- P : Bagaimana proses pengobatan yang di berikan kepada saudara?
- I8P1 : Setelah di ketahui penyakit saya, saya di beri obat bu desu untuk 1 minggu, dan istri saya di suruh untuk mengingatkan saya minum obat 1 x seminggu kemudian saya di suruh periksa dahak sekarang hasilnya sudah negatif tapi saya harus menyelesaikan pengobatan
- P : Bagaimana ketersediaan obat TB selama saudara berobat ke

Puskesmas?

I8P1 : Obat cukup dan selalu ada

P : Bagaimana biaya pengobatan di Puskesmas?

I8P1 : Tidak ada biaya pengobatan, gratis malah di beri susu.

Lampiran : Wawancara Mendalam I8P2 (Penderita TB P Teleng)

P : Bagaimana pemeriksaan yang dilakukan di puskesmas sehingga penyakit saudara dapat di ketahui atau didiagnosa?

I8P2 : Waktu itu saya batuk lama trus saya di suruh periksa dahak tiga kali dan diperiksa katanya saya TB

P : Bagaimana proses pemeriksaan dahak yang dilakukan kepada saudara?

I8P2 : Saya di periksa dahaknya tiga kali, yaitu waktu datang, terus besok paginya dan sewaktu datang berikutnya

P : Bagaimana proses pengobatan yang di berikan kepada saudara?

I8P2 : Obatnya harus setiap hari di minum tidak boleh lupa walaupun satu hari

P : Bagaimana ketersediaan obat TB selama saudara berobat ke Puskesmas?

I8P2 : Ada

P : Bagaimana biaya pengobatan di Puskesmas?

I8P2 : Gratis

Lampiran : Wawancara mendalam I8P3 (Penderita TB P Silungkang).

P : Bagaimana pemeriksaan yang dilakukan di puskesmas sehingga penyakit saudara dapat di ketahui atau di diagnosa?

I8P3 : Pemeriksaan yang dilakukan hanya dahak karena saya batuk-batuk yang gak sembuh dari pemeriksaan itu saya tahu kalo saya menderit TB

P : Bagaimana proses pemeriksaan dahak yang dilakukan kepada saudara?

I8P3 : Saya di kasih tempat untuk dahak dan di ambil dahaknya tiga kali

P : Bagaimana proses pengobatan yang di berikan kepada saudara?

I8P3 : Saya di berikan obat untuk seminggu, dan seminggu sekali saya harus menjemput obatnya ke puskesmas, saya harus minum obat

tidak boleh putus karena kl putus berarti gagal

- P : Bagaimana ketersediaan obat TB selama saudara berobat ke Puskesmas?
- I8P3 : Ada
- P : Bagaimana biaya pengobatan di Puskesmas?
- I8P3 : Gratis

Lampiran : Wawancara mendalam I9P1 (PMO Penderita TB P Lunto)

- P : Bagaimana cara anda melakukan pengawasan minum obat terhadap penderita TB?
- I9P1 : Ya... mengingatkan dia jangan lupa minum obat setiap hari
- P : Bagaimana pengetahuan anda tentang penyakit TB Paru dan tugas yang harus anda lakukan sebagai pengawas minum obat?
- I9P1 : Yang saya tau penyakit bisa sembuh dengan minum obat dan saya harus mengingatkan dia jangan sampai lupa minum obat

Lampiran : Wawancara mendalam I9P2 (PMO Penderita TB P Teleng)

- P : Bagaimana cara anda melakukan pengawasan minum obat terhadap penderita TB?
- I9P2 : Setiap hari saya selalu menanyakan apakah dia sudah makan obat, kadang-kadang saya melihat dia minum obat
- P : Bagaimana pengetahuan anda tentang penyakit TB Paru dan tugas yang harus anda lakukan sebagai pengawas minum obat?
- I9P2 : Penyakit ini.

Lampiran : Wawancara mendalam I9P3 (PMO Penderita TB P Silungkang)

- P : Bagaimana cara anda melakukan pengawasan minum obat terhadap penderita TB?
- I9P3 : Hanya bertanya dan mengingatkan minum obat kalo saya belum melihat dia minum obat
- P : Bagaimana pengetahuan anda tentang penyakit TB Paru dan

tugas yang harus anda lakukan sebagai pengawas minum obat?

I9P3 : Penyakit TB adalah penyakit yang menular dan berbahaya serta pengobatannya tidak boleh terputus.

Lampiran: FGD I10 (Pemegang Program TB)

P : Bagaimana penanggulangan kasus TB di Puskesmas?

I10P1 P2 P3 : Setelah di temukan kasus BTA (+) di berikan pengobatan oleh pemegang program dengan konsultasi pada dokter, di lakukan pemeriksaan ulang BTA pada bulan ke 2 dan ke 5

P : Bagaimana tenaga program penanggulangan TB di Puskesmas sudah mencukupi dan sudah memenuhi standar?

I10P1 : Masih kurang, karena pemegang program TB sekaligus memegang program P2M, saya belum ikut pelatihan TB kalau dokter dan analis sudah

I10P2 : Tenaga cukup tapi dokternya belum pelatihan juga pemegang program hanya analis sudah pelatihan

I0P3 : Masih perlu penambahan tenaga karena kami disini, tenaga program juga ikut dalam rawat inap, pemegang program dan dokter belum pelatihan, cuma analis yang sudah pelatihan.

P : Apakah ada lokasi khusus program P2TB di Puskesmas, apakah dana mencukupi, dan kegiatan apa saja yang di danai?

I10P1 : Alokasi khusus untuk TB tidak ada, dana diambil untuk BOK untuk penjangkaran, dananya sih tidak cukup, tapi ada atau tidak ada dana kami komitmen menjalankan program dengan baik.

I10P2 : Dana TB hanya dari BOK masih kurang, hanya penjangkaran yang ada dana BOK itu hanya transportasi. Maunya pemegang program ada insentif khusus biar semangat.

I10P3 : Hanya ada dana BOK untuk penjangkaran, itu pun terbatas insentif untuk pemegang program tidak ada

P : Apakah sarana dan prasarana untuk program penaggulangan TB sudah mencukupi?

I10P1 : Kalau sarana cukuplah, untuk labor pembuangan kurang bagus.

I10P2 : Cukuplah untuk program TB

I10P3 : Sarana dan prasarana cukup

P : Apakah ada dukungan lintas sektor, apa bentuk dukungannya?

- I10P1 : Kalau dari desa sangat baik, ada kampung peduli TB kesadaran masyarakat tinggi untuk memeriksakan diri kecamatan masih kurang.
- I10P2 : Kalau dalam rapat lokmin ada tapi aplikasinya belum Nampak
- I10P3 : Sangat kurang bahkan boleh di katakana belum ada untuk program TB
- P : Apakah bapak / Ibu tahu cara pelaksanaan pengobatan terhadap TB dengan strategi DOT dan siapa yang memberikan pengobatan?
- I10P1 : Tahu sedikit-sedikit dari pengobatan, sayakan belum pelatihan, yang memberikan pengobatan dokter puskesmas dan pemegang program
- I10P2 : Tahu karena sering mendapat transper pengetahuan dan membaca buku yang membei pengobatan dokter setelah dapat hasil labor
- I10P3 : Tahu karena membaca dari buku pedoman, walaupun belum pelatihan langkah-langkahnya tahulah pengobatan kan kerjasama dengan dokter

Lampiran: Transkrip FGD I11 (Penderita TB)

- P : Bagaimana pengetahuan penyakit yang sedang di derita?
- R11P1 : Awalnya sayamengira ada luka di dalam, makanya batuk mengeluarkan darah, setelah diperiksa penyakit saya TB dan dianjurkan minumobat rutin tiap hari jangan sampai terhenti sebelum jangka waktunya habis
- I11P2 : Dulu saya tidak tahu sekarang saya tahu, waktu itu saya batuk biasa. Setelah tahu saya kena TB saya merasa malu tapi diberi penjelasan di puskesmas gak usah malu dan disuruh diobati. Kemudian saya minum obat dan saat ini saya tidak malu lagi.
- I11P3 : Ehm ... saya Cuma merasa batuk lama sudah berobat tapi tidak sembuh juga, trus saya di suruh periksa dahaknya, dan katanya batuk saya itu TB, ya.. saya di suruh minum obat setiap hari sampai saya di nyatakan sembuh.
- P : Pemeriksaan apa yang sudah dilakukan?
- I11P1 : Kalo saya satu kali periksa dahak menjelang minum obat, kemudian dua bulan minum obat saya di periksa dahak lagi hasilnya negatif dan pengobatan dilanjutkan sampai sekarang
- I11P2 : Saya sudah periksa dahak 2x dan 1x ronsen kemudian di ulang periksa dahak lagi 2x lagi hasilnya baru positif kemudian saya dianjurkan minum obat TB. Setelah pengobatan selama 2 bulan

- saya periksa dahak 1x hasilnya negatif
- I11P3 : Periksa dahak saja 3x sebelum saya di katakana sakit saya TB
- P : Apakah mengerti tentang proses pengobatan?
- I11P1 : Kalo keterangan dari puskesmas awal peberian minum obat rutin setiap hari pagi selama 2 bulan, setelah itu 3x seminggu setiap hari selasa jumat dan minggu pada malam hari. Kalo keterangan dari puskesmas obat harus minum terus kalo lupa gagal dan pengobatan dari awal lagi. Pertama-tama minum obat rasanya mual tetapi setelah diberi tambahan obat mual sudah tidak terasa mualnya
- I11P2 : Tiap hari malam mau tidur 1X/hari, setelah itu 3X/ minggu, saya Cuma tahu harus tiap hari rutin minum obat, dan obat selalu ada ketika obat saya minta ke puskesmas
- I11P3 : Tahunya saya harus minum obat setiap hari tidak boleh putus sesuai petunjuk petugas puskesmas
- P : Pernahkah periksa dahak sebelum TB?
- I11P1 : Saya belum pernah
- I11P2 : Pernah batuk pada saat hamil 1X hasilnya negatif
- I11P3 : Tidak pernah
- P : Apa yang harus saya lakukan saat pengobatan TB?
- I11P1 : Rajin minum obat, asupan gizi cukup, dibantu susu dari puskesmas saya minum dan dihabiskan, olah raga, dan meroko sudah saya kurangi dan rencananya akan saya hentikan, tapi belum bisa kalo total berhenti.
- I11P2 : Menjaga kesehatan, kalo ada keluhan datang ke puskesmas untuk diobati, harus berbantang makanan yang pedas dan gorengan.
- I11P3 : Minum obat teratur, makan makanan bergizi

Lampiran: Wawancara Mendalam Penderita Suspek TB Paru

- P : Bagaimana penyakit yang saudara rasakan saat saudara datang berobat ke puskesmas?
- I12P1 : Sakit saya hanya batuk-batuk biasa..
- I12P2 : Batuk-batuk sudah berobat ke dukun sembuh... kemudian batuk lagi

- I12P3 : Sama saya juga batuk –batuk, kadang badan terasa panas-panas, sedang tidur sering berkeringat.
- I12P4 : Saya batuk tidak ada selera makan, badan tidak mau bertambah..
- I12P5 : Saya batuk juga kadang agak sesak
- I12P6 : Badan makin kurus, batuk kadang-kadang...
- P : Bagaimana pemeriksaan yang di lakukan petugaspuskesmas terhadap terhadap penyakit saudara dan bagaimana saran-saran petugas terhadap saudara?
- Probing : Mengapa saudara tidak mau melakukan pemeriksaan dahak?
- I12P1 : Diperiksa tensi dan dada, di suruh periksa dahak, tapi dahaknya tidak ada, di kasih obat.... batuknya agak kurang, saya tidak datang lagi..
- I12P2 : Ada periksa, disuruh tampung dahak, saya tidak mau,... Kenapa?...karena saya kan batuk biasa nanti juga sembuh
- I12P3 : Saya ada juga di periksa dan di suruh ambil dahak, tapi saya malas.. batuknya juga udah agak kurang,... kenapa? Itukan batuk TBC, saya kan bukan TBC, biasalah batuk-batuk gini.
- I12P4 : Diperiksa ibuk di puskesmas saya di kasih botol kecil untuk menampung dahak tapi saya tidak datang lagi.. ada petugas datang mengambil kerumah, batuknya sudah kurang.. tidak usah aja periksa dahak
- I12P5 : Sama saya juga begitu.
- I12P6 : Saya malas periksa dahak itu, kenapa? Tidak adalah saya malas ajalah
- P : Bagaimana Pendapat saudara tentang penyakit TB Paru?
- I12P1 : Itukan penyakit di bikin orang
- I12P2 : Ya.. kata orang begitu, di bikin orang ndak mau sembuh, kalo udah kena ya tinggal tunggu ajal aja
- I12P3 : Itu guna-guna hanya orang pintar yang bisa ngobati
- I12P4 : Biasalah itu penyakit karena ada masalah dengan orang, tapi pernah ibu di puskesmas katanya bias sembuh..
- I12P5 : TBC batuk dan muntah darah penyebabnya kata dukun kampung di buat orang
- I12P6 : Mungkin juga saya kurang tahu..

Matrik Wawancara Mendalam dengan I1 (Wali Kota Sawahlunto)

Komponen	Pertanyaan	Jawaban
Input		
1. Komitmen Politis	<p>1. Bagaimana komitmen politis pemerintah Kota Sawahlunto dan DPRD dalam penanggulangan kasus TB? Probing... Apa bentuk komitmen tersebut ?</p> <p>2. Bagaimana prioritas program TB di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto ?</p>	<p>1. Komitmennya bagus... sesuai dengan visi untuk melayani masyarakat.</p> <p>Terlihat dengan adanya himbauan walikota untuk memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan dan terlihat dengan disetujuinya anggaran untuk program TB.</p> <p>2. Kalau prioritas hampir sama semua, terutama program-program MDG's, inikan termasuk MDG's 6 kita memang lebih memprioritaskan kegiatan-kegiatan kemasyarakatan, kita pencarian suspek, pola hidup bersih dan sehat, TB paru sekarang mau turun ni.. setiap petugas harus mempunyai rumah binaan karena 2012 anjlok 2013 smester 1 masih rendah, smester ini mulai maping, setiap petugas punya rumah binaan sendiri dan melaporkan masalah-masalah yang ada ke puskesmas yang kemudian menjadi program prioritas.</p>
Proses		
1. Pemeriksaan Dahak yang terjamin mutunya	1. Bagaimana pelaksanaan penanggulangan kasus TB di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto	1. Kalau untuk program sih hampir sama termasuk program TB bahwa dalam penanggulangan kasus TB termasuk program lain itu kuncinya pada tenaga Pemantau Wilayah Setempat (PWS) jadi kita punya jenjang maping ya..., memadukan masalah kesehatan mulai dari dinas kesehatan, puskesmas, pustu, dan kader, dari dinas ada kasi dan wasor, dari puskesmas ada koordinator program P2TB nanti pemegang program mempunyai jenjang dengan pustu, polindes, dan PWS dan darbin-darbin yang ada kan gitu, dan darbin, pustu, poli, dan

<p>2. Pengobatan jangka Jangka Pendek dengan pengawasan PMO</p> <p>3. Jaminan ketersediaan OAT</p>	<p>2. Bagaimana kesiapan tenaga untuk pelaksanaan penanggulangan kasus TB di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto</p> <p>3. Bagaimana penyediaan sarana dan prasarana untuk untuk penggulangan TB Paru di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto</p> <p>1. Bagaimana pelaksanaan penanggulangan kasus TB di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto?</p> <p>1. Bagaimana ketersediaan OAT di Dinas Kesehatan ?</p> <p>2. Bagaimana penyediaan sarana dan prasarana untuk untuk penggulangan TB Paru di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto?</p>	<p>kegiatan kemasyarakatan di kumpulkan sasaran, maksudnya suspek di laporkan ke puskesmas. Selanjutnya dari puskesmas yang melakukan pemeriksaan sputum, kalau BTA (+) di lakukan pengobatan. Begitulah pelaksanaan kegiatan P2TB, seharusnya tidak ada yang lepas itulah disana permasalahannya</p> <p>2. Sebenarnya kita siap karena kita sudah melatih semuanya tergantung lagi, nawaitu bagaimana proses melaksanakan tugas-tugas mereka di lapangan, standar tenaga sebagian besar sudah sesuai tapi sebagian belum mendapat pelatihan, ada puskesmas yang yang tidak ada analisisnya.</p> <p>3. Setiap puskesmas punya logistik cukup. Sarana ada hal yang harus ditambah, misalnya mikroskop. Tenaga mungkin tidak semua puskesmas memiliki tenaga analis seperti puskesmas Kolok, mungkin mikroskopnya sudah lama tapi masih bisa di pakai.</p> <p>1. Suspek di laporkan ke puskesmas. Selanjutnya dari puskesmas yang melakukan pemeriksaan sputum, kalau BTA (+) di lakukan pengobatan</p> <p>1. Cukup</p> <p>2. Logistik kita mengadakan sendiri, OAT ada, kalau tidak ada kita akan sediakan sendiri.</p>
--	---	--

<p>4. Sistem pencatatan dan laporan</p>	<p>1. Bagaimana Sistem pencatatan dan laporan program TB Paru di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto?</p> <p>Probing: Apakah di lakukan monitoring, waktunya kapan?</p>	<p>1. Kita punya komitmen puskesmas melaporkan tanggal 25 tutup laporan tanggal 1 sudah sampai dinas, alurnya sudah jelas</p> <p>Jadi di dinas ada monitoring untuk program TB/ tiga bulan itu selalu di laksanakan</p>
---	---	---



Matrik Wawancara Mendalam dengan I2 (Ketua DPRD Kota Sawahlunto)

Komponen	Pertanyaan	Jawaban
Input		
Komitmen Politis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana komitmen pemerintah Kota Sawahlunto dalam penggulangan kasus TB paru? 2. Bagaimana kebijakan pemerintah Kota Sawahlunto dalam hal penanggulangan kasus TB Paru? 3. Bagaimana peraturan daerah tentang penangulangan kasus TB paru? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemerintah kota Sawahlunto sangat peduli dengan seluruh masalah kesehatan bukan hanya kasus TB tetapi seluruh masalah kesehatan hal ini terlihat dengan adanya JPKM untuk masyarakat membayar 50% premi JPKM masyarakat tidak akan ragu untuk memeriksakan diri baik kepuskesmas maupun ke RS di Kota Sawahlunto. Kebijakan di bidang kesehatan saya serahkan pada Dinas Kesehatan. 2. Saya menyetujui saja, karena mereka yang paling tau masalah kesehatan. Kebijakan saya hanya berupa himbauan untuk memeriksakan diri ke Puskesmas atau pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat. 3. Peraturan daerah yang khusus tentang penanggulangan TB tidak ada saya hanya memerintahkan kepada kepala dinas kesehatan, melalui rapat kepala dinas untuk melakukan pencarian kasus TB dari rumah ke rumah

Matrik Wawancara Mendalam dengan R2 (Ketua DPRD Kota Sawahlunto)

Komponen	Pertanyaan	Jawaban
<p>Input</p> <p>Komitmen Politik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana komitmen pemerintah kota Sawahlunto dalam penanggulangan kasus TB paru? 2. Bagaimana bentuk komitmen tersebut? 3. Bagaimana penyusunan anggaran yang di setuju oleh DPRD untuk penggulangan kasus TB Paru di Kota Sawahlunto? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kami sangat berkomitmen dalam penggulangan penyakit-penyakit yang ada di Kota Sawahlunto bukan hanya TB Paru. Kesehatan masyarak merupakan prioritas dalam pembangunan Kota Sawahlunto, ini dapat di lihat dengan adanya JPKM daerah lain mungkin belum ada JPKM 2. Ya kalau bentuk kami salah satunya dapat di lihat dari disetujuinya anggaran untuk program TB dalam beberapa tahun terakhir. 3. Proses penganggaran berdasarkan usulan dari Dinas Kesehatan yang diikuti dengan dasar-dasar ril untuk mendukung usulan kegiatan tersebut. Sejauh ini kalau kegiatannya realistis kami di DPRD menyetujui aja. Tahun 2011 dan 2012 yang dianggarkan PMT untuk pasien dan petugas labor

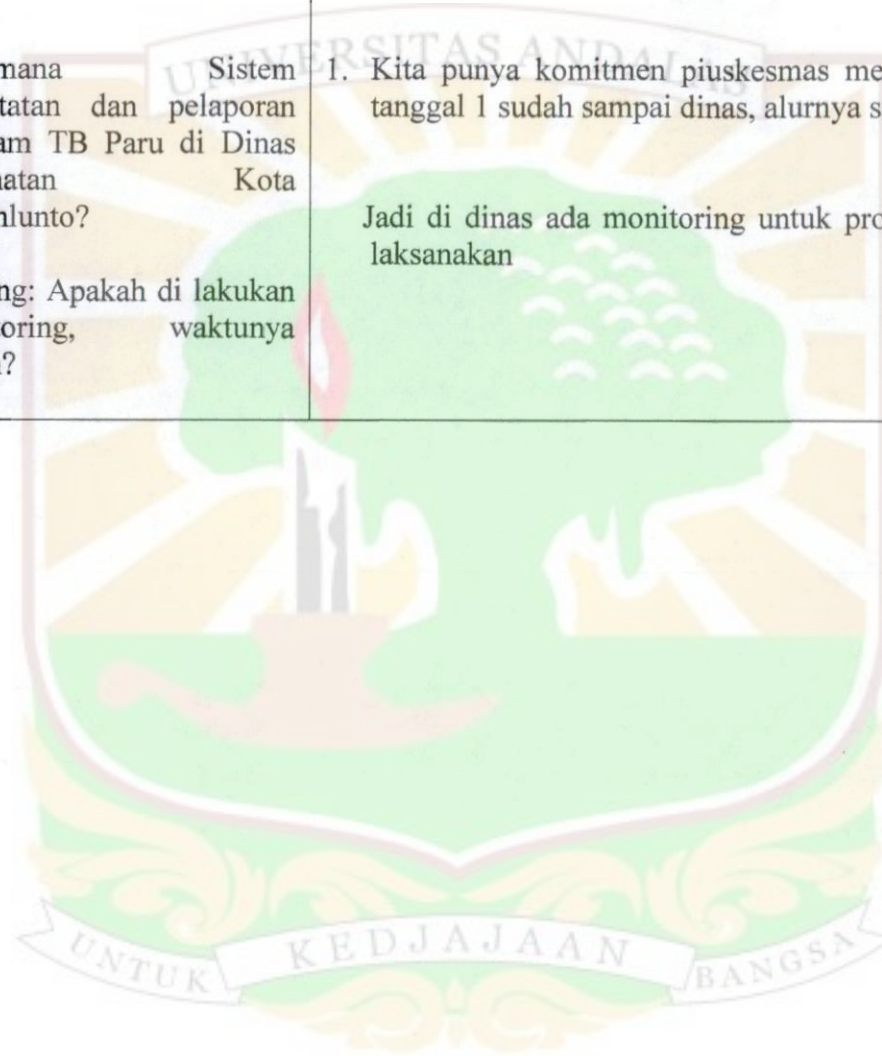


Matrik Wawancara Mendalam R3 (Kepala Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto)

Komponen	Pertanyaan	Jawaban
Input		
2. Komitmen Politis	<p>3. Bagaimana komitmen politis pemerintah Kota Sawahlunto dan DPRD dalam penanggulangan kasus TB? Probing... Apa bentuk komitmen tersebut ?</p> <p>4. Bagaimana prioritas program TB di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto?</p>	<p>3. Komitmennya bagus... sesuai dengan visi untuk melayani masyarakat.</p> <p>Terlihat dengan adanya himbauan walikota untuk memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan dan terlihat dengan disetujuinya anggaran untuk program TB.</p> <p>4. Kalau prioritas hampir sama semua, terutama program-program MDG's, inikan termasuk MDG's 6 kita memang lebih memprioritaskan kegiatan-kegiatan kemasyarakatan, kita pencarian suspek, pola hidup bersih dan sehat, TB paru sekarang mau turun ni.. setiap petugas harus mempunyai rumah binaan karena 2012 anjlok 2013 smester 1 masih rendah, smester ini mulai maping, setiap petugas punya rumah binaan sendiri dan melaporkan masalah-masalah yang ada ke puskesmas yang kemudian menjadi program prioritas.</p>
Proses		
5. Pemeriksaan Dahak yang terjamin mutunya	2 Bagaimana pelaksanaan penanggulangan kasus TB di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto	2 Kalau untuk program sih hampir sama termasuk program TB bahwa dalam penanggulangan kasus TB termasuk program lain itu kuncinya pada tenaga Pemantau Wilayah Setempat (PWS) jadi kita punya jenjang maping ya..., memadukan masalah kesehatan mulai dari dinas kesehatan, puskesmas, pustu, dan kader, dari dinas ada kasi dan wasor, dari puskesmas ada koordinator program P2TB nanti pemegang program mempunyai jenjang dengan pustu, polindes, dan PWS dan darbin-darbin yang ada kan gitu, dan darbin, pustu, poli, dan kegiatan kemasyarakatan di kumpulkan sasaran, maksudnya suspek di laporkan ke puskesmas.

		<p>Selanjutnya dari puskesmas yang melakukan pemeriksaan sputum, kalau BTA (+) di lakukan pengobatan. Begitulah pelaksanaan kegiatan P2TB, seharusnya tidak ada yang lepas itulah disana permasalahannya</p>
	<p>3 Bagaimana kesiapan tenaga untuk pelaksanaan penanggulangan kasus TB di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto</p>	<p>3 Sebenarnya kita siap karena kita sudah melatih semuanya tergantung lagi, nawaitu bagaimana proses melaksanakan tugas-tugas mereka di lapangan, standar tenaga sebagian besar sudah sesuai tapi sebagian belum mendapat pelatihan, ada puskesmas yang yang tidak ada analisisnya.</p>
	<p>4 Bagaimana penyediaan sarana dan prasarana untuk pengulangan TB Paru di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto</p>	<p>4 Setiap puskesmas punya logistik cukup. Sarana ada hal yang harus ditambah, misalnya mikroskop. Tenaga mungkin tidak semua puskesmas memiliki tenaga analis seperti puskesmas Kolok, mungkin mikroskopnya sudah lama tapi masih bisa di pakai.</p>
	<p>5 Bagaimana pelaksanaan penanggulangan kasus TB di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto?</p>	<p>5 Suspek di laporkan ke puskesmas. Selanjutnya dari puskesmas yang melakukan pemeriksaan sputum, kalau BTA (+) di lakukan pengobatan</p>
<p>6. Pengobatan jangka Jangka Pendek dengan pengawasan PMO</p>	<p>1. Bagaimana ketersediaan OAT di Dinas Kesehatan ?</p>	<p>1. Cukup</p>
<p>7. Jaminan ketersediaan OAT</p>	<p>1. Bagaimana penyediaan sarana dan prasarana untuk pengulangan TB Paru di Dinas Kesehatan Kota</p>	<p>1. Logistik kita mengadakan sendiri, OAT ada, kalau tidak ada kita akan sediakan sendiri.</p>

<p>8. Sistem pencatatan dan pelaporan</p>	<p>Sawahlunto?</p> <p>1. Bagaimana pencatatan dan pelaporan program TB Paru di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto?</p> <p>Probing: Apakah di lakukan monitoring, waktunya kapan?</p>	<p>Sistem</p> <p>1. Kita punya komitmen puskesmas melaporkan tanggal 25 tutup laporan tanggal 1 sudah sampai dinas, alurnya sudah jelas</p> <p>Jadi di dinas ada monitoring untuk program TB/ tiga bulan itu selalu di laksanakan</p>
---	---	---



Matrik Wawancara Mendalam I4 (Wasor TB Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto)

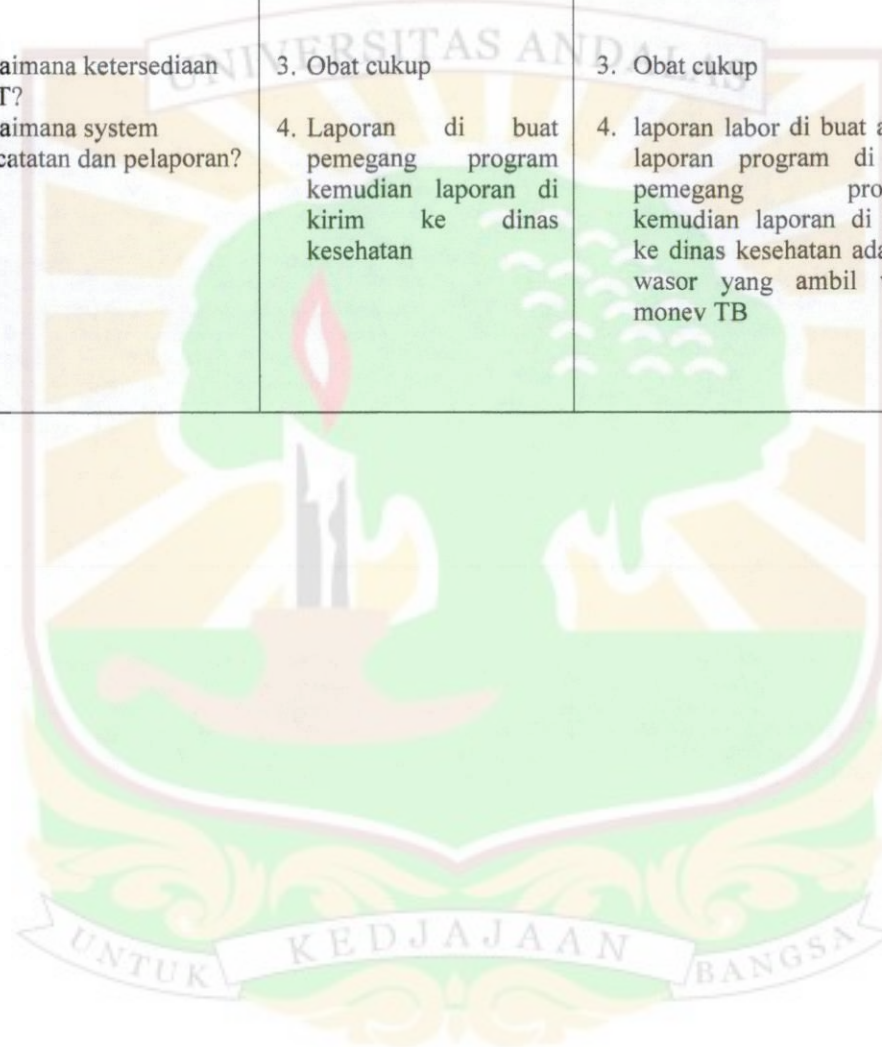
Komponen	Pertanyaan	Jawaban
Input		
1. Komitmen Potitik	1. Bagaimana komitmen Kepala Dinas Kota Sawahlunto, pemerintah daerah dan DPRD?	1. Kalau kepala dinas sangat tinggi komitmennya dalam setiap pertemuan selalu mengingatkan kepala puskesmas dan pemegng program untuk bermasalah mencapai target program TB karena termasuk salah satu program MDG's. Cuma komitmen atau himbauan tersebut belum ada dalam untuk tertulis hanya penyampaian secara lisan sekarang beliau sedang menghimbau pada seluruh tenaga kesehatan baik di puskesmas dan pustu serta polindes harus mempunyai keluarga dapat di ketahui dan di cari pemecahannya begitu juga walikota sangat tinggi komitmennya, wujud dari komitmennya terlibat dengan disetujui dana untuk program TB, walaupun belum mencukupi tapi itulah kemampuan pemerintah Kota Sawahlunto
Proses		
1. Pemeriksaan dahak yang terjamin mutunya 2. Ketersediaan OAT 3. Pencatatan dan pelaporan	1. Bagaimana pelaksanaan penanggulangan kasus TB di Dinas Kesehatan Sawahlunto? 2. Bagaimana ketersediaan OAT pada setiap puskesmas? 3. Bagaimana system pencatatan dan pelaporan?	1. Setiap puskesmas itu memiliki target pencapaian program baik itu untuk suspek maupun pencapaian BTA (+) , setiap puskesmas mempunyai pemegang program P2TB sebagai penanggung jawab. Penjarigan dilakukan dari poli, posyandu atau melalui penyuluhan-penyuluhan kalau ada suspek dilakukan pemeriksaan BTA. Kalau (+) di berikan pengobatan dengan OAT. Rumah Sakit juga melaksanakan strategi DOTS 2. OAT cukup, puskesmas tinggal amprah ke gudang farmasi 3. Pencatatan dan pelaporan selama ini berjalan dengan sebagaimana mestinya. Laporan di buat pemegang program puskesmas dan analis. Disampaikan pada wasor DKK, kemudian saya menemukan ke wasor provinsi dan selama ini selalu tepat waktu



Matrik Wawancara Mendalam I5 (Pemegang Program TB)

Komponen	Pertanyaan	Jawaban		
		P1	P2	P3
Input				
1. Komitmen Politik	1. Bagaimana komitmen lintas sektor dalam penanggulangan TB?	1. Lintas sektor sudah baik, kami ada kampung peduli TB ada di lunto timur, komitmennya belum terlibat, sudah di buat tim TB paru tapi belum jalan, dengan kepala puskesmas ada perjanjian dalam lokmin	1. Lintas sektor sudah di libatkan tapi kegiatannya belum ada seperti pasien tidak mau di periksa BTA	1. bentuk komitmen itu belum keliatan
Proses				
1. Pemeriksaan dahak	1. Bagaimana pelaksanaan penggulangan kasus TB Paru?	1. biasanya kalau ada suspek di poli kita langsung kejar kerumah. Untuk tahun ini kami lihat BTA (+) kami lacak kembali	1. Kasus suspek TB berobat ke BP kalo batuk sudah lebih 1 minggu di anjurkan periksa sputum SPS, kalau (+) pasien di serahkan pada pemegang program, nanti pemegang program memberikan obat TB	1. penanggulangan TB kami membuat tim untuk turun kelapangan dengan pemetaan kasus TB dalam 10 tahun terakhir kami cari suspek dari lingkungan penderita
2. Pengobatan	2. Bagaimana pelaksanaan pengobatan TB?	2. Pasien dengan BTA (+) di beri OAT setelah dua bulan makan obat di periksa lagi BTA (-) obat di lanjutkan, kalau (+) tambahkan 1 bulan sisipan, pada bulan kelima cek lagi BTA kalau (-) lanjutkan obat sampai selesai, kalau	2. Setelah di jumapai pasien BTA (+) pemegang program memberikan pengobatan disertai penunjukan PMO pasien juga di pantau BTAny	2. Pasien dengan BTA (+) pemegang program lapor pada dokter puskesmas, dokter memberikan pengobatan sesuai dengan system DOT

<p>3. Ketersediaan OAT</p> <p>4. Pencatatan dan pelaporan</p>	<p>3. Bagaimana ketersediaan OAT?</p> <p>4. Bagaimana system pencatatan dan pelaporan?</p>	<p>(+) masuk kategori 2 bulan ke 6 cek lagi kalau (-) sembuh</p> <p>3. Obat cukup</p> <p>4. Laporan di buat pemegang program kemudian laporan di kirim ke dinas kesehatan</p>	<p>3. Obat cukup</p> <p>4. laporan labor di buat analis, laporan program di buat pemegang program, kemudian laporan di kirim ke dinas kesehatan ada juga wasor yang ambil waktu monev TB</p>	<p>3. Obat cukup, kita tinggal amprah ke gudang farmasi</p> <p>4. Laporan di buat oleh pemegang program dan dikirim ke wasor di DKK</p>
---	--	---	--	---



Matrik Wawancara Mendalam I6 (Dokter Puskesmas)

Komponen	Pertanyaan	Jawaban		
		P1	P2	P3
Input				
1. Komitmen	1. Bagaimana bentuk komitmen lintas sektor?	1. Ada SK bersama untuk tim TB tingkat puskesmas dan Tim TB tingkat kecamatan	1. Sudah sering lintas sektor di libatkan dalam penanggulangan TB, tapi komitmen hampir tidak ada	1. Aplikasinya hampir tidak ada
Proses				
1. Pemeriksaan dahak	1. Bagaimana pelaksanaan penanggulangan kasus TB?	1. Penjarangan dipelayanan puskesmas dilakukan oleh dokter yang mendiagnosa dan saat dokter tidak ada di tempat kawan-kawan lain bisa mendiagnosa TB dengan membawa pot sputum saat turun kelapangan saat posyandu balita, posyandu lansia, UKS, Pusling, dan kunjungan rumah	1. kalau ada yang di curigai TB, nanti orang poli bias langsung meminta sputum, tapi kalau tidak bisa pasien di berikan pada pemegang program, nanti pemegang program menindak lanjuti, setelah itu di lakukan pemeriksaan BTA (+)	1. kita menangkap kasus dari BP, Posyandu dan keluhan pasien kita anjurkan pemeriksaan BTA (+), nanti kita obat OAT 6 bulan

2. Pengobatan	2. Bagaimana pelaksanaan pengobatan TB di Puskesmas?	2. pasien positif TB selama 1 bulan di dampingi PMO mengambil obat setiap minggu, dilakukan kunjungan kontak serumah, apabila ditemukan bayi dan balita maka dirujuk ke SPA, untuk diberikan pengobatan profilaksis	2. Setelah di jumpai pasien BTA (+) di berikan pengobatan oleh dokter sesuai dengan standar DOT	2. Setelah di jumpai BTA (+) pasien diserahkan pada pemegang program, pemegang program berkoordinasi dengan dokter dalam memberikan pengobatan
3. Ketersediaan OAT	3. Bagaimana ketersediaan OAT?	3. Cukup	3. Obat TB cukup dan selalu ada	3. OAT cukup dan selalu tersedia
4. Pencatatan dan pelaporan	4. Bagaimana pencatatan dan pelaporannya?	4. Lengkap	4. Rutin di laporkan pemegang program	4. Laporan di buat oleh pemegang program



Matrik Wawancara Mendalam I7 (Analisis kesehatan)

Komponen	Pertanyaan	Jawaban		
		P1	P2	P3
Input				
1. Komitmen	1. Bagaimana komitmen lintas sektor penanggulangan TB?	1. Ada kesepakatan bersama secara tertulisnya misalnya ada pasien tidak mau periksa melibatkan kepala desa sehingga mau periksa	1. Kurang bahkan tidak ada	1. Keterlibatan masyarakat pada saat posyandu dari masyarakat, kader dan rumah sakit
Proses				
1. Pemeriksaan dahak	1. Bagaimana pemeriksaan dahak pasien TB?	1. Langsung dibuat pemeriksaan dahaknya, dibuat, di fiksasi, diwarnai, dikeringkan baru di baca sesuai protap	1. Dari IGD/poli ke labor, kemudin pasien yang datang memberikan dahaknya dengan cara SPS	1. Sputum datang dikerjakan sesuai protap, fiksasi objek glas, di warnai, di baca hasilnya
2. Pengobatan	2. Bagaimana pelaksanaan pengobatan?	2. Kerjasama seluruh petugas dari mulai MR sampai analis dan pengung jawab	2. Setelah hasil pemeriksaan sputum positif kemudian kompirmasi ke dokter dan di lakukan pengobatan, lalu bekerjasama dengan pemegang program turun	2. Setelah tahu positif di obati sesuai ketentuan

3. Pencatatan dan pelaporan	3. Bagaimana pencatatan dan pelaporan?	3. Kalo pencatatan langsung dan tersendiri, Pasien dicatat dan dilaporkan ke dinas melalui laporan bulanan	3. laporan labor tidak sinkron dengan pemegang program karena terdapat hasil pemeriksaan dari luar daerah	3. Laporan tersendiri dan laporan bulanan ke dinas
-----------------------------	--	--	---	--



Matrik Wawancara Mendalam I8 (Pasien TB)

Komponen	Pertanyaan	Jawaban		
		P1	P2	P3
Proses				
1. Pemeriksaan dahak	1. Pemeriksaan apa saja yang di lakukan dan sudah berapa kali di lakukan?	1. Saya diberi 3 buah botol, saya di suruh batuk dan menampung, 1 untuk dahak pagi, 1 lagi waktu mengatar botol di suruh lagi, saya menampung dahak pada botol ke 3, lalu saya serahkan pada labor dan di periksa oleh petugas labor	1. Saya di periksa dahaknya tiga kali, yaitu waktu datang, terus besok paginya dan sewaktu datang berikutnya	1. Saya di kasih tempat untuk dahak dan di ambil dahaknya tiga kali
2. Pengobatan	2. Apakah mengerti tentang proses pengobatan yang di lakukan?	2. Setelah di ketahui penyakit saya, di beri obat untuk 1 minggu, saya harus menyelesaikan pengobatan	2. Obatnya harus setiap hari di minum tidak boleh lupa walaupun satu hari	2. berikan obat untuk seminggu, dan seminggu sekali saya harus menjemput obatnya ke puskesmas, saya harus minum obat tidak boleh putus karena kalau putus berarti gagal
3. OAT	3. Apakah obat selalu tersedia setiap saudara datang berobat?	3. Obat cukup dan selalu ada	3. Ada	3. Ada

Matrik Wawancara Mendalam I9 (Pengawas Minum Obat /PMO Pasien TB)

Komponen	Pertanyaan	Jawaban		
		P1	P2	P3
Proses 1. Pengobatan TB	1. Bagaimana cara anda melakukan pengawasan minum obat terhadap penderita TB? 2. Bagaimana pengetahuan anda tentang penyakit TB Paru dan tugas yang harus anda lakukan sebagai pengawas minum obat?	1. Ya... mengingatkan dia jangan lupa minum obat setiap hari 2. saya tau penyakit bisa sembuh dengan minum obat dan saya harus mengingatkan dia jangan sampai lupa minum obat	1. Setiap hari saya selalu menanyakan apakah dia sudah makan obat, kadang-kadang saya melihat dia minum obat 2. dapat di sembukan dengan minum obat secara teratur, penyakit ini dapat menular, penyakit ini di sebabkan kuman, itu yang saya ketahui. Apa lagi ya? saya harus mengawasi dan memastikan pasien minum obat dengan teratur tidak boleh lupa	1. mengingatkan minum obat kalo saya belum melihat dia minum obat 2. Penyakit TB adalah penyakit yang menular dan berbahaya serta pengobatannya tidak boleh terputus



Matrik Focus Group Discution I10 (FGD Pemegang Program TB)

Komponen	Pertanyaan	Jawaban		
		P1	P2	P3
Input				
1. Komitmen	1. Apakah ada dukungan lintas sektor, apa bentuk dukungannya?	Kalau dari desa sangat baik, ada kampung peduli TB kesadaran masyarakat tinggi untuk memeriksakan diri kecamatan masih kurang.	Kalau dalam rapat lokmin ada tapi aplikasinya belum Nampak	Sangat kurang bahkan boleh di katakana belum ada untuk program TB
Proses				
1. Pemeriksaan dahak	1. Bagaimana penanggulangan kasus TB di Puskesmas?	1. Setelah di temukan kasus BTA (+) di berikan pengobatan oleh pemegang program dengan konsultasi pada dokter, di lakukan pemeriksaan ulang BTA pada bulan ke 2 dan ke 5		
2. Pengobatan	2. Apakah bapak / Ibu tahu cara pelaksanaan pengobatan terhadap TB dengan strategi DOT dan siapa yang memberikan pengobatan?	2. Tahu sedikit-sedikit dari pengobatan, sayakan belum pelatihan, yang memberikan pengobatan dokter puskesmas dan pemegang program	2. Tahu karena sering mendapat transper pengetahuan dan membaca buku yang membei pengobatan dokter setelah dapat hasil labor	2. Tahu karena membaca dari buku pedoman, walaupun belum pelatihan langkah-langkahnya tahulah pengobatan kan kerjasama dengan dokter

Matrik Focus Group Discution I11 (FGD Pasien TB)

Komponen	Pertanyaan	Jawaban		
		P1	P2	P3
<p>Proses</p> <p>1. Pemeriksaan dahak</p> <p>2. Pengobatan</p>	<p>1. Pemeriksaan apa yang sudah dilakukan?</p> <p>2. Apakah mengerti tentang proses pengobatan?</p>	<p>1. Satu kali periksa dahak menjelang minum obat, kemudian dua bulan minum obat saya di periksa dahak lagi hasilnya negatif</p> <p>2. Awal peberian minum obat rutin setiap hari pagi selama 2 bulan, setelah itu 3x seminggu setiap hari selasa jumat dan minggu pada malam hari</p>	<p>1. Sudah periksa dahak 2x dan 1x ronsen kemudian di ulang periksa dahak lagi 2x lagi hasilnya baru positif kemudian saya dianjurkan minum obat TB. Setelah pengobatan selama 2 bulan saya periksa dahak 1x hasilnya negatif</p> <p>2. Tiap hari malam mau tidur 1X/hari, setelah itu 3X/minggu, saya Cuma tahu harus tiap hari rutin minum obat</p>	<p>1. Periksa dahak saja 3x sebelum saya di katakana sakit saya TB</p> <p>2. harus minum obat setiap hari tidak boleh putus sesuai petunjuk petugas puskesmas</p>



Daftar cheklis Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto

Analisis Penerapan Strategi *DOTS* dalam Penanggulangan Kasus TB paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tahun 2012

No	Item yang Diperiksa	Analisis	Penilaian	
			Ada	Tidak
INPUT				
1.	Komitmen Politis			
	a. MOU kerja sama dengan lintas sektor, Lembaga sosial, DPRD atau pihak-pihak lain.	Telaah dokumen		√
	b. Adakah kebijakan publik yang dikeluarkan Pemerintah Kota yang dapat menunjang pelaksanaan Program P2TB	Telaah okumen		√
PROSES				
1.	Jaminan Ketersediaan Obat (Gudang Farmasi DKK Sawahlunto)	Telaah dokumen	√	
	a. Dokumen pengeluaran dan pemasukan OAT ke Puskesmas.	Observasi	√	
	b. Jumlah obat yang tersedia di Gudang Farmasi			
2.	Sistem Pencatatan dan Pelaporan.			
	a. Apakah laporan lengkap	Telaah dokumen	√	
	b. Bukti pengiriman laporan.	Telaah dokumen	√	
OUTPUT				
1.	CDR (<i>Case Detection Rate</i>) dan angka kesembuhan (<i>Cure Rate</i>).		√	
	a. Dokumen pencapaian program	Telaah dokumen	√	
	b. Dokumen register pasien	Telaah dokumen	√	

Daftar cheklis Puskesmas Lunto

Analisis Penerapan Strategi *DOTS* dalam Penanggulangan Kasus TB paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tahun 2012

No	Item yang diperiksa	Analisis	Penilaian	
			Ada	Tidak
	INPUT			
1.	Komitmen Politis			
	a. MOU kerja sama dengan lintas sektor, Lembaga sosial, DPRD atau pihak-pihak lain.	Telaah dokumen	√	
	b. Adakah kebijakan publik yang dikeluarkan Pemerintah Kota yang dapat menunjang pelaksanaan Program P2TB	Telaah okumen		√
	PROSES			
1.	Pemeriksaan dahak yang terjamin.			
	a. Kondisi Laboratorium memenuhi standar	Observasi	√	
	b. Peralatan apakah memenuhi standar	Observasi	√	
	c. Adakah protap pemeriksaan stupum.	Telaah dokumen		√
	d. Adakah protap pemeliharaan alat-alat laboratorium.	Telaah dokumen	√	
	e. Adakah bukti slide hasil pemeriksaan	Obsevasi	√	
2	Pengobatan jangka pendek yang standar	Telaah dokumen		
	a. Dokumen status pasien	Telaah dokumen	√	
	b. Daftar obat yang diberikan	Telaah dokumen	√	
3.	Jaminan Ketersediaan Obat			
	a. Dokumen pengeluaran dan pemasukan OAT di	Telaah dokumen	√	

	puskesmas. b. Jumlah obat yang tersedia di puskesmas	Observasi	√	
4.	Sistem Pencatatan dan Pelaporan. a. Apakah laporan lengkap b. Bukti pengiriman laporan.	Telaah dokumen Telaah dokumen	√ √	
	OUTPUT			
1.	CDR (<i>Case Detection Rate</i>) dan angka kesembuhan (<i>Cure Rate</i>). a. Dokumen pencapaian program b. Dokumen register pasien	Telaah dokumen Telaah dokumen	√ √	



Daftar cheklis Puskesmas Silungkang

Analisis Penerapan Strategi *DOTS* dalam Penanggulangan Kasus TB paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tahun 2012

No	Item yang diperiksa	Analisis	Penilaian	
			Ada	Tidak
	INPUT			
1.	Komitmen Politis			
	a. MOU kerja sama dengan lintas sektor, Lembaga sosial, DPRD atau pihak-pihak lain.	Telaah dokumen		√
	b. Adakah kebijakan publik yang dikeluarkan Pemerintah Kota yang dapat menunjang pelaksanaan Program P2TB	Telaah dokumen		√
	PROSES			
1.	Pemeriksaan dahak yang terjamin.			
	a. Kondisi Laboratorium memenuhi standar	Observasi	√	
	b. Peralatan apakah memenuhi standar	Observasi	√	
	c. Adakah protap pemeriksaan stupum.	Telaah dokumen	√	
	d. Adakah protap pemeliharaan alat-alat laboratorium.	Telaah dokumen	√	
	e. Adakah bukti slide hasil pemeriksaan	Obsevasi	√	
2	Pengobatan jangka pendek yang standar	Telaah dokumen		
	a. Dokumen status pasien	Telaah dokumen		√

	b. Daftar obat yang diberikan	Telaah dokumen		√
3.	Jaminan Ketersediaan Obat			
	a. Dokumen pengeluaran dan pemasukan OAT di puskesmas.	Telaah dokumen		√
	b. Jumlah obat yang tersedia di puskesmas	Observasi		√
4.	Sistem Pencatatan dan Pelaporan.			
	a. Apakah laporan lengkap	Telaah dokumen		√
	b. Bukti pengiriman laporan.	Telaah dokumen		√
	OUTPUT			
1.	CDR (<i>Case Detection Rate</i>) dan angka kesembuhan (<i>Cure Rate</i>).			
	a. Dokumen pencapaian program	Telaah dokumen		√
	b. Dokumen register pasien	Telaah dokumen		√



Daftar Cheklis Puskesmas Kampung Teleng

Analisis Penerapan Strategi *DOTS* dalam Penanggulangan Kasus TB paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto Tahun 2012

No	Item yang diperiksa	Analisis	Penilaian	
			Ada	Tidak
	INPUT			
1.	Komitmen Politis			
	a. MOU kerja sama dengan lintas sektor, Lembaga sosial, DPRD atau pihak-pihak lain.	Telaah dokumen		√
	b. Adakah kebijakan publik yang dikeluarkan Pemerintah Kota yang dapat menunjang pelaksanaan Program P2TB	Telaah okumen		√
	PROSES			
1.	Pemeriksaan dahak yang terjamin.			
	a. Kondisi Laboratorium memenuhi standar	Observasi	√	
	b. Peralatan apakah memenuhi standar	Observasi		
	c. Adakah protap pemeriksaan stupum.	Telaah dokumen	√	√
	d. Adakah protap pemeliharaan alat-alat laboratorium.	Telaah dokumen		√
	e. Adakah bukti slide hasil pemeriksaan	Obsevasi	√	
2	Pengobatan jangka pendek yang standar	Telaah dokumen		
	a. Dokumen status pasien	Telaah dokumen	√	
	b. Daftar obat yang diberikan	Telaah dokumen	√	
3.	Jaminan Ketersediaan Obat			

	a. Dokumen pengeluaran dan pemasukan OAT di puskesmas.	Telaah dokumen	√	
	b. Jumlah obat yang tersedia di puskesmas	Observasi	√	
4.	Sistem Pencatatan dan Pelaporan.			
	a. Apakah laporan lengkap	Telaah dokumen	√	
	b. Bukti pengiriman laporan.	Telaah dokumen	√	
	OUTPUT			
1.	CDR (<i>Case Detection Rate</i>) dan angka kesembuhan (<i>Cure Rate</i>).			
	c. Dokumen pencapaian program	Telaah dokumen	√	
	d. Dokumen register pasien	Telaah dokumen	√	





KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS ANDALAS
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Perintis Kemerdekaan Padang 25127 Telp : 0751-31746 Fax : 0751-32838

Nomor : 37/UN16.2/S2 IKM/2013

17 Juli 2013

Lamp : -

Hal : **Penelitian**

Kepada Yth.

Sdr. Kepala Dinas Kes. Kota Sawahlunto

di

Tempat

Dengan Hormat, kami sampaikan kepada Bapak/Ibu bahwa kami bermaksud menugaskan seorang mahasiswa Program Pascasarjana (S2) Universitas Andalas :

Nama : Yaneliza

No.BP : 1121 219 002

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Untuk melakukan Penelitian dalam penulisan Tesis dengan Judul :

“ Analisis Penerapan Strategi Directly Observed Treatment Shortcourse Dalam Penanggulangan Kasus TB Paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto “

Untuk itu yang bersangkutan memerlukan penambahan data dan informasi yang berhubungan dengan judul diatas.

Sehubungan dengan maksud tersebut, kami harapkan Bapak/Ibu agar berkenan memberi izin yang bersangkutan untuk melakukan **Penelitian** pada Lembaga/Instansi Bapak/Ibu, yang akan dilakukan selama 1 Bulan (Juli s/d Agustus 2013)

Demikianlah semoga Bapak/Ibu berkenan, dan atas kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih

Dekan Fakultas Kedokteran

Dr. dr. Masrul, MSc, SpGK

NIP. 19561226 198710 1 001



PEMERINTAH KOTA SAWAHLUNTO
**BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK
DAN PENANGGULANGAN BENCANA DAERAH**

Jl. Khatib Sulaiman Santur Kode Pos 27424 Telp. (0754) 61137 Fax. (0754) 62466
E-mail : badanksbpbdsawahlunto@hotmail.com

REKOMENDASI

Nomor : B.070/1420/BKP-PBD/SWL/2013

TENTANG

IZIN MELAKSANAKAN PENELITIAN

Setelah mempelajari Surat dari Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Nomor : 37/UN16.2/S2 IKM/2013 tanggal 17 Juli 2013 Perihal Penelitian, dengan ini kami Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Penanggulangan Bencana Daerah Kota Sawahlunto menyatakan tidak keberatan atas maksud melaksanakan Penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : YANELIZA
Tempat / Tgl Lahir : Solok / 20 Januari 1970
Pekerjaan : PNS
NIM/BP : 1121219002
Alamat : Perumahan Polamas Blok C/23 Andalas Padang.
Lama Penelitian : 24 Juli s/d 24 Agustus 2013
Judul : Analisis Penerapan Strategi Directly Observed Treatment Shortcourse Dalam Penanggulangan Kasus TB Paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto
Lokasi/Tempat Penelitian : Puskesmas Se-Kota Sawahlunto; Dinas Kesehatan dan Sosial, RSUD Sawahlunto; Walikota Sawahlunto dan Ketua DPRD Kota Sawahlunto.

Dengan ketentuan sebagai berikut :

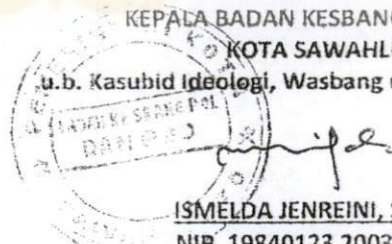
1. Tidak boleh menyimpang dari kerangka serta tujuan penelitian/survey yang akan dilaksanakan.
2. Memberitahukan kedatangan dan maksud penelitian yang akan dilaksanakan dengan menunjukkan surat-surat keterangan yang berhubungan dengan itu serta melaporkan diri sebelum meninggalkan daerah/lokasi penelitian kepada Pemerintah Daerah setempat.
3. Mematuhi semua peraturan yang berlaku dan menghormati adat istiadat serta kebiasaan masyarakat setempat.
4. Menyampaikan laporan hasil penelitian sebanyak 1 (satu) eksemplar kepada Walikota Sawahlunto Cq. Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Penanggulangan Bencana Daerah Kota Sawahlunto.
5. Bila terjadi penyimpangan / pelanggaran terhadap ketentuan tersebut diatas, maka surat rekomendasi ini akan dicabut kembali.

Demikianlah rekomendasi izin kegiatan Penelitian/Survey ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat dipergunakan oleh yang berkepentingan dimana perlu.

Sawahlunto, 24 Juli 2013

An. WALIKOTA SAWAHLUNTO
KEPALA BADAN KESBANGPOL DAN PBD
KOTA SAWAHLUNTO

u.b. Kasubid Ideologi, Wasbang dan Pemb. Masyarakat



ISMELDA JENREINI, S.STP, MM
NIP. 19840123 200312 2 002

Tembusan : Disampaikan kepada Yth :

1. Bapak Gubernur Sumatera Barat :
Cq. Kepala Badan Kesbangpol di Padang;
2. Bapak Walikota Sawahlunto di Sawahlunto (sebagai laporan);
3. Bapak Unsur Muspida se Kota Sawahlunto di Sawahlunto;
4. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas di Padang;
5. Yang bersangkutan.



PEMERINTAH KOTA SAWAHLUNTO DINAS KESEHATAN DAN SOSIAL

Jl. Adam Malik Desa Sikalang Telp (0754) 61036 Fax (0754) 61827
Homepage : <http://www.sawahlunto.go.id> E-Mail: informasi@sawahlunto.go.id

Nomor : 800 / 4040 / Dinkessos / VIII / 2013 Sawahlunto, 2 Agustus 2013
Lampiran : -
Perihal : **Izin Penelitian**

Kepada Yth :
Sdr. Ketua Prodi S2 Kesmas Fakultas Kedokteran
Universitas Andalas Padang
Di
Padang

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat Saudara Nomor 37 / UN16.2 / S2IKM / 2013 tanggal 17 Juli 2013 perihal yang sama seperti pokok surat diatas, pada prinsipnya kami tidak keberatan memberikan izin kepada mahasiswa yang tersebut dibawah ini untuk melakukan penelitian dalam rangka penyusunan tesis di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto.

Adapun mahasiswa tersebut adalah :

Nama	NIM	Judul Tesis
Yaneliza	1121219002	Analisis Penerapan Strategi DOTS Dalam Penanggulangan Kasus TB Paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Penelitian tersebut tidak menyimpang dari kerangka acuan penelitian
2. Mematuhi semua peraturan yang berlaku

Demikian kami sampaikan untuk dimaklumi dan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Kepala Dinas Kesehatan dan Sosial
Kota Sawahlunto

Dr. Ambun Kadri, MKM

Pembina Tk. I, NIP. 196407281996022001



PEMERINTAH KOTA SAWAHLUNTO
DINAS KESEHATAN DAN SOSIAL

Jalan Adam Malik Desa Sikalang Kec. Talawi Telp (0754) 61036 Fax (0754) 61827

home page : [http:// www.sawahlunto.go.id](http://www.sawahlunto.go.id) E-Mail informasi@sawahlunto.go.id

SURAT KETERANGAN

Nomor : 800/4041 /Dinkessos-Swl/2013.

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto menerangkan bahwa :

Nama : YANELIZA
Tempat/Tgl Lahir : Solok / 25 Januari 1970
Pekerjaan : Mahasiswa S2 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.
Alamat : Perumahan Pola Mas Padang

Yang bersangkutan memang telah melaksanakan penelitian di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto untuk penyusunan Tesis dengan Judul "*Analisis Penerapan Strategi DOTS dalam Penanggulangan Kasus TB Paru di Dinas Kesehatan dan Sosial Kota Sawahlunto tahun 2012*".
Terhitung mulai tanggal : 19 September s/d 19 Oktober 2013.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Sawahlunto, 25 November 2013.

KEPALA DINAS KESEHATAN DAN SOSIAL
KOTA SAWAHLUNTO

Dr. H. AMBUN, S.Pd., M.Pd., M.KM
Pembina NIP.196401011996022001

UNTUK KEDJAJAAN BANGSA

**DRAF SURAT KEPUTUSAN WALIKOTA SAWAHLUNTO
TENTANG PEMBENTUKAN GERDUNAS KOTA SAWAHLUNTO**

**KEPUTUSAN WALIKOTA SAWAHLUNTO
NOMOR XXX/SK/WAKO/I/2014**

**TENTANG
PEMBENTUKAN GERAKAN DUKUNG NASIONAL TUBERKULOSIS
(GERDUNAS TB) DI KOTA SAWAHLUNTO**

Menimbang
:

- a. bahwa penyakit Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat Kota Sawahlunto, dan salah satu sebab kematian sehingga perlu dilaksanakan program penanggulangan TB secara berkesinambungan;
- b. dalam rangka akselerasi penanggulangan penyakit TB paru di Kota Sawahlunto.
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan huruf a dan b, perlu di bentuk Gerdunas Kota Sawahlunto

Mengingat
:

1. Undang-undang Nomor 4 tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3273);
2. Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437);
3. Undang-undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);
4. Undang-undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembar Negara Republik tahun 2004 Nomor 125,

Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437) dan di ubah terakhir dengan Undang-undang Nomor 12 tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembar Negara Republik tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4844);

5. Undang-undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembar Negara Republik tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 1991 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang tenaga kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah Daerah Provinsi Dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 8737);
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 131/Menkes/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1295/Menkes/Per/XII/2007;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 203/Menkes/SK/III/1999 tentang Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis

MEMUTUSKAN

- Menetapkan :
- Kesatu : **KEPUTUSAN WALIKOTA SAWAHLUNTO TENTANG PEMBENTUKAN GERAKAN TERPADU NASIONAL PEANGGULANGAN TUBERKOSIS (GERDUNAS TB)**
- Kedua : Struktur Organisasi Gerdunas TB sebagaimana dimaksud pada Diktum Kesatu terlampir dalam Lampiran Keputusan ini
- Ketiga : Visi dan Strategi serta Tugas dan Tanggung jawab Gerdunas TB sebagaimana dimaksud pada Diktum Kedua terlampir dalam Lampiran Keputusan ini
- Keempat : Pembinaan dan Pengawasan pelaksanaan Gerdunas dilaksanakan oleh Dinas kesehatan Kota Sawahlunto dengan mengikut sertakan institusi pemerintah dan non pemerintah terkait sesuai tugas dan fungsi masing-masing.
- Kelima : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal di tetapkan

Ditetapkan di Sawahlunto
Pada tanggal XX Januari 2014

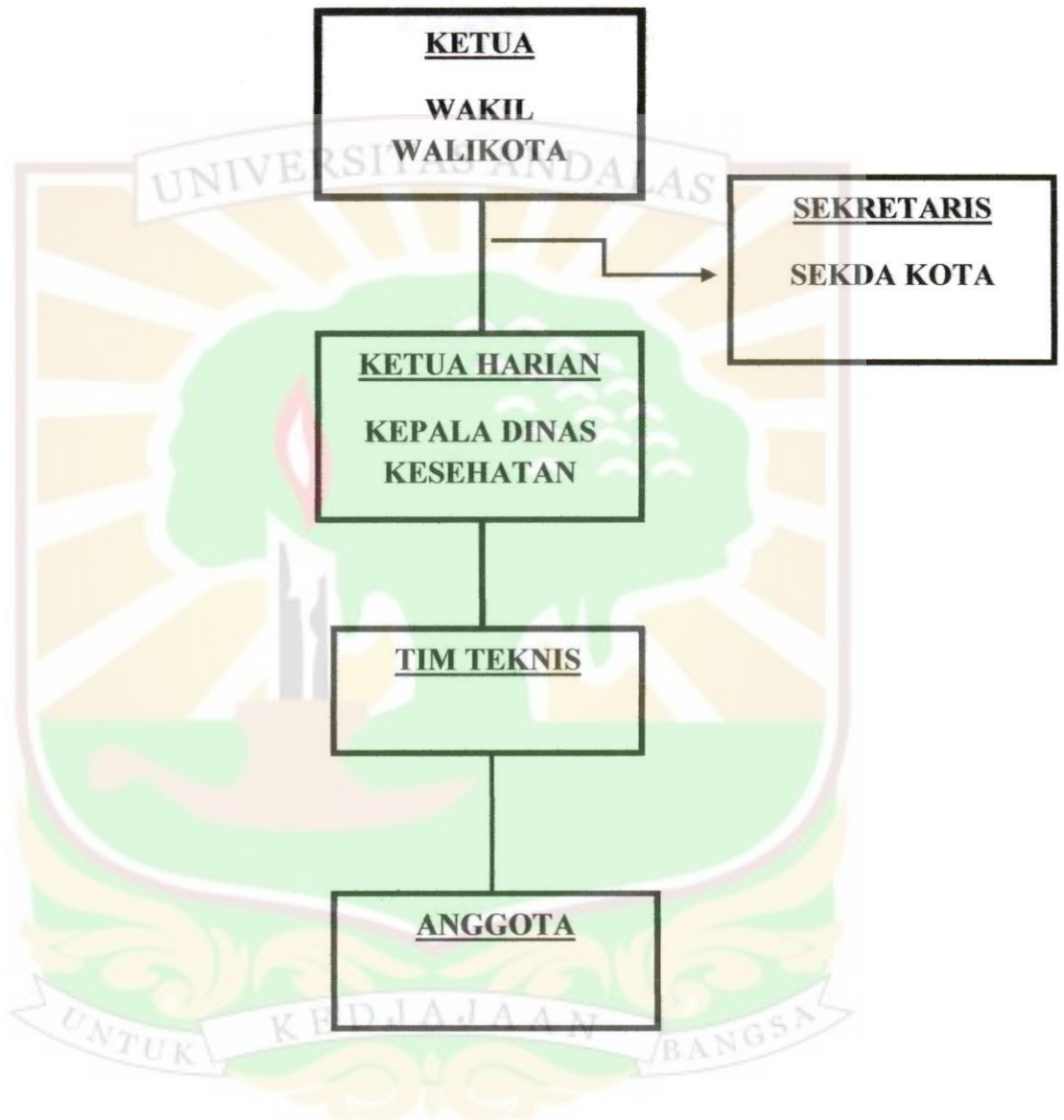
Walikota Sawahlunto

ttd

UNTUK KEDJAJAAN BANGSA

(-----)

DRAF STRUKTUR ORGANISASI
GERDUNAS PENANGULALANGAN TB PARU KOTA
SAWAHLUNTO



VISI DAN STRATEGI GERDUNAS

VISI:

TB paru tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat

STRATEGI GERDUNAS:

1. Paradigma Sehat
2. Kerjasama lintas program dan lintas sektor
3. Meningkatkan peran serta masyarakat
4. Implementasi strategi *DOTS*
5. Keterlibatan organisasi LSM dan Organisasi Profesi
6. Komitmen Internasional

FUNGSI GERDUNAS TB PARU KOTA SAWAHLUNTO

Fungsi Gerdunas Kota Sawahlunto

1. Pengkajian dan penyusunan kebijakan strategis penanggulangan TB paru di Kota Sawahlunto
2. Pengkajian pengembangan metode dan teknologi terapan penanggulangan TB paru.
3. Fasilitas pembentukan dan pematapan peran GERDUNAS TB paru.
4. Pengkajian pengembangan lintas sektoral dan kerjasama lintas program

Tugas Pokok Gerdunas TB paru Kota Sawahlunto

1. Memberi masukan kepada pemerintah dalam menetapkan kebijakan strategis penanggulangan TB paru di Kota Sawahlunto
2. Gerdunas TB paru kota membentuk tim TB pada tingkat kecamatan yang selanjutnya di bentuk tim TB desa/kelurahan
3. Memfasilitasi pemantapan peran tim TB kecamatan di seluruh wilayah Kota Sawahlunto
4. Membantu pemantapan dan pengembangan kemitraan lintas sektoral dan kerjasama lintas Program

Keanggotaan Organisasi GERDUNAS TB terdiri dari Pemerintah dan Non Pemerintah (LSM, PT, Profesi dan Swasta)



KEPALA DINAS KESEHATAN KOTA SAWAHLUNTO

No : XYZ/SE/TU/I/2014

Sawahlunto, Januari 2014

Lapiran :

Perihal : Gerdunas

Kepada: Kepala Puskesmas se Kota Sawahlunto

Di

Sawahlunto

Surat Edaran

Berdasarkan peraturan pemerintah No 40 tahun 1991 tentang wabah penyakit menular, Kemenkes No 203/Menkes/SK/1999 tentang Gerakan Terpadu Nasional penanggulangan TB, Kemenkes No 364/Menkes/SK/V/2009 tentang Pedoman Penanggulangan TB dan SK Walikota Sawahlunto No XX/X11/2013 tentang Gerdunas se-Kota Sawahlunto maka di sampaikan beberapa hal sebagai berikut:

1. Kepada Seluruh Pimpinan Puskesmas untuk bersama-sama Bapak Camat dan jajarannya, TOMA, TOGA, dan Organisasi Kemasyarakatan, Pemuda, serta PKK di wilayah kerja masing-masing untuk membentuk Tim TB Kecamatan dan Desa atau Kelurahan.
2. Setiap Petugas Puskesmas di masing-masing wilayah kerja puskesmas melakukan keluarga binaan dan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan keluarga binaannya khususnya Penyakit TB
3. Seluruh Puskesmas agar menjadi Motor penggerak mobilisasi sosial di masyarakat dan stek holder terkait dalam upaya melakukan kegiatan promosi aktif melalui kegiatan yang inovatif dengan tujuan membangun solidaritas masyarakat untuk dapat mengatasi TB secara bersama.

Demikian untuk dapat dilaksanakan.

Kepala Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto

MODUL PROMOSI KESEHATAN

BAGI KADER KESEHATAN

TENTANG

PENYAKIT TB PARU



**OLEH
YANELIZA
BP 1121219002**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN
MASYARAKATPASCASARJANA FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALASPADANG
TAHUN 2014**

MODUL PROMOSI KESEHATAN UNTUK KADER KESEHATAN

TENTANG PENYAKIT TB PARU

A. Latar belakang

Program pemberantasan penyakit menular mempunyai peranan penting dalam menurunkan angka kesakitan dan angka kematian. Salah satu penyakit menular yang termasuk di dalam target *Millenium Development Goals (MDG's)* pada tahun 2015 adalah penurunan jumlah penderita TB paru. Hal ini disebabkan oleh karena penyakit TB paru masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia, terutama di negara berkembang termasuk Indonesia. Diperkirakan sekitar sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Pada tahun 1996 diperkirakan ada 9 juta pasien TB baru dan 3 juta kematian akibat TB di seluruh dunia (Kemenkes RI, 2011).

TB paru masih merupakan masalah utama bagi kesehatan masyarakat, karena merupakan pembunuh nomor satu diantara penyakit menular, dan peringkat ke-3 dari 10 penyakit pembunuh tertinggi di Indonesia. Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Kemenkes RI, melaporkan bahwa pada tahun 2009 diperkirakan terdapat 528.000 kasus TB paru baru, dan mengakibatkan kematian sebesar 91.000 jiwa pertahun. Angka prevalensi TB paru tahun 2009 diperkirakan sebesar 100 per 100.000 penduduk (Kemenkes RI, 2012).

Sementara di Kota Sawahlunto berdasarkan Profil Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto dalam dua tahun terakhir (tahun 2010-2012) terjadi penurunan penemuan TB dengan BTA positif yaitu pada tahun 2010 dari target 88 hanya dijumpai 50 (56,8%) BTA positif, pada tahun 2011 target BTA positif 90 hanya ditemui 41 (45,6%) BTA positif, sedangkan pada tahun 2012 terjadi sedikit peningkatan target yaitu 91 kasus ditemui hanya 44 kasus (48,4%). Sedangkan untuk proporsi TB BTA positif dari seluruh pasien TB yang ada Kota Sawahlunto pada tahun 2011 dari 71 jumlah pasien TB hanya 44 TB BTA positif (62%), tahun 2012 dari 83 jumlah pasien TB hanya 48 TB BTA positif (57,8%), ini masih dibawah target yaitu 65%. Untuk proporsi TB anak diantara seluruh pasien TB pada tahun 2011 sebanyak 11 kasus TB anak (22,9%), tahun 2012 sebanyak 19 kasus TB anak (17,5%), ini masih tinggi dibandingkan target hanya 15%. Hal ini menunjukkan masih adanya TB BTA positif yang belum mendapat pengobatan sebagaimana mestinya sehingga menjadi sumber penularan. Untuk angka kesembuhan pasien TB paru di Kota Sawahlunto sudah melebihi target yaitu 90,2%.

Pemerintah Kota Sawahlunto dalam mendukung program TB mengeluarkan SK tentang Gerdunas dalam upaya penggulangan TB paru, yaitu: SK Walikota Sawahlunto No: XX/X11/2013.

B. Tujuan

1. Meningkatkan pengetahuan tentang penyakit tuberculosis dalam upaya penanggulangan penyakit TB paru di Kota Sawahlunto
2. Adanya perubahan perilaku masyarakat untuk melakukan upaya kesehatan dalam penanggulangan TB paru di lingkungannya
3. Meningkatkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat, pemerintah, Ormas, TOMA, TOGA, dan PKK terhadap penanggulangan TB paru di Kota Sawahlunto
4. Adanya kerjasama antara petugas kesehatan dan stik holder terkait dalam upaya penanggulangan TB paru di Kota Sawahlunto

C. Sasaran

1. Seluruh masyarakat di Kota Sawahlunto
2. Kader Kesehatan
3. TOMA, TOGA, dan Ormas
4. Aparatur Pemerintah

D. Penyakit TB

1. Definisi

Tuberculosis adalah penyakit yang disebabkan *Mycobacterium tuberculosis* yang hampir seluruh organ tubuh dapat terserang olehnya, tapi yang paling banyak adalah paru-paru. Tuberculosis adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* dengan gejala yang sangat bervariasi.

2. Etiologi

Penyebab utama dari TB paru adalah *Mycobacterium Tuberculosis* kalau dilihat dari struktur tubuhnya ia terbuat dari lemak dan protein.

Sifat-sifat kuman mycobacterium tuberkolosis adalah

- 1) Bersifat *aerob*.
- 2) Tidak tahan terhadap sinar ultraviolet oleh karena itu penularannya terjadi pada malam hari
- 3) Mudah mati pada air mendidih (5 menit pada suhu 80 derajat celsius, 20 menit pada suhu 60 derajat celsius)
- 4) Tahan hidup berbulan-bulan pada suhu kamar yang lembab.
- 5) Kebal terhadap obat TB apabila dimakan secara tidak teratur.

3. Tanda dan Gejala

Gejala-gejala pada penderita tersangka TB paru adalah sebagai berikut :

- 1) Batuk yang terus menerus dan berdahak selama 3 minggu atau lebih. Setiap orang yang datang ke pelayanan kesehatan dengan gejala utama ini harus dianggap sebagai seorang suspek atau tersangka TB paru dan diperiksa dahak di laboratorium.
- 2) Mengeluarkan dahak bercampur darah (*haemaoptysis*), sesak nafas dan nyeri dada.
- 3) Badan terasa lemah, kehilangan berat badan, nafsu makan menurun, rasa kurang enak badan (*malaise*), berkeringat pada malam hari tanpa ada

kegiatan, demam meriang (tidak terlalu tinggi lebih dari 1 bulan. Bila gejala-gejala tersebut diperkuat dengan riwayat kontak dengan penderita TB paru maka kemungkinan besar dia juga menderita TB paru.

4) Penularan

Penyakit Tuberkulosis Paru dapat menular kepada orang yang sehat melalui kontak langsung yaitu orang sehat langsung berkomunikasi dengan penderita tanpa ada perantara, dan dapat juga melalui kontak tidak langsung yaitu kuman tuberkulosis masuk kedalam tubuh seseorang melalui perantara seperti :

1) Pintu masuk kuman melalui saluran nafas .

Kuman keluar melalui percikan dahak atau air ludah penderita TB paru, kuman tersebut tinggal atau melayang di udara untuk sementara waktu, apabila terhisap oleh orang lain yang berda disekitar maka kuman tersebut akan masuk kedalam tubuh orang yang sehat. Jika hal ini berulang kali dan disertai gizi yang kurang baik serta daya tahan tubuh yang lemah maka akan orang tersebut akan dapat ditulari penyakit TB paru.

2) Makanan

Perantara lain juga dapat melalui makanan, apabila makanan tersebut dihinggapi oleh kuman tuberkulosis.

3) Alat-alat yang dipakai penderita

5) Pencegahan

Pencegahan terhadap penularan penyakit TB paru dengan cara melaksanakan pola hidup sehat yaitu :

1. Menutup mulut waktu batuk dan bersin
2. Tidak meludah disembarang tempat.
3. Ventilasi rumah yang baik agar udara dan sinar matahari masuk kedalam ruangan.
4. Tidur dan istirahat yang cukup
5. Tidak merokok dan minum alkohol.
6. Berolahraga secara teratur.
7. Meningkatkan daya tahan tubuh dengan gizi seimbang.

Tindakan preventif dengan pemberian vaksin BCG yang diberikan pada bayi selama ini hanya memberikan daya proteksi sebahagian saja, yakni 0-80%, tetapi BCG masih dipakai kerana dapat mengurangi kemungkinan tertular penyakit TB paru pada anak (Kemenkes RI 2006).

Berhasil atau tidaknya usaha pemberantasan penyakit TB paru tergantung kepada :

1. Keadaan sosial ekonomi masyarakat.

Makin jelek keadaan sosial ekonomi makin jelek status gizi dan hygiene lingkungan yang akan mengakibatkan rendahnya daya tahan tubuh sehingga memudahkan terjadinya penularan.

2. Kesadaran berobat penderita

Pengobatan penyakit TB paru memerlukan waktu yang lama, kalau penderita tidak mempunyai kesadaran untuk berobat maka pengobatan akan terputus dan sering penderita TB paru tidak merasa keluhan yang berarti sehingga penderita tidak mau berobat.

3. Pengetahuan penderita, keluarga dan masyarakat tentang penyakit TB paru.

4. Mendapatkan pemeriksaan sputum yang bermutu, pemeriksaan yang bermutu sangat menentukan pengobatan dan pencegahan penularan penderita TB paru.

6) Prinsip Pengobatan

Obat TB diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis, dalam jumlah cukup dan dosis tepat selama 6-8 bulansupaya semua kuman (termasuk kuman persister) dapat dibunuh. Dosis tahap intensif dan dosis tahap lanjutan ditelan sebagai dosis tunggal, sebaiknya pada saat perut kosong. Untuk menjamin kepatuhan penderita menelan obat pengobatan perlu dilakukan dengan pengawasan langsung oleh seorang pengawas minum obat (PMO). Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap yaitu tahap intensif dan lanjutan (Kemenkes 2006)

Pengobatan TB ada 2 tahap yaitu :

1. Tahap Intensif

Penderita mendapat obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan terhadap rifampisin. Bila saat tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, penderita menular menjadi tidak menular selama 2 minggu. Sebagian besar penderita TB BTA positif menjadi negatif (konversi) pada akhir pengobatan intensif. Pengawasan ketat dalam tahap intensif sangat penting untuk mencegah terjadinya kekebalan obat.

2. Tahap Lanjutan

Pada tahap lanjutan penderita mendapat obat jangka waktu pengobatan jangka panjang dan obat lebih sedikit untuk mencegah kambuhan. Tahap lanjut lebih penting untuk membunuh kuman persisten (Dormat) sehingga mencegah kekambuhan.

7) Kegagalan Pengobatan

Sebab-sebab kegagalan pengobatan :

- 1) Obat yaitu paduan obat tidak adekuat dan dosis obat tidak cukup. Minum obat tidak teratur / tdk. Sesuai dengan petunjuk yang diberikan. Jangka waktu pengobatan kurang dari semestinya atau terjadi resistensi obat.
- 2) Drop out karena kekurangan biaya pengobatan, merasa sudah sembuh atau malas berobat

- 3) Penyakit seperti lesi paru yang sakit terlalu luas/sakit berat, ada penyakit lain yang menyertai seperti demam, alkoholisme serta ada gangguan imunologis.

8) Penanggulangan Khusus Pasien :

- 1) Terhadap penderita yang sudah berobat secara teratur
1. Menilai kembali apakah paduan obat sudah adekuat mengenai dosis dan cara pemberian.
 2. Pemeriksaan uji kepekaan / test resistensi kuman terhadap obat
- 2) Terhadap penderita yang riwayat pengobatan tidak teratur
1. Teruskan pengobatan lama \pm 3 bulan dengan evaluasi bakteriologis tiap-tiap bulan.
 2. Nilai ulang test resistensi kuman terhadap obat
 3. Jangka resistensi terhadap obat, ganti dengan paduan obat yang masih sensitif.
- 3) Pada penderita kambuh (sudah menjalani pengobatan teratur dan adekuat sesuai rencana tetapi dalam kontrol ulang BTA (+) secara mikroskopik atau secara biakan)
1. Berikan pengobatan yang sama dengan pengobatan pertama
 2. Lakukan pemeriksaan BTA mikroskopik 3 kali.
 3. *Roentgen* paru sebagai evaluasi.

4. Identifikasi adanya penyakit yang menyertai (demam, alkoholisme/ steroid jangka lama)
5. Evaluasi ulang setiap bulannya : pengobatan, radiologis, bakteriologis.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes Republik Indonesia, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011, *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*.
2. Kemenkes Republik Indonesia, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011, *Rencana Aksi Nasional Public Private Mix Pengendalian Tuberkulosis Indonesia : 2011-2014*.
3. Kemenkes Republik Indonesia, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011, *Rencana Aksi Nasional Tuberkulosis-Human Immunodeficiency Virus 2011-2014*.
4. Kemenkes Republik Indonesia, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011, *Rencana Aksi Nasional Rencana Pengembangan Sumber Daya Manusia Pengendalian Tuberkulosis 2011-2014*.
5. Kemenkes Republik Indonesia, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011, *Rencana Aksi Nasional penguatan Laboratorium Pengendalian Tuberkulosis 2011-2014*.
6. Kemenkes Republik Indonesia, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011, *Rencana Aksi Nasional Informasi Strategis Pengendalian Tuberkulosis 2011-2014*.
7. Kemenkes Republik Indonesia, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011, *Rencana Aksi Nasional Advokasi Komunikasi dan Mobilisasi Sosial Pengendalian Tuberkulosis 2011-2014*.
8. Kemenkes Republik Indonesia, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011, *Rencana Aksi Nasional Logistik Pengendalian Tuberkulosis 2011-2014*.