

Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi

SKRIPSI



Diajukan oleh :

HARISWAN

N1A117029

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS JAMBI**

2021

Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi *Directly Observed Treatment Short-course (DOTS)* dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi

SKRIPSI

Untuk memenuhi sebagian persyaratan mencapai derajat Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKIK Universitas Jambi



Disusun oleh :

HARISWAN

N1A117029

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS JAMBI**

2021

PERSETUJUAN SKRIPSI

PERSETUJUAN SKRIPSI

Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi *Directly Observed Treatment Short-course (DOTS)* dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi

Di susun oleh :

Hariswan
N1A117029

Telah disetujui Dosen Pembimbing Skripsi
Pada tanggal 18 Juni 2021

Pembimbing I

HUBAYBAH, S.KM., MKM.
NIP. 198006032010122003

Pembimbing II

ADILA SOLIDA, S.KM., M.Kes.
NIP. 199103092019032020

PENGESAHAN SKRIPSI

PENGESAHAN SKRIPSI

Skrripsi dengan judul *Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi Directly Observed Treatment Short-course (DOTS) dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi* yang disusun oleh Hariswan, NIM NIA117029 telah dipertahankan di depan Tim Penguji pada tanggal 29 Juni 2021 dan dinyatakan lulus.

Susunan Tim Penguji

Ketua : Hubaybah, S.KM., MKM.
Sekretaris : Adila Solida, S.KM., M.Kes.
Anggota : 1. Dwi Noerjoedianto, SKM., M.Kes
2. Risty Ivanti, S.K.M., M.K.M

Disetujui :

Pembimbing I

HUBAYBAH, S.KM., MKM.

NIP. 198006032010122003

Pembimbing II

ADILA SOLIDA, S.KM., M.Kes.

NIP. 199103092019032020

Diketahui :

Dekan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Jambi



Dr. dr. Humaryanto, Sp.OT., M.Kes
NIP. 19730209 200501 1 001

Ketua Jurusan Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Jambi

Dr. Guspianto, S.KM., M.KM
NIP. 19730811 199203 1 001

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : HARISWAN

NIM : N1A117029

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat FKIK UNJA

Judul Skripsi : Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir Skripsi yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila kemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir Skripsi ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Jambi, 29 Juni 2021

Yang Membuat Pernyataan,

HARISWAN

NIM. N1A117029

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim, Alhamdulillah Rabbil'Alamiin, segala puji bagi Allah yang Maha Kuasa atas segala Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul “Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi” skripsi ini dimaksudkan sebagai syarat memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi.

Dalam penulisan Skripsi ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, maka sebagai ungkapan hormat dan penghargaan penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak DR.dr.Humaryanto, Sp.OT., M. Kes., selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan ilmu Kesehatan Universitas Jambi
2. Ibu Hubaybah, S.K.M., M.KM., selaku Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Pembimbing Akademik di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi, sekaligus Dosen Pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan, saran, motivasi, dan bantuan yang telah diberikan selama penyusunan skripsi ini
3. Ibu Adila Solida, S.KM., M.KES., sebagai Dosen Pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, saran, motivasi, dan bantuan yang telah diberikan selama penyusunan skripsi ini
4. Terkhusus untuk orang tua saya, ayah dan mamak yang telah melahirkan saya ke dunia ini serta menyekolahkan saya, dari TK hingga ke Perguruan Tinggi. Tak lupa pula untuk kedua adik saya Elfita Rahmi dan Muhammad Ridwan yang selalu menghibur saya disaat pembuatan skripsi ini. Karena merekalah saya bersemangat dalam menyusun skripsi ini, walaupun terkadang saya menjadi anak yang sering menyusahkan mereka, tetapi

mereka tetap sabar dan tabah dalam menghadapi segala perilaku saya, sekali lagi saya ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya

5. Selanjutnya, terima kasih untuk sanak keluarga saya yang lain, anga Teri, nyik anga, ante Lusi, nenek saya yang ada di kampung semoga sehat selalu dan keluarga besar yang ada di Lubuk Linggau yang senantiasa memberikan motivasi dan saran dalam menyusun skripsi ini.
6. Terima kasih kepada teman-teman seperjuangan saya angkatan 2017
7. Terima kasih kepada teman-teman seperjuangan yang ada di peminatan AKK 2017
8. Terima kasih kepada teman saya gank belajar (gilang, ecak, pipit, mona, vivi serta dilak dan fajar) yang sama-sama berjuang dalam pembuatan skripsi, semoga kita semua dapat lulus bersama-sama Aamiin
9. Terima kasih kepada teman-teman turnamen dan push rank (cecep, zola, diki, iqbal) walaupun belum pernah juara

Penulis menyadari bahwa Skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan masukan dari semua pihak. Semoga tulisan ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu kesehatan masyarakat.

Jambi, Juni 2021

Penulis

DAFTAR ISI

PERSETUJUAN SKRIPSI.....	iii
PENGESAHAN SKRIPSI.....	iv
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
RIWAYAT HIDUP PENULIS.....	xiv
ABSTRACT	xv
ABSTRAK	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti.....	6
1.4.2 Manfaat Bagi Kesehatan Masyarakat.....	6
1.4.3 Manfaat Bagi Instansi Kesehatan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Tuberkulosis.....	7
2.1.1 Definisi Tuberkulosis (TBC)	7
2.1.2 Penularan Tuberkulosis.....	7
2.1.3 Epidemiologi Tuberkulosis	9
2.2 <i>Directly Observed Threatment Shortcourse</i> (DOTS)	10
2.2.1 Definisi DOTS	10
2.2.2 Tujuan Strategi DOTS	11

2.2.3	Komponen Strategi DOTS	11
2.3	Pengendalian Tuberkulosis	16
2.3.1	Sejarah Pengendalian Tuberkulosis Nasional	16
2.3.2	Kebijakan Pengendalian Tuberkulosis	16
2.3.3	Tujuan Program Penanggulangan Tuberkulosis	17
2.3.4	Strategi Program Pengendalian Tuberkulosis	17
2.3.5	Tatalaksana Pengendalian Tuberkulosis	18
2.4	Sistem	24
2.4.1	Definisi Sistem	24
2.4.2	Unsur-unsur sistem	25
2.4.3	Sistem Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi DOTS di Pelayanan Kesehatan Primer (FKTP)	27
2.5	Evaluasi	31
2.5.1	Definisi	31
2.5.2	Model Evaluasi	32
2.5.3	Jenis-Jenis Evaluasi	33
2.6	Kerangka Teori	35
2.7	Kerangka Berpikir	36
2.8	Definisi Istilah	37
BAB III	METODOLOGI PENELITIAN	38
3.1	Desain Penelitian	38
3.2	Lokasi dan Waktu Penelitian	38
3.3	Subjek Penelitian	38
3.4	Sumber Data Penelitian	39
3.5	Instrument Penelitian	39
3.6	Teknik Pengumpulan Data	40
3.7	Pengolahan dan Analisis Data	40
3.8	Etika Penelitian	42
3.9	Keabsahan Data	44

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	46
4.1 Lokasi Penelitian	46
4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	46
4.1.2 Gambaran Tenaga Kesehatan di Puskesmas	47
4.1.3 Gambaran Sarana dan Prasarana	48
4.1.4 Karakteristik Informan	49
4.1.5 Struktur Organisasi Puskesmas	50
4.2 Hasil Penelitian	52
4.2.1 Input (Masukan)	52
4.3 Pembahasan.....	73
4.3.1 Input	74
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	81
5.1 Kesimpulan	81
5.2 Saran.....	82
DAFTAR PUSTAKA	84
LAMPIRAN.....	87

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Hasil Cakupan Pengobatan Penderita TBC di Provinsi Jambi Tahun 2014 s/d 2018.....	2
Tabel 1.2 Jumlah Seluruh Kasus, Penderita TB PARU BTA+, Angka Kesembuhan, Angka Pengobatan, dan Jumlah Kematian di Kota Jambi Tahun 2016 s/d 2018.....	3
Tabel 1.3 Jumlah seluruh kasus TB Paru serta Angka Kesembuhan di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi Tahun 2016 s/d 2019.....	4
Tabel 2.1 Perjalanan Penyakit Tuberkulosis Manusia secara Alami.....	9
Tabel 2.2 Pilar Utama dalam Pengendalian Tuberkulosis di Indonesia.....	18
Tabel 2.3 Sasaran Strategi Nasional Pengendalian Tuberkulosis Tahun (2010-2014).....	19
Tabel 2.4 OAT Lini Pertama.....	23
Tabel 2.5 Kisaran dosis OAT lini pertama bagi pasien dewasa.....	23
Tabel 2.6 Dosis Tipe-1 OAT KDT: 2(HRZE)/4(HR)3.....	24
Tabel 2.7 Dosis OAT Tipe-1 Kombipak: 2HRZE/4H3R3.....	24
Tabel 2.8 Dosis OAT Tipe-2 KDT: 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3.....	25
Tabel 2.9 Dosis OAT Tipe-2 Kombipak: 2HRZES/HRZE/3R3E3.....	25
Tabel 2.10 Hasil pengobatan pasien TB.....	26
Tabel 2.11 Peran Sumber Daya Manusia dalam Pengendalian TB.....	30
Tabel 4.1 Jumlah Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin, Jumlah KK dan RT di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Tahun 2019.....	47
Tabel 4.2 Data Ketenagaan Puskesmas Kenali Besar tahun 2019.....	48
Tabel 4.3 Data Sarana Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi tahun 2019.....	49
Tabel 4.4 Karakteristik Informan.....	50

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	35
Gambar 2.2 Kerangka Berpikir	36
Gambar 3.1 Komponen-komponen Analisis Data dan Model Interaktif	41
Gambar 3.2 Triangulasi Teknik	45
Gambar 3.3 Triangulasi Waktu	45
Gambar 4.1 Peta Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar.....	46

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2. Informed Consent
- Lampiran 3. Pedoman Wawancara
- Lampiran 4. Pedoman Wawancara Kepala Bidang/Seksi P2P Dinas Kesehatan Kota Jambi
- Lampiran 5. Pedoman Wawancara Kepala Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi
- Lampiran 6. Pedoman Wawancara Penanggung Jawab Program Penanggulangan TB di Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi
- Lampiran 7. Pedoman Wawancara Pengawas Minum Obat (PMO) Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi
- Lampiran 8. Pedoman Wawancara untuk Penderita TB Paru Masyarakat Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi
- Lampiran 9. Lembar Observasi Sarana dan Prasarana Penunjang Program Penanggulangan TB

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Hariswan, lahir di Lubuk Linggau, 7 April 1999 merupakan anak pertama dari tiga bersaudara pasangan ayah Agus Sriwijaya dan ibu Wesmawati. Mengawali jenjang pendidikan di TK Mutiara Hati, SDN 25 Kota Jambi, SMP N 8 KOTA Jambi, dan SMA N 11 Kota Jambi. Peneliti menyelesaikan SMA pada tahun 2017 dari SMA Negeri 11 Kota Jambi dan pada tahun yang sama diterima di Universitas Jambi melalui jalur SBMPTN. Peneliti memilih Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan. selama mengikuti perkuliahan, penulis aktif dalam berbagai kegiatan intra kampus dan pernah menjabat sebagai anggota BEM serta anggota Rohis periode 2019/2020.

ABSTRACT

Background: Tuberculosis is an infectious disease caused by the bacterium *Mycobacterium tuberculosis*, spreads when a person with TB expels bacterial particles into the air when coughing. This disease is one of the top ten causes of death worldwide. WHO recommends strategies Directly Observed Treatment Short-course (DOTS) as a strategy in TB control in the world. Kenali Besar Health Center, one of the health centers with pulmonary TB cases is still very high. Strategies DOTS has been applied in Kenali Besar Health Center. This study aims to determine the evaluation of the Tuberculosis Control Program with the DOTS Strategy at the Puskesmas Kenali Besar, Jambi City.

Method: The type of research used is qualitative research using descriptive methods with a case study research design, there were 9 informants in this reserach. The data were collected by conducting an indepth interviews. Data analysis was presented descriptively in narrative form.

Results: The implementation of the DOTS strategy at the Kenali Besar Health Center has been going well. The input component is that the existing health human resources are sufficient, receive training from the Department of Health, and adequate facilities and infrastructure.

Conclusion: The Tuberculosis control program with the DOTS strategy at the Kenali Besar Health Center has been running optimally, Health human resources are sufficient, Facilities and infrastructure are classified as good. However, the high incidence and low case finding are caused by other factors outside the input component.

Keyword: Tuberculosis Control, DOTS, Input Component

ABSTRAK

Latar Belakang: Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, menyebar ketika seseorang penderita TB mengeluarkan partikel bakteri ke udara saat batuk. Penyakit ini merupakan satu dari sepuluh penyebab kematian teratas di seluruh dunia. WHO merekomendasikan strategi *Directly Observed Treatment Short-course (DOTS)* sebagai strategi dalam pengendalian TB di dunia. Puskesmas Kenali Besar salah satu puskesmas dengan kasus TB Paru masih sangat tinggi. Strategi DOTS telah diterapkan di Puskesmas Kenali Besar. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi DOTS di Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi.

Metode: Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian kualitatif menggunakan metode deskriptif dengan desain penelitian studi kasus, jumlah informan berjumlah 9 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam. Analisis data dilakukan secara deskriptif dan disajikan dalam bentuk narasi.

Hasil Penelitian: Penerapan strategi DOTS di Puskesmas Kenali Besar sudah berjalan dengan baik. Komponen input yaitu SDM kesehatan yang ada sudah tercukupi, mendapatkan pelatihan dari Dinas Kesehatan, serta Sarana dan Prasarana yang memadai.

Kesimpulan: Program pengendalian Tuberkulosis dengan strategi DOTS di Puskesmas Kenali Besar sudah berjalan optimal, SDM kesehatan sudah mencukupi, Sarana dan Prasarana tergolong baik. Namun masih tingginya angka kejadian serta rendahnya penemuan kasus disebabkan oleh faktor-faktor lain diluar komponen input.

Kata Kunci: Pengendalian Tuberkulosis, DOTS, Komponen Input

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis ialah penyakit menular dan penyebab utama permasalahan kesehatan yang paling serius, penyakit ini merupakan satu dari 10 pemicu kematian teratas di dunia serta pemicu utama kematian dari agen infeksi tunggal (peringkat teratas HIV/AIDS). Perkembangan kasus TB tahun 2019 terdapat sekitar 10 juta jiwa dan 1,4 juta jiwa meninggal dunia. Tuberkulosis ini merupakan kasus yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, yang menyebar ketika seseorang penderita TB mengeluarkan partikel bakteri ke udara saat batuk ¹.

Pada tahun 1995, WHO merekomendasikan strategi *Directly Observed Treatment Short-course (DOTS)* sebagai strategi dalam pengendalian TB di dunia. Menurut Bank Dunia, dengan penerapan strategi ini menjadi salah satu intervensi kesehatan yang sangat efektif dari segi ekonomi. Dengan menerapkan strategi *DOTS*, tiap *US\$* 1 yang dikeluarkan untuk mendanai program pengendalian TBC akan menghemat *US\$* 55 selama 20 tahun, hal ini dijelaskan melalui studi *cost benefit* yang pernah dilaksanakan di Indonesia ². Indonesia adalah satu dari banyak negara yang memiliki beban Tuberkulosis tertinggi ke-2 di dunia setelah India, dan termasuk dalam High Burden Countries dengan total biaya yang diperlukan untuk penanganan TB sebanyak *US\$* 117 juta. Di Indonesia sendiri biaya pengobatan pasien TB mencapai Rp.1.843.537 dengan sebagian besar dihabiskan pada biaya obat ³.

TBC masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat di Indonesia bahkan di dunia Internasional, sehingga menjadi salah satu tujuan Pembangunan Kesehatan Berkelanjutan (SDGs). Hal ini mendorong pengendalian TB secara nasional melalui inovasi program, penguatan (intensifikasi & ekstensifikasi), dan percepatan (akselerasi). Berdasarkan data “Global Tuberculosis Report” (2018), angka kejadian TB Paru di Indonesia tahun 2018 sebanyak 316 kasus / 100.000 penduduk, dan angka kematian penderita Tuberkulosis 40 / 100.000 penduduk.

Jumlah kejadian Tuberkulosis yang terdeteksi pada tahun 2019 sebanyak 543.874 kasus, menurun dibandingkan dengan seluruh kejadian tuberkulosis yang terdeteksi pada tahun 2018 berjumlah 566.623 kasus. Dibandingkan dengan wanita, kasus tuberkulosis pada pria 1,4 kali lebih tinggi di semua provinsi.

Case Detection Rate (CDR) ialah jumlah dari seluruh kejadian tuberkulosis yang dirawat dan dilaporkan dalam perkiraan jumlah seluruh kasus baru tuberkulosis. CDR kasus tuberkulosis di Indonesia tahun 2019 adalah 64,5%, relatif meningkat dibandingkan 10 tahun sebelumnya. Namun angka CDR tersebut masih jauh dari rekomendasi WHO yaitu $\geq 90\%$. Berdasarkan data CDR masing-masing provinsi di Indonesia, hanya Gorontalo dan Jawa Barat yang berhasil mencapai target angka *CDR* WHO yang sebesar $\geq 90\%$. Sedangkan Provinsi Jambi dan Bali berada di urutan akhir dengan angka *CDR* masing-masing yaitu 36,6% dan 34%. Dari segi angka kesembuhan sendiri, mengacu pada target yang ditetapkan Kemenkes sebesar 85%, pada tahun 2019 angka keberhasilan pengobatan tuberkulosis mencapai 86,6% dan telah berhasil mencapai target nasional ⁴.

Menurut Kemenkes RI (2017) Penyebab kegagalan program penanggulangan tuberkulosis paru ialah kurang memadainya organisasi pelayanan tuberkulosis dan tata laksana kasus, kurangnya komitmen politis dan pendanaan, serta minimnya fasilitas/infrastruktur di Puskesmas. Sedangkan keberhasilan program penanggulangan tuberkulosis menitikberatkan pada manajemen program serta tersedianya sumber daya dalam upaya mencapai tujuan yang efektif & efisien ⁵.

Tabel 1.1
Hasil Cakupan Pengobatan Penderita TBC di Provinsi Jambi Tahun 2014 s/d 2018

No	Indikator	Tahun				
		2014	2015	2016	2017	2018
1.	Perkiraan penderita TBC	5.460	5.443	5.534	4.408	5.377
2.	Jumlah supek yang diperiksa	9.012	31.313	27.867	16.507	17.575
3.	Case Detect Rate (CDR) (%)	63,46%	61%	67%	27,51%	34,44%
4.	Penderita diobati	1.035	3.864	3.171	3.469	3.993
5.	Sukses Rate (%)	86,79	--	95,33	81,90	93,26

Berdasarkan Tabel 1.1 penderita TBC tahun 2015 s/d 2016 di Provinsi Jambi mengalami peningkatan, kemudian turun kembali pada tahun 2016 s/d 2017 lalu meningkat kembali pada tahun 2017 s/d 2018. Pada tabel diatas terlihat juga bahwa angka CDR pada tahun 2014 s/d 2018 di Provinsi Jambi belum mencapai target WHO yaitu $\geq 90\%$, malah disayangkan pada tahun 2016 s/d 2017 menurun dengan sangat signifikan. Untuk pencapaian keberhasilan pengobatan/ Success Rate sendiri bahwa pada tahun 2014 s/d 2018 telah mengalami peningkatan dari target nasional 90%, hanya pada tahun 2014 dan 2017 yang tidak mencapai target. Sedangkan, Tahun 2018 angka keberhasilan pengobatan/Succes Rate telah mencapai target yang ditetapkan Provinsi yakni sebesar 93,26% ⁶.

Tabel 1.2
Jumlah Seluruh Kasus, Penderita TB PARU BTA+, Angka Kesembuhan, Angka Pengobatan, dan Jumlah Kematian di Kota Jambi Tahun 2016 s/d 2018

No	Indikator	Tahun		
		2016	2017	2018
1.	Seluruh kasus TB	846	1.301	1.528
2.	TB PARU BTA+	496	546	569
3.	Angka kesembuhan	88,43%	51,95%	87,52%
4.	Angka pengobatan lengkap (Complete Rate)	8,04%	38,51%	44,75%
5.	Angka keberhasilan pengobatan (Success Rate/SR)	96,47%	90,46%	90,99%
6.	Jumlah kematian selama pengobatan	9	21	25

Sumber : ⁶⁻⁸

Berdasarkan tabel 1.2 diatas jumlah seluruh kasus serta penderita TB paru BTA (+) di Kota Jambi selalu bertambah dari tahun 2016 s/d 2018, sedangkan untuk angka kesembuhan sendiri pada tahun 2016 s/d 2017 mengalami penurunan yang sangat signifikan lalu meningkat kembali pada rentang tahun 2017 s/d 2018. Untuk angka pengobatan meningkat dari tahun ke tahun, namun untuk angka keberhasilan pengobatan itu sendiri mengalami penurunan pada rentang tahun 2016 s/d 2017 dan meningkat kembali pada tahun 2017 s/d 2018. Sedangkan untuk jumlah kematian selama pengobatan selalu meningkat dari tahun 2016 s/d 2018.

Puskesmas Kenali Besar ialah salah satu puskesmas dengan kasus TB Paru masih sangat tinggi. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Jambi pada

tahun 2016 terdapat 230 suspek terduga tuberkulosis, tahun 2017 terdapat 356 suspek terduga TB, tahun 2018 terdapat 338 suspek terduga TB, dan pada tahun 2019 terdapat 379 suspek terduga TB. Pada tahun 2016 terdapat 17 kasus baru tuberkulosis BTA (+) di Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi, 28 kasus pada 2017, 24 kasus pada 2018, dan 32 kasus pada 2019. Angka penemuan kasus TB paru BTA (+) di wilayah kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi masih tergolong rendah dalam mencapai target minimal nasional yaitu sebesar 70%. Sedangkan untuk angka kesembuhan pada tahun 2019 hanya 68,85%, hal tersebut tentunya belum mencapai target nasional sebesar 85%. Untuk informasi lebih rinci, lihat Tabel 1.3.

Tabel 1.3
Jumlah seluruh kasus TBC serta Angka Kesembuhan di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi Tahun 2016 s/d 2019

No	Indikator	Tahun			
		2016	2017	2018	2019
1.	Jumlah Penduduk	61.804	67.271	52.485	55.823
2.	Suspek Terduga TB	230	356	338	379
3.	Jumlah Seluruh Kasus TB	46	71	59	60
	Penemuan Kasus Baru TB Paru	17	28	24	32
4.	BTA (+)	(36,95 %)	(39,43 %)	(40,67 %)	(53,33 %)
5.	Angka Kesembuhan		71,43%	91,8%	68,85%

Menurut Penelitian (Aryani & Maryati) (2018), penemuan kasus di Puskesmas belum berjalan optimal dikarenakan dalam penemuan kasus lebih banyak dilakukan secara pasif dan penemuan secara aktif masih kurang serta kegiatan penjangkaran dan penyuluhan hanya dilakukan terhadap pasien TB Paru dan keluarga⁹.

Dalam penelitian sebelumnya, (Faizah & Raharjo) (2019) evaluasi pelaksanaan penanggulangan Tb Paru dengan strategi DOTS dari sisi *Input* meliputi Sumber Daya Manusia (SDM), sumber daya dana, sarana dan prasarana serta Standar Operasional Pekerja (SOP). *Process* meliputi komitmen politis, penemuan kasus, pendistribusian obat, kinerja PMO, dan pencatatan dan pelaporan⁵.

Menurut Mansur (2015) Penerapan strategi *DOTS* di Fasilitas Kesehatan Primer / Puskesmas sangat tergantung terhadap kesediaan sarana & prasarana

serta peran tenaga kesehatan agar penemuan kasus dan pengobatan terhadap pasien Tuberkulosis dapat segera diatasi⁵.

Berdasarkan hasil wawancara awal yang dilakukan peneliti bahwa pelaksanaan program Tuberkulosis dibarengi dengan pelaksanaan program lain yang ada di puskesmas Kenali Besar sehingga fokus terhadap program tersebut menjadi tidak optimal. Selain itu, Puskesmas Kenali Besar hanya memiliki 1 perawat/petugas TB, yang tidak memenuhi standar ketenagakerjaan nasional di lembaga pelayanan kesehatan Puskesmas Pelaksana Mandiri dan Puskesmas Rujukan Mikroskopis, dimana persyaratan minimal tenaga terlatih meliputi seorang dokter dan seorang perawat / Staf TB serta seorang Staf / tenaga laboratorium.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan data dan fakta yang ada maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang Evaluasi Program *Directly Observed Treatment Short-course (DOTS)* dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengevaluasi pelaksanaan program pengendalian Tuberkulosis dengan strategi *DOTS* dalam upaya menurunkan angka kejadian TB paru di wilayah kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah :

1. Melihat Fenomena pelaksanaan program pengendalian Tuberkulosis dengan strategi *DOTS* dari sisi Sumber Daya Manusia (SDM) di wilayah kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi.
2. Melihat Fenomena pelaksanaan program pengendalian Tuberkulosis dengan strategi *DOTS* dari sisi Sarana dan Prasarana di wilayah kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti

1. Mengembangkan wawasan, pengetahuan dan kemampuan, serta memberikan pengalaman belajar yang penting di bidang administrasi dan kebijakan kesehatan sebagai bentuk aplikasi teoritis yang diperoleh di Universitas.
2. Memperoleh pengalaman baru dan meningkatkan kemampuan untuk berkomunikasi langsung dengan masyarakat saat melakukan penelitian ini.

1.4.2 Manfaat Bagi Kesehatan Masyarakat

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan informasi tentang evaluasi pelaksanaan program pengendalian Tuberkulosis dengan strategi *DOTS* dalam upaya menurunkan angka kejadian TB paru di wilayah kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi, dan dapat menambah bahan referensi atau perpustakaan di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Jambi.

1.4.3 Manfaat Bagi Instansi Kesehatan

1. Memberikan informasi dan bahan masukan dalam evaluasi pelaksanaan program pengendalian Tuberkulosis dengan strategi *Directly Observed Treatment Short-course (DOTS)* dalam upaya menurunkan angka kejadian TB paru di wilayah kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi.
2. Menjalani kerja sama yang saling menguntungkan antara pihak terkait yang berada di Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi dengan penulis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tuberkulosis

2.1.1 Definisi Tuberkulosis (TBC)

TBC ialah penyakit *communicable disease* yang disebabkan oleh bakteri *mycobacterium tuberculosis*. Ada beberapa jenis Mikrobakteri, yaitu: *mycobacterium leprae*, *mycobacterium bovis*, *mycobacterium africanum*, *mycobacterium tuberculosis* atau Bakteri Tahan Asam (BTA) yang lebih dikenal luas. Selain itu bakteri dari genus *Mycobacterium* dapat pula menyebabkan gangguan saluran napas atau MOTT (*Mycobacterium Other Than Tuberculosis*) dan terkadang mengganggu penegakan diagnosa dan pengobatan Tuberkulosis. Ciri-ciri bakteri tuberkulosis:

1. Bersifat dormant (“tidur”)
2. Tahan terhadap suhu antara 4° C hingga -70° C.
3. Sangat sensitif terhadap panas, sinar matahari / ultraviolet.
4. Berbentuk batang dengan panjang dan lebar masing-masing 1-10 mikron dan 0,2-0,8 mikron.
5. Diperlukan media khusus berkembang biak
6. Kebanyakan bakteri akan mati dalam beberapa menit jika terkena sinar ultraviolet secara langsung, akan tetapi bakteri dalam dahak suhu 30-37°C akan mati dalam waktu ≤ 1 minggu.
7. Dalam pemeriksaan menggunakan mikroskop dengan metode Ziehl Neelsen, bakteri memiliki bentuk batang berwarna merah dan bersifat tahan asam^{2,10}.

2.1.2 Penularan Tuberkulosis

Asal mula penularan Tuberkulosis ialah penderita TB BTA (+) melalui bercak dahak yang dikeeluarkannya. Namun, tidak menutup kemungkinan jika penderita TB BTA (-) tidak mengandung bakteri di dalam dahaknya. Hal ini tentu dapat terjadi dikarenakan jumlah bakteri yang terdapat pada sampel uji dahak / sputum ≤ 5.000 kuman/cc, sehingga sulit terdeteksi dengan

pemeriksaan mikroskop secara langsung. Penderita Tuberkulosis dengan BTA (-) juga dapat menyebarkan tuberkulosis. Angka penularan pasien TBC BTA (+) sebesar 65%, penderita Tuberkulosis hasil biakan positif BTA (-) sebesar 26%, dan penderita TBC hasil biakan negatif dan foto rontgen positif sebanyak 17%. Saat penderita TBC batuk / bersin, mereka menyebarkan bakteri ke udara dalam bentuk *droplet nuclei*/ percikan dahak. Dalam Satu kali batuk menghasilkan sekitar 3000 *droplet nuclei*, mengandung 0-3500 *Mycobacterium tuberculosis*. Pada saat yang sama, satu kali bersin dapat menghasilkan sebanyak 4.500-1.000.000 *Mycobacterium tuberculosis*^{2,10}.

Perjalanan penyakit tuberkulosis manusia secara alami dibagi menjadi empat tahap, yaitu tahapan paparan, infeksi, penderita, dan kematian.

Tabel 2.1
Perjalanan Penyakit Tuberkulosis Manusia secara Alami

A. Paparan	
Tingkatan paparan terkait dengan :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kedekatan kontak dengan sumber penularan 2. Daya tular dahak sebagai sumber penularan 3. Lamanya waktu kontak dengan penderita 4. Jumlah kasus infeksi di masyarakat 5. Intensitas batuk 6. Faktor lingkungan: konsentrasi bakteri di udara
Catatan : Kontak langsung dengan penderita Tuberkulosis menular ialah prasyarat seseorang terkena infeksi. Setelah tertular, ada berbagai faktor yang menentukan seseorang tertular, jatuh sakit dan meninggal dunia akibat Tuberkulosis.	
B. Infeksi	
Respon imunitas tubuh seseorang timbul mulai dari minggu 6 hingga 14 setelah infeksi	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reaksi imunitas tubuh (lokal) Bakteri Tuberkulosis masuk ke alveolus lalu ditangkap oleh makrofag, selanjutnya terjadi reaksi antigen-antibodi 2. Reaksi imunitas tubuh (umum) <i>Delayed hypersensitivity</i> (hasil Tuberkulin tes menjadi positif). 3. Lesi biasanya dapat disembuhkan sepenuhnya, tetapi bakteri dapat bertahan hidup (tidak aktif) dan bakteri tersebut dapat aktif kembali suatu saat. 4. Sebelum lesi sembuh, penyebaran dapat terjadi melalui aliran darah atau kelenjar getah bening 	
C. Penderita Tuberkulosis	
Faktor risiko Tuberkulosis bergantung pada :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Daya tahan tubuh seseorang Orang dengan kekebalan tubuh lemah, termasuk gizi buruk (malnutrisi) dan infeksi HIV/AIDS bakal mendorong perkembangan Tuberkulosis aktif. Dengan meningkatnya jumlah orang terinfeksi HIV maka jumlah penderita dan angka penyebaran Tuberkulosis di masyarakat juga akan meningkat 2. Usia orang yang terinfeksi 3. Jumlah bakteri terhirup 4. Waktu sejak terinfeksi
Catatan : sekitar 10% orang terkontaminasi bakteri Tuberkulosis akan menderita penyakit Tuberkulosis. Jika seseorang positif HIV, maka kejadian Tuberkulosis akan meningkat melalui tahapan pengaktifan kembali. Tuberkulosis biasanya terjadi di paru-paru (Tuberkulosis Paru). Apabila penyebaran bakteri TBC melalui aliran darah atau cairan getah bening dapat menyebabkan Tuberkulosis di luar paru-paru (Tuberkulosis Ekstra Paru). Jika menyebar melalui aliran darah dalam jumlah yang banyak maka akan menyebabkan infeksi ke seluruh organ tubuh (Tuberkulosis milier).	
D. Kematian	
Faktor risiko kematian akibat Tuberkulosis:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi kesehatan awal yang buruk 2. Keterlambatan diagnosa 3. Pengobatan tidak adekuat
Catatan : Pasien Tuberkulosis tanpa pengobatan berisiko 50% meninggal dunia dan risiko ini meninggi pada pasien HIV-positif.	

Sumber : ²

2.1.3 Epidemiologi Tuberkulosis

Pada tahun 1993, Organisasi Kesehatan Dunia menyatakan Tuberkulosis sebagai keadaan darurat global. Sekitar 1/3 populasi global terinfeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Diperkirakan tahun 1995, sembilan juta penderita baru TBC dan tiga juta kematian diakibatkan oleh penyakit Tuberkulosis di seluruh dunia. Kematian akibat Tuberkulosis merupakan 25% dari total semua kematian yang ada di negara berkembang. Diperkirakan 95% kejadian tuberkulosis dan 98% kematian tuberkulosis di dunia terjadi di negara berkembang. Demikian pula, lebih banyak wanita meninggal akibat tuberkulosis daripada kematian akibat proses kehamilan, persalinan dan nifas¹¹. Hasil Riskesdas tahun 2007 menunjukkan bahwa Tuberkulosis ialah penyebab kematian No. dua setelah stroke baik di pedesaan maupun perkotaan¹². Hampir 75% penderita TB ialah golongan usia produktif secara ekonomis (rentang usia 15 hingga 50 tahun). Penderita tuberkulosis dewasa akan kehilangan rata-rata 3 hingga 4 bulan waktu kerja, yang mengakibatkan hilangnya 20-30% pendapatan tahunan keluarga. Namun, jika dia meninggal karena tuberkulosis, dia akan kehilangan pendapatan hingga lima belas tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TBC juga menimbulkan dampak sosial yang negatif—stigmatisasi bahkan pengucilan sosial. Alasan utama meningkatnya beban tuberkulosis yaitu:

1. Perubahan demografis dikarenakan penambahan jumlah populasi global dan perubahan struktur usia penduduk;
2. Selama ini yang menjadi penyebab kegagalan program Tuberkulosis meliputi:
 - a. Komitmen politik dan pendanaan yang belum mencukupi;
 - b. Organisasi pelayanan tuberkulosis yang tidak memadai (kunjungan masyarakat yang tidak memadai, penemuan kasus/diagnosa yang tidak teratur, penyediaan pasokan obat-obatan tidak terjaga, kurangnya pemantauan, pencatatan dan pelaporan sesuai standar, dll.);

- c. Manajemen kasus yang tidak memadai (diagnosa dan panduan pengobatan tidak sesuai standar, dan kejadian yang dikonfirmasi tidak dapat disembuhkan);
 - d. Kesalahpahaman tentang manfaat dan efektivitas BCG;
 - e. Negara yang mengalami krisis ekonomi atau perubahan drastis dalam komunitasnya memiliki infrastruktur medis yang buruk
 - f. Sistem jaminan kesehatan bahkan tidak dapat mencakup seluruh masyarakat.
3. Determinan sosial, seperti pengangguran, jenjang pendidikan dan pendapatan per kapita dibawah rata-rata membuat populasinya rentan terhadap tuberkulosis;
 4. Jumlah angka kemiskinan yang tinggi di negara berkembang;
 5. Pertumbuhan Perekonomian berkembang pesat, tetapi dengan gap yang terlalu jauh, sehingga masyarakat harus menghadapi masalah sanitasi, pangan, sandang, papan yang buruk;
 6. Pandemi HIV / AIDS
 Pandemi HIV / AIDS di seluruh dunia akan memperburuk permasalahan tuberkulosis;
 7. Bakteri tuberkulosis memiliki kekebalan ganda terhadap obat anti tuberkulosis (*multidrug resistance* = MDR) sehingga menambah beban masalah akibat kasus yang tidak berhasil disembuhkan;
 8. Tingkat keparahan kesehatan lain yang dapat mempengaruhi menambah beban tuberkulosis, seperti diabetes, gizi buruk, dan kebiasaan merokok¹¹.

2.2 Directly Observed Threatment Shortcourse (DOTS)

2.2.1 Definisi DOTS

Directly Observed Treatment Shotcourse atau disingkat *DOTS* merupakan strategi penanggulangan TBC yang dipantau langsung oleh seorang PMO serta dipandu oleh petugas tuberkulosis¹¹.

Menurut Wahab (2003), strategi *DOTS* adalah strategi pengobatan luas yang digunakan oleh lembaga kesehatan kesehatan utama secara global untuk

mendeteksi dan menyembuhkan paenderita tuberkulosis. Strategi DOTS didefinisikan sebagai berikut ¹³:

1. D (*Directly*)

Melakukan Pemeriksaan melalui mikroskop untuk menentukan apakah terdapat bakteri tuberkulosis. Oleh karena itu, pasien pemeriksaan sputum BTA (+) harus segera mendapatkan pengobatan hingga sembuh.

2. O (*Observed*)

Beberapa pengamat mengamati bahwa pasien mengambi dosis obat yang tepat, yang mungkin meliputi kader atau petugas kesehatan.

3. T (*Treatment*)

Penderita tuberkulosis diberikan pengobatan lengkap serta dipantau menggunakan alat seperti buku pelaporan, merupakan komponen penting dalam melihat keberhasilan pengobatan. Harus dipastikan pasien dapat segera pulih setelah pengobatan berakhir.

4. S (*Shortcourse*)

Pengobatan Tuberkulosis Menggunakan kombinasi & dosis yang tepat serta dalam jangka waktu selama 6 bulan.

2.2.2 Tujuan Strategi DOTS

Menurut Kemenkes RI (2016), tujuan dari strategi DOTS ialah untuk mengurangi penyebaran Tuberkulosis dalam rangka menurunkan angka kejadian dan angka keamtian Tuberkulosis di masyarakat. Namun, walaupun sebenarnya pengendalian tuberkulosis telah diterapkan di banyak negara sejak tahun 1995 ⁵.

2.2.3 Komponen Strategi DOTS

Strategi DOTS mengandung 5 elemen kunci, yaitu ²:

1. Pemeriksaan dahak melalui mikrokopis untuk memastikan peemuan kasus yang terjamin kualitasnya

Ada dua jenis pemeriksaan dahak yaitu ²:

a. Pemeriksaan dahak mikroskpis langsung

Digunakan untuk mendiagnosis, mengevaluasi efektivitas pengobatan dan menentukan potensi penyebaran. Dalam mendiagnosis

pemeriksaan dahak diperlukan pengambilan tiga sampel dahak selama dua hari berturut-turut (*follow up*), sampel tersebut berupa sputum dahak SPS:

- a) S (sewaktu): saat pasien suspek Tuberkulosis datang ke fasilitas medis untuk pertama kalinya, dahak akan diambil. Setelah pulang, pasien membawa pot sputum untuk pengambilan dahak keesokan paginya.
 - b) P (Pagi): keesokan paginya, dahak ditampung dalam pot sputum segera setelah bangun tidur. Pot sputum dibawa dan diserahkan kepada petugas fasyankes.
 - c) S (sewaktu): pada hari kedua, dahak ditampung di fasyankes
- b. Pemeriksaan biakan

Untuk mengidentifikasi bakteri *mycobacterium tuberculosis* dan dirancang untuk menentukan tuberkulosis pada pasien khusus, yaitu:

- a) Pasien Tuberkulosis dengan hasil pemeriksaan dahak BTA (-).
- b) Pasien Tuberkulosis ekstra paru.
- c) Pasien Tuberkulosis anak.

Pemeriksaan dilaksanakan di laboratorium yang terjamin kualitasnya. Jika memungkinkan penggunaan tes cepat yang direkomendasikan WHO, maka disarankan agar menggunakan pemeriksaan cepat.

Prosedur pengumpulan contoh uji spesimen dahak ¹⁴:

- a. Persiapan pengumpulan sampel dahak
 - a) Persiapan pasien

Memberitahukan Pasien bahwa sampel tes dahak sangat berharga dalam menentukan status penyakitnya, sehingga harus memenuhi SPS yang direkomendasikan untuk pasien baru dan SP yang direkomendasikan untuk pasien dalam pemantauan pengobatan.

Dahak yang baik berasal dari saluran pernafasan bagian bawah dan berupa lendir berwarna hijau kekuningan. Pasien mengeluarkan

dahak saat perut tidak terisi atau sebelum makan / minum, dan berkumur terlebih dahulu serta membersihkan rongga mulut.

Jika pasien kesulitan dalam berdahak, mereka harus diberi ekspektoran yang diminum pada malam hari, fungsinya untuk merangsang pengeluaran dahak.

b) Persiapan alat

- 1) Formulir Permohonan Pemeriksaan Laboratorium (TB 05)
- 2) Spidol, pensil, label
- 3) Pot sputum bersih dan kering, diameter $\geq 3,5$ cm, berwarna bening, transparan, memiliki penutup ulir minimal tiga ulir, pot kuat dan tidak mudah bocor, dan dapat ditutup rapat. Sebelum diberikan kepada penderita, pot sputum diberi identitas berdasarkan form TB 05.

b. Cara mengeluarkan dahak yang tepat meliputi:

a) Tempat yang baik dalam mengumpulkan Dahak

- 1) Ruang tertutup; dengan ventilasi yang baik
- 2) Ruang terbuka; dengan sinar matahari langsung

b) Cara mengeluarkan dahak

- 1) Jika anda menggunakan gigi palsu, lepaskan terlebih dahulu sebelum berkumur-kumur
- 2) Membersihkan mulut dengan air bersih sebelum meludah
- 3) Tarik nafas dalam² (2 hingga 3 kali)
- 4) Buka tutup pot, dekatkan ke bibir, lalu berdahak dengan sekuat tenaga, kemudian meludah ke dalam pot sputum
- 5) Tutup pot dengan kuat
- 6) Lalu Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun antiseptik

c) Pengumpulan Dahak

Menyerahkan Pot sputum kepada staff laboratorium dengan meletakkan Pot sputum di tempat yang telah tersedia.

c. Penilaian kualitas contoh uji spesimen dahak dengan mikroskopis

Staff laboratorium harus memberikan nilai terhadap dahak pasien, tanpa membuka tutupnya. Hal yang perlu diperhatikan seperti, warna kuning kehijauan (purulen), vol 3,5-5 ml; kekentalan: mukoid. Jika ternyata dalam bentuk air liur, staff labor harus meminta pasien untuk diambil dahaknya dengan bantuan petugas.

Catatan : posisi petugas harus berada di belakang pasien dan menghindari arah angin yang mengarah ke petugas.

d. Pemberian identitas sampel uji dan ketersediaan dahak

a) Nomor identitas sediaan dahak sama dengan nomor identitas pada form TB 05 dan pot dahak

b) Nomor sesuai dengan form TB 05, ditulis pada badan tabung, bukan pada tutup pot sputum

e. Pengisian formulir permohonan pemeriksaan lab TB (Form TB 05)

a) Formulir harus diisi lengkap

b) Nomor identitas terdiri dari :

No. kode Kota, 2 angka (Contoh : 01)

No. kode Fasyankes, 2 angka Contoh : 08)

No. urut pasien, sesuai dengan urutan Form TB 06 (Contoh : 345. A)

Dimana 345 sebagai nomor urut suspek (sesuai TB 06) dan A sebagai waktu pengambilan dahak

c) Cara penulisan identitas pada pot dahak

Kode spesimen pada pot dahak (Contoh : 01 / 08 / 345. A) ditulis pada badan pot dahak.

2. Komitmen politik, peningkatan dan pendanaan berkelanjutan

Komitmen politik untuk memastikan keberlanjutan rencana pengendalian Tuberkulosis penting untuk keberlangsungan implementasi elemen lainnya. Pertama, komitmen ini harus diterjemahkan ke dalam perumusan kebijakan, kemudian diformulasikan ke dalam SDM dan sumber daya finansial serta dukungan administratif.

3. Pengobatan yang standar, dengan supervisi dan dukungan bagi pasien

Untuk memastikan bahwa pasien telah meminum semua obat, maka dari itu harus ada seorang Pengawas Penelan Obat (PMO). persyaratan seorang PMO ialah harus dikenal dan dipercaya serta disetujui oleh staf medis dan pasien terkait, serta harus dihormati dan disegani oleh penderita TB. persyaratan lainnya meliputi seorang PMO bersedia secara sukarela membantu pasien dan kesediaan untuk menerima pelatihan dan / atau penyuluhan dengan pasien.

Tugas PMO ialah memonitor pasien tuberkulosis meminum obat secara rutin hingga selesai pengobatan, menganjurkan pasien untuk berobat secara rutin, mengingatkan pasien agar bersedia memeriksakan kembali dahak pada waktu yang ditetapkan, serta memberikan konsultasi bagi sanak keluarga pasien tuberkulosis yang bergejala. Jika anda menemukan gejala TBC yang mencurigakan, segera melakukan pemeriksaan ke Unit Pelayanan Kesehatan. catatan penting bahwa PMO tidak berkenan menggantikan peran pasien dalam pengambilan obat di Fasyankes ².

4. Sistem pengelolaan dan ketersediaan OAT yang efisien

OAT ialah bagian terpenting dari pengobatan tuberkulosis. Pengobatan Tuberkulosis ialah salah satu tindakan paling efektif untuk mencegah sebaran bakteri tuberkulosis. OAT dalam pengendalian tuberkulosis diberikan secara cuma-cuma dan dikelola melalui manajemen logistik yang efisien untuk memastikan ketersediannya ^{2,11,13}

5. Sistem pemantauan, pencatatan dan pelaporan pengobatan pasien dan penilaian kinerja program

Dalam rangka mendukung terlaksananya rencana program pengendalian tuberkulosis maka dibutuhkan data dan informasi yang dikelola dalam sistim informasi, diperoleh melalui pencatatan dan pelaporan kegiatan Surveilans TB yang dilaksanakan secara terpadu dan terintegrasi ¹⁵.

2.3 Pengendalian Tuberkulosis

2.3.1 Sejarah Pengendalian Tuberkulosis Nasional

Pengendalian Tuberkulosis di Indonesia dapat ditelusuri kembali ke masa sebelum kemerdekaan. Ada empat tonggak penting yang menandai perkembangan implementasi dan kemajuan rencana pengendalian tuberkulosis, seperti yang ditunjukkan pada Tabel 2.2 ¹⁶.

Tabel 2.2
Pilar Utama dalam Pengendalian Tuberkulosis di Indonesia

Tahun	Pencapaian
Sebelum 1995	Sebelum kemerdekaan: Program Tuberkulosis dilaksanakan oleh pihak swasta hanya untuk golongan masyarakat tertentu
	Tahun 1969: Program pengendalian Tuberkulosis Nasional dimulai
	1987: Kemoterapi jangka panjang selama 1-2 tahun
	1992: Ujicoba strategi <i>DOTS</i>
1995	Indonesia menghadapi <i>DOTS</i> sebagai strategi nasional penanggulangan dengan ekspansi bertahap
1995-1999	Ekspansi <i>DOTS</i> bertahap ke seluruh puskesmas
1999	Gerdurnas-TB (Policy: <i>DOTS</i> dilaksanakan di seluruh Fasyankes) Inisiasi <i>DOTS</i> di Rumah Sakit
2000-2005	Intensifikasi dengan Strategi <i>DOTS</i> dengan peningkatan mutu
2006-2010	Konsolidasi dan implementasi inovasi dalam strategi <i>DOTS</i>

2.3.2 Kebijakan Pengendalian Tuberkulosis

1. Pengendalian TBC dilakukan dengan menerapkan strategi *DOTS* sebagai kerangka acuan dan mempertimbangkan strategi dunia pengendalian TBC (Global Stop TB Strategy).
2. Pengendalian TBC di Indonesia dilakukan berdasarkan asas desentralisasi (daerah Kabupaten/kota sebagai fokus pengelolaan program)
3. Pengendalian TBC dilakukan melalui kerjasama seluruh sektor dalam bentuk Gerdunas TB.
4. Tujuan Penguatan penanggulangan TBC dan perkembangannya adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan, kemudahan akses, mampu memutus rantai penularan dan mencegah TBC resisten terhadap obat.
5. Seluruh Fasyankes melaksanakan penemuan dan pengobatan dalam rangka pengendalian TBC, meliputi: Fasilitas Kesehatan Primer, Rumah Sakit

Pemerintah dan Swasta, Rumah Sakit Paru (RSP), Klinik Pengobatan serta Dokter Praktek Mandiri (DPM).

6. Peningkatan kemampuan laboratorium diberbagai fasilitas pelayanan kesehatan.
7. Tersedanya jumlah tenaga ahli yang kompeten
8. Memprioritaskan kepada golongan miskin dan kelompok rentan lainnya ².

2.3.3 Tujuan Program Penanggulangan Tuberkulosis

Tujuan program penanggulangan ialah untuk mengurangi angka kejadian dan kematian tuberkulosis untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat ². Dengan menerapkan target pemberantasan tuberkulosis global tahun 2035 dan Indonesia bebas TB tahun 2050 dengan cakupan kasus tuberkulosis yaitu 1/1 juta penduduk ¹⁰.

2.3.4 Strategi Program Pengendalian Tuberkulosis

Sasaran dari strategi pengendalian tuberkulosis nasional ini merujuk pada Renstra Kemenkes tahun 2010-2014 yaitu untuk menurunkan prevalensi tuberkulosis dari 235 / 100.000 penduduk menjadi 224 / 100.000 penduduk.

Tabel 2.3

Sasaran Strategi Nasional Pengendalian Tuberkulosis Tahun 2010-2014

	Baseline	2010	2011	2012	2013	2014
Prevalensi TB (per 100.00)	228	217	207	197	188	180
Case detection rate (%)	73	73	75	80	85	90
Succes rate (%)	91	88	88	88	88	88
Presentase provinsi dengan CDR \geq 70%	15	15	25	35	45	50
Presentase provinsi dengan SR \geq 85%	84	84	84	84	86	88

Untuk mencapai tujuan di atas , strategi yang akan diterapkan adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan komitmen pemerintah pusat dan daerah terhadap program Tuberkulosis
2. Memperkuat sistem kesehatan
3. Meningkatkan pelayanan DOTS yang berkualitas
4. Meningkatkan penelitian, pengembangan dan pemanfaatan informasi strategik
5. Melibatkan seluruh penyedia pelayanan kesehatan mengikuti Internasional Standards of TB Care
6. Pemberdayaan masyarakat dan pasien Tuberkulosis ¹⁶.

2.3.5 Tatalaksana Pengendalian Tuberkulosis

1. Penemuan Pasien Tuberkulosis

Penemuan pasien berupa rangkaian kegiatan yang meliputi skrining suspek penderita tuberkulosis, pemeriksaan fisik dan laboratorium, konfirmasi diagnosis, penentuan klasifikasi penyakit dan jenis penderita tuberkulosis sehingga dapat dilakukan pengobatan sampai sembuh.

Ada beberapa strategi untuk menemukan penderita TB yaitu:

- a. Melakukan skrining bagi orang yang memiliki gejala awal sebagai berikut: batuk berdahak selama ≥ 2 minggu; kemudian disertai gejala lain, seperti batuk berdahak bercampur darah, batuk darah, sesak napas, kehilangan nafsu makan, penurunan berat badan, demam meriang selama ≥ 1 bulan.
- b. Skrining secara aktif terhadap golongan khusus, seperti orang dengan resiko tinggi penularan tuberkulosis, anak ≤ 5 tahun yang berhubungan dengan orang yang terinfeksi tuberkulosis, dan kontak dekat dengan orang penderita tuberkulosis dan penderita yang resistan obat TBC.
- c. Penjaringan dilakukan di fasyankes
- d. Partisipasi seluruh fasyankes untuk mempercepat deteksi dini dan mengurangi penundaan pengobatan

- e. Menerapkan manajemen tatalaksana terpadu untuk pasien dengan gejala tuberkulosis.

Tahap selanjutnya yaitu melakukan pemeriksaan dahak dengan pemeriksaan mikroskopis langsung atau pemeriksaan biakan. Tahapan berikutnya yaitu melakukan pemeriksaan uji kepekaan obat untuk mengetahui resistensi terhadap bakteri *Mycobacterium tuberculosis*.

2. Diagnosis

Diagnosa Tuberkulosis merupakan upaya untuk menetapkan pasien Tuberkulosis berdasarkan gejala-gejala penyakit.

3. Pengelompokan dan tipe pasien Tuberkulosis

a. Definisi pasien TBC

Berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis, pasien TBC merupakan orang yang dikelompokkan berdasarkan hasil pemeriksaan dengan mikroskopis langsung atau pemeriksaan biakan, dan tes diagnosa cepat yang direkomendasikan Kementerian Kesehatan RI. Golongan penderita ini meliputi penderita TB BTA (+), penderita TB paru dengan hasil biakan *Mycobacterium tuberculosis* positif, hasil *rapid test* penderita TB paru dengan *Mycobacterium tuberculosis* positif, dan penderita TB ekstraparu yang dikonfirmasi secara bakteriologi.

b. Pengelompokan / Klasifikasi pasien TBC

Pengelompokan pasien TBC diklasifikasikan menjadi 4 yaitu:

a) Pengelompokan penderita TB menurut status HIV

- 1) Pasien HIV-positif TB (penderita koinfeksi TB / HIV)
- 2) Pasien TB HIV-negatif
- 3) Pasien TB dengan status HIV tidak diketahui

b) Pengelompokan menurut riwayat pengobatan sebelumnya

- 1) Penderita yang pernah diobati karena tuberkulosis ialah mereka yang sebelumnya telah menelan OAT selama ≥ 1 bulan, kemudian dibagi menjadi pasien (kambuh, pengobatan ulang

setelah gagal, pengobatan setelah putus obat, dan telah menerima pengobatan tetapi hasil pengobatan tidak diketahui).

- 2) Penderita TB baru
 - 3) Penderita dengan riwayat masa lalu yang tidak diketahui
- c) Pengelompokkan menurut hasil pemeriksaan uji kepekaan obat
- 1) Mono resistan (TB MR)
 - 2) Polyresistance (TB PR)
 - 3) Multi drug resistan (TB MDR)
 - 4) Extensive drug resitant (TB XDR)
 - 5) Resistan Rifampisin (TB RR)
- d) Pengelompokkan menurut lokasi anatomi dari penyakit, yaitu tuberkulosis terjadi di parenkim (jaringan) paru-paru dan organ (Kelenjar getah bening, Pleura, kulit abdomen, saluran kemih, persendian, selaput otak dan tulang) selain paru-paru.
- c. Pengobatan pasien TB
- a) Prinsip pengobatan Tuberkulosis
Pengobatan Tuberkulosis ialah suatu tindakan yang paling efektif untuk mencegah penyebaran bakteri tuberkulosis. Prinsip pengobatan tuberkulosis meliputi:
 - 1) Pengobatan berupa paduan OAT yang mengandung minimal 4 jenis obat dengan diberikan sesuai dosis yang benar.
 - 2) OAT diminum secara rutin dibawah pengawasan seorang PMO (Pengawas Menelan Obat) hingga pengobatan berakhir
 - b) Tahapan pengobatan TB
 - 1) Tahap Awal: pengobatan dilakukan setiap hari. Panduan pengobatan secara efektif bertujuan mengurangi jumlah bakteri dalam tubuh penderita dan meminimalkan dampak dari beberapa bakteri yang resisten terhadap pasien sebelum mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal untuk pasien baru harus dberikan dalam waktu 2 bulan.

- 2) Tahap Akhir: tahap akhir pengobatan ialah tahap penting untuk membunuh bakteri yang tersisa (terutama bakteri *persister*) yang masih ada di dalam tubuh.

d. Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

Tabel 2.4 OAT Lini Pertama

Kategori	Sifat	Efek samping
Etambutol (E)	Bakteriostatik	Buta warna, neuritis perifer, gangguan penglihatan.
Isonazid (H)	Bakterisidal	Kejang, gangguan fungsi hati, psikosis toksik, Neuropati perifer
Pirazinamid (Z)	Bakterisidal	Gangguan fungsi hati, Gangguan gastrointestinal
Streptomisin (S)	Bakterisidal	Nyeri ditempat suntikan, anemia, gangguan keseimbangan dan pendengaran, renjatan anafilaktik, agranulositosis, trombositopeni
Rifampisin (R)	Bakterisidal	Gangguan gastrointestinal, sesak nafas, trombositopeni, demam, <i>skinrash</i> , gangguan fungsi hati, urine berwarna merah, anemia hemolitik, <i>Flu syndrome</i> .

Tabel 2.5 Kisaran dosis OAT lini pertama bagi pasien dewasa

OAT	Dosis			
	Harian		3 x / minggu	
	Kisaran dosis (mg/kg BB)	Maksimum (mg)	Kisaran dosis (mg/kg BB)	Maksimum /hari (mg)
Etambutol	15 (15-20)	-	30 (25-35)	-
Streptomisin	15 (12-18)	-	15 (12-18)	1000
Pirazinamid	25 (20-30)	-	35 (30-40)	-
Isonazid	5 (4-6)	300	10 (8-12)	900
Rifampisin	10 (8-12)	600	10 (8-12)	600

e. Pedoman OAT yang digunakan secara nasional

Pedoman OAT yang digunakan dalam Rencana Penanggulangan Tuberkulosis Nasional di Indonesia ialah pedoman OAT Tipe-1 dan Tipe-2.

a) Tipe-1: 2(HRZE)/4(HR)3

Kategori ini tergolong untuk pasien baru:

- 1) Pasien Tuberkulosis terdiagnosis klinis
- 2) Pasien Tuberkulosis terkonfirmasi bakteriologis
- 3) Pasien Tuberkulosis ekstra paru

Tabel 2.6 Dosis Tipe-1 OAT KDT: 2(HRZE)/4(HR)3

Berat badan	Tahap intensif tiap hari selama 56 hari RHZE (150/75/400/275)	Tahap lanjutan 3 kali seminggu selama 16 minggu RH (150/150)
30 -37 kg	2 tablet 4KDT	2 tablet 2KDT
38 – 54 kg	3 tablet 4KDT	3 tablet 2KDT
55 – 70 kg	4 tablet 4KDT	4 tablet 2KDT
≥ 71 kg	5 tablet 4KDT	5 tablet 2KDT

Tabel 2.7 Dosis OAT Tipe-1 Kombipak: 2HRZE/4H3R3

Tahap pengobatan	Lama pengobatan	Dosis per hari / kali				Jumlah hari/kali menelan obat
		Tablet Isoniasid 300 mg	Kaplet Rifampisin 450 mg	Tablet Pirazinamid 500 mg	Tablet Etambutol 250 mg	
Intensif	2 Bulan	1	1	3	3	56
lanjutan	4 Bulan	2	1	-	-	48

b) Tipe-2: 2(HRZE)S / (HRZE) / 5(HR)3E3)

Kategori ini untuk pasien BTA (+) yang pernah diobati sebelumnya (pengobatan ulang):

- 1) Pasien gagal pada pengobatan dengan paduan OAT kategori-1 sebelumnya
- 2) Pasien yang diobati kembali setelah putus berobat
- 3) Pasien kambuh

**Tabel 2.8 Dosis OAT Tipe-2 KDT: 2(HRZE)S/(HRZE)/
5(HR)3E3**

Berat badan	Tahap intensif tiap hari RHZE (150/75/400/275) + S	Selama 28 hari	Tahap lanjutan 3 kali seminggu RH (150/150) + E(400)
	Selama 56 hari		Selama 20 minggu
30-37 kg	2 tab 4KDT + 500 mg Streptomisin inj.	2 tab 4KDT	2 tab 2KDT + 2 tab Etambutol
38-54 kg	3 tab 4KDT + 750 mg Streptomisin inj.	3 tab 4KDT	3 tab 2KDT + 3 tab Etambutol
55-70 kg	4 tab 4KDT + 1000 mg Streptomisin inj.	4 tab 4KDT	4 tab 2KDT + 4 tab Etambutol
≥ 71 kg	5 tab 4KDT + 1000 mg Streptomisin inj.	5 tab 4KDT (> do maks)	5 tab 2KDT + 5 tab Etambutol

**Tabel 2.9 Dosis OAT Tipe-2 Kombipak:
2HRZES/HRZE/3R3E3**

Tahap pengobatan	Lama pengobatan	Tablet Isoniasid 300 mg	Kaplet Rifampisin 450 mg	Tablet Pirazinamid 500 mg	Etambutol		Streptomisin injeksi	Jumlah hari/kali menelan obat
					Tablet 250 mg	Tablet 400 mg		
Tahap awal (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	3	-	0,75	56
	1 bulan	1	1	3	3	-	-	28
Tahap lanjutan (dosis 3x seminggu)	5 bulan	2	1	-	1	2	-	60

f. Pemantauan kemajuan dan hasil pengobatan

1) Untuk hasil pemeriksaan di akhir tahap awal positif

Pada pasien baru (pengobatan dengan paduan OAT Tipe-1. Sedangkan untuk pasien pengobatan ulang (pengobatan sengan paduan obat Tipe-2)

2) Untuk hasil pemeriksaan di akhir tahap awal negatif

Untuk penderita baru atau pengobatan ulang diberikan dosis pengobatan lanjutan, lalu pengecekan ulang dahak sesuai jawal

3) Pada \geq bulan kelima

Untuk pengobatan ulang atau pasien baru (jika hasil pemeriksaan ulang negatif), maka pengobatan dilanjutkan hingga seluruh dosis selesai diberikan. Jika hasil pengecekan ulang dahak hasilnya positif maka pengobatan akan dinyatakan gagal dan pasien dinyatakan sebagai suspek pasien TB MDR untuk pasien baru (menggunkan pengobatan OAT Tipe-1), dan untuk pengobatan ulang TB (menggunkan pengobatan OAT Tipe-2)

4) Hasil pengobatan pasien TB

Tabel 2.10 Hasil pengobatan pasien TB

Hasil pengobatan	Definisi
Pengobatan lengkap	Penderita tuberkulosis yang menyelesaikan pengobatan ternyata negatif pada hasil pemeriksaan sebelum akhir pengobatan
Putus berobat	Penderita tuberkulosis yang belum memulai pengobatan atau yang telah menghentikan pengobatan selama ≥ 2 bulan berturut-turut
Sembuh	Seseorang pasien Tuberkulosis yang hasil uji bakteriologisnya positif pada awal pengobatan. Lalu hasil uji bakteriologis menjadi negatif di akhir pengobatan pada pemeriksaan sebelumnya
Gagal	Penderita hasil tes dahaknya tetap atau kembali positif < bulan 5
Meninggal	Penderita tuberkulosis yang meninggal karena sebab apapun sebelum / selama pengobatan
Tidak dievaluasi	Penderita tuberkulois dengan hasil pengobatannya tidak diketahui, meliputi “pasien pindah (transfer out)” daerah, sehingga hasil akhir pengobatannya tidak diketahui.

2.4 Sistem

2.4.1 Definisi Sistem

Sistem menurut Shrode dan Voich, (1974) : “A System is a set of interrelated parts, working independently and jointly, in pursuit of common objectives of the whole, within a complex environment”. Dalam definisi WHO (1957), kesehatan merupakan keadaan yang sempurna secara fisik, mental, dan sosial, tidak terbatas pada tidak adanya penyakit dan kelemahan, tetapi juga dianggap tidak sesuai atau tidak lengkap. Dari definisi tersebut, maka

menurut WHO (2000) mendefinisikan sistem kesehatan (*health system*) ialah semua kegiatan pokok yang bertujuan untuk meningkatkan, memperbaiki, atau memelihara kesehatan. Dalam perkembangannya, para ahli mengubah istilah sistem kesehatan "*health system*" menjadi "*health care system*". Lassey (1997) mendefinisikan *health care system* sebagai kombinasi dari institusi kesehatan, sumber daya manusia, mekanisme jaringan organisasi, dan manajemen struktural termasuk administrasi untuk mendukung penyediaan pelayanan kesehatan untuk pasien¹⁷.

2.4.2 Unsur-unsur sistem

Sistem terdiri dari bagian atau komponen yang saling mempengaruhi. Ada banyak tipe dari berbagai bagian dari sistem, jika disederhanakan dibagi menjadi 6 jenis, yaitu:¹⁸.

1. Masukan (Input)

Input ialah kumpulan bagian atau komponen yang terdapat dalam sistem, dan bagian atau komponen tersebut diperlukan agar sistem tersebut dapat berfungsi. Komisi Pendidikan dan Administrasi Kesehatan A.S. membagi masukan menjadi tiga jenis:

a. Sumber

Segala sesuatu yang digunakan untuk menghasilkan barang dan jasa. Sumber dibedakan menjadi 3 jenis, yaitu:

a) Sumber tenaga

Ada dua jenis sumber tenaga, yaitu tenaga terampil (*skilled*) dan tenaga tidak terampil (*unskilled*).

b) Sumber modal

Sumber modal meliputi berbagai jenis yang disederhanakan menjadi dua jenis, yaitu modal bergerak (*working capital*) seperti duit, dan giro serta modal tidak bergerak (*fixed capital*)

c) Sumber alamiah

Meliputi segala sesuatu yang ada di alam dan tidak tergolong kedua jenis sumber diatas.

b. Tata cara / prosedur

Prosedur ialah berbagai kemajuan IPTEK dalam kedokteran yang dimiliki dan diterapkan.

c. Kesanggupan

Kesanggupan (*capacity*) ialah kondisi fisik, psikologis dan biologi.

Pembagian sistem lain yang dikenal masyarakat luas ialah 4M yaitu manusia (*man*), uang (*money*), sarana/prasarana (*material*), dan metode (*method*) dengan menargetkan tujuan organisasi organisasi *non profit*¹⁸.

2. Proses (process)

Proses ialah bagian atau komponen yang digunakan dalam sistem untuk mengubah masukan menjadi keluaran. Pelaksanaan proses dibagi menjadi 4 macam tahapan yaitu perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan evaluasi (penilaian).

a. Perencanaan

Perencanaan menurut Drucker ialah proses kerja berkelanjutan yang mencakup keputusan penting dan dilaksanakan secara sistematis, memperkirakan dengan menggunakan segala pengetahuan yang tersedia, mengorganisir secara sistematis segala upaya yang diperlukan untuk menerapkan semua keputusan yang telah ditentukan, serta mengukur tingkat keberhasilan.

b. Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah mengkoordinasikan secara rasional berbagai bentuk aktivitas / kegiatan sejumlah orang melalui pembagian kerja dan fungsi masing-masing secara bertanggung jawab untuk mencapai tujuan bersama.

c. Pelaksanaan (Aktuating)

Pelaksanaan bukanlah suatu tugas yang mudah, karena dalam pelaksanaan suatu rencana harus mencakup berbagai aktivitas / kegiatan yang tidak hanya saling terkait akan tetapi juga bersifat kompleks¹⁸. Secara rasional *aktuating* merupakan upaya untuk menciptakan

suasana kerjasama antar pelaksana program sehingga pelaksanaan program berlangsung sesuai dengan rencana dalam mencapai tujuan¹⁹.

d. Penilaian (evaluation)

Menurut WHO, penilaian ialah suatu cara metode pembelajaran sistematis dari pengalaman yang ada, tujuan agar dapat meningkatkan hasil, implementasi, dan perencanaan suatu program dengan memilih secara cermat kemungkinan yang ada guna dalam penerapan yang selanjutnya. Penilaian terbagi menjadi 3 macam jenis, yaitu :

- a) Penilaian pada tahap awal program (*formative evaluation*).
- b) Penilaian pada tahap pelaksanaan program (*promotive evaluation*)
- c) Penilaian pada tahap akhir program (*summative evaluation*)

3. Keluaran (output)

Keluaran ialah komponen atau bagian yang dihasilkan oleh proses yang sedang berlangsung dalam suatu sistem.

4. Umpan balik (feed back)

Feed back merupakan keluaran (hasil antara dan hasil akhir) atau bagian dan merupakan keluaran dari sistem sekaligus masukan dari sistem tersebut.

5. Lingkungan (environment)

Lingkungan ialah dunia di luar sistem yang memiliki pengaruh yang besar pada suatu sistem.

6. Dampak (impact)

Dampak ialah akibat yang timbul dari keluaran suatu sistem¹⁸.

2.4.3 Sistem Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi DOTS di Pelayanan Kesehatan Primer (FKTP)

Sistem program pengendalian Tuberkulosis di Pelayanan Kesehatan Primer (FKTP) meliputi tiga komponen yaitu input (masukan), proses, dan output (Keluaran)

1. Input (masukan)

Sumber daya komponen input dalam pengendalian Tuberkulosis di FKTP meliputi:

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

a) Standar Ketenagaan di FKTP

- 1) Puskesmas Pelaksana Mandiri dan Puskesmas Rujukan Mikroskopis, persyaratan minimal tenaga terlatih terdiri dari seorang dokter, seorang perawat/petugas TB, dan seorang staf laboratorium
- 2) Puskesmas Satelit, persyaratan minimal tenaga terlatih meliputi seorang dokter dan seorang perawat / petugas Tuberkulosis

b) Peran SDM dalam pengendalian Tuberkulosis

Tabel 2.11
Peran Sumber Daya Manusia dalam Pengendalian TB

Fasilitas Kesehatan	Staf	Peran/tugas utama
Puskesmas (Puskesmas Rujukan Mikroskopis/ Puskesmas Pelaksana Mandiri)	Dokter	1. Diagnosa 2. Mengobati
	Staf klinik	1. Mengisi daftar suspek Tuberkulosis 2. Mengisi kartu pengobatan penderita TBC 3. Pengawas Menelan Obat
Puskesmas Satelit	Dokter	1. Mendiagnosis 2. Mengobati
	Staf klinik	1. Mengisi daftar suspek Tuberkulosis 2. Mengisi kartu pengobatan pasien 3. Melacak yang mangkir 4. Pengambilan dahak 5. Fiksasi 6. Mengirim sampel uji ke Puskesmas Rujukan Mikroskopis
Klinik sederhana, Dokter praktik mandiri	Dokter	1. Mendiagnosis 2. Meresepkan obat
	Staf klinik	1. Mengisi daftar suspek TB 2. Mengisi kartu pengobatan pasien 3. Melacak yang mangkir
Masyarakat	Anggota keluarga, kader, tenaga kesehatan, LSM	1. Identifikasi dan rujuk terduga TB ke fasyankes 2. Pengawas Menelan Obat (PMO) 3. Melacak yang mangkir 4. Kunjungan rumah 5. Catatan sederhana

c) Pelatihan program pengendalian TB

Pelatihan ialah upaya peningkatan kognitif, sikap serta keterampilan petugas dengan tujuan agar kemampuan serta kinerja masing-masing individu dapat meningkat. Di Indonesia, pelaksanaan pelatihan TB dilaksanakan secara berjenjang, yaitu

mulai dari pemebentukan Mater Trainer / Pelatih pengendalian tuberkulosis, kegiatan pelatihan untuk pelatih *Training of Trainers* (TOT) hingga pelatihan tenaga kesehatan dan pengelola yang terlibat dalam penanggulangan tuberkulosis.

b. Kebutuhan sarana & prasarana

Kebutuhan akan sarana & prasarana merupakan salah satu bagian terpenting dalam menunjang program pengendalian Tuberkulosis. Sarana & prasarana yang dibutuhkan ialah:

a) Kebutuhan logistik:

- 1) Kotak sediaan, kaca sediaan, mikroskopis binokuler, OAT, reagensia
- 2) Brosur/Poster/Leaflet
- 3) Buku pedoman pengendalian tuberkulosis nasional dan pedoman lainnya, seperti pedoman teknis pencegahan dan pengendalian infeksi Tuberkulosis di pelayanan kesehatan primer (FKTP), Panduan Pengelolaan Logistik TB, Juknis manajemen terpadu penanggulangan TB resistansi Obat (MPTRO).
- 4) Format pencatatan dan pelaporan TB (01, 02, 03.UPK, 04, 05, 06, 09, 10)

b) Ruang layanan Tuberkulosis (Unit DOTS)

c) Fasilitas lain (Tempat pengumpulan sputum, Laboratorium dan pembuangan limbah, dll)

c. Kebutuhan dana

Dalam anggaran nasional dan daerah (provinsi dan kabupaten/kota) mengalokasikan dana dengan tujuan agar dapat membiayai pelaksanaan kegiatan pemerintah, serta agar dapat menentukan arah dan prioritas pembangunan guna mendukung pencapaian tujuan suatu program. kegiatan pendanaan di fasilitas pelayanan kesehatan primer antara lain pendanaan sarana & prasarana, kebutuhan logistik, biaya pelatihan, dan pembiayaan kegiatan lainnya. Sumber pembiayaan meliputi:

a) APBN (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara)

1) Bantuan operasional kesehatan (BOK)

BOK Diberikan kepada fasilitas pelayanan kesehatan agar dapat membiayai biaya operasioanal petugas, dan dapat digunakan sebagai transport petugas fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka pelacakan khusus magkir TB dan pencarian kontak TB.

2) Dana dekosentrasi (dekon)

Dana yang diberikan oleh pemerintah pusat kepada Pemda sebagai lembaga vertikal yang digunakan sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.

3) Dana alokasi khusus (DAK)

Dana yang ditujukan untuk menciptakan keseimbangan keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemda dalam pembangunan kesehatan daerah.

b) Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD)

Digunakan untuk pembiayaan implementasi kegiatan program Tuberkulosis tingkat provinsi atau kabupaten/kota sesuai tugas pokok dan fungsi Pemda.

c) Dana Hibah

Hibah adalah dana terpenting dari keseluruhan dana program Tuberkulosis².

2. Proses

Menurut penelitian Tambunan (2017), sarana ialah segala sesuatu yang digunakan sebagai alat untuk mencapai tujuan tertentu, sedangkan prasarana meupakan segala sesuatu yang digunakan sebagai penunjang dalam melaksanakan suatu kegiatan, karena dalam program TB Paru tidak terlepas dari tersedianya sarana dan prasarana untuk mendukung keberhasilan program²⁰.

- a. Perencanaan
 - a) Pengumpulan data
 - 1) Data umum
 - 2) Data program
 - 3) Data sumber daya
 - b) Analisa masalah
 - 1) Identifikasi masalah
 - 2) Menetapkan prioritas masalah
 - 3) Menetapkan tujuan untuk pemecahan masalah
 - 4) Menetapkan alternatif pemecahan masalah
 - 5) Menyusun rencana kegiatan dan pendanaan
 - 6) Menyusun rencana pemantauan dan evaluasi
 - b. Pengorganisasian
 - c. Penggerakan
 - a) Penemuan kasus
 - b) Diagnosis
 - c) Klasifikasi
 - d) Pengobatan
 - e) Pemantauan kemajuan dan hasil pengobatan
 - d. Pengawasan dan pengendalian
3. Output
- Tercapainya penemuan kasus baru (CDR) TB BTA (+) yang ditemukan minimal 70% dan angka kesembuhan sebesar 85% dari semua pasien seta mempertahankannya
4. Dampak
- TB tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat

2.5 Evaluasi

2.5.1 Definisi

Menurut WHO, evaluasi merupakan metode pembelajaran sistematis berdasarkan pengalaman yang ada dan digunakan untuk memperbaiki

kegiatan yang sedang berlangsung serta meningkatkan perencanaan yang lebih baik ²¹.

Menurut Purwanto (1997) Penelitian evaluasi ialah proses penelitian yang meliputi perencanaan, memperoleh, dan pemberian informasi yang diperlukan untuk membuat alternatif pilihan. Menurut Suharsimi Arikunto (2013), penelitian evaluasi dapat digunakan untuk mengetahui kualitas dari suatu kegiatan jadi penelitian evaluasi dapat disejajarkan dengan penelitian deskriptif. Pada lazimnya, Penelitian deskriptif hanya mendeskripsikan apa yang terjadi pada sebuah fenomena, sedangkan penelitian evaluasi hanya terjadi pada fenomena serta beberapa syarat yang harus dimiliki yakni tolok ukur atau standar pembandingan data yang diperoleh ²².

Penelitian evaluasi merupakan studi yang digunakan untuk menilai suatu program yang sedang dilaksanakan / telah dilaksanakan, seperti penelitian pengembangan pelayanan puskesmas, Penelitian program pemberantasan penyakit menular atau penelitian program Kesling, dll ²³.

2.5.2 Model Evaluasi

1. Model evaluasi responsif

Model evaluasi yang mengutamakan penerima manfaat program dan kegiatan dari program.

2. Model evaluasi sistem analisis

Model evaluasi input meliputi rencana dan persiapan, proses meliputi pelaksanaan dari program, output meliputi manfaat yang didapat dari program, outcome meliputi dampak dari program terhadap perubahan dari penerima manfaat dari program *san impact* yaitu pengaruh dari hasil program jangka panjang.

3. Model evaluasi berbasis tujuan

Model evaluasi ini untuk melihat realisasi dari program dengan tujuan program.

4. Model evaluasi *Context, Input, Process*, dan *Product* (CIIP)

Tujuannya untuk mendapat dan menyediakan informasi yang bermanfaat dalam memilih alternatif program dengan melihat tujuan dari program, sumber daya, proses pelaksanaan dan tindak lanjut dari program²⁴.

2.5.3 Jenis-Jenis Evaluasi

Evaluasi program kesehatan masyarakat, *Dokter George James* (1962), dalam mengevaluasi program kesehatan masyarakat, menekankan empat kategori yakni: Efisiensi (*efficiency*), Kecukupan Penampilan (*adequacy of performance*) Penampilan (*performance*), dan Usaha (*effort*). Pada kategori lainnya terdapat dua jenis evaluasi program, yaitu :

1. Evaluasi formatif (*Formative evaluation*)

Evaluasi formatif ialah evaluasi yang dilakukan pada saat program berjalan (implementasi) yang bertujuan untuk dapat memberikan *feed back* kepada pengelola atas hasil yang diperoleh serta kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan.

2. Evaluasi sumatif

Menurut Scriven (1967), evaluasi sumatif ialah Sebuah metode untuk menilai program pada akhir kegiatan program (penjumlahan) dengan fokus utama adalah pada hasil²⁵.

Evaluasi sumatif merupakan evaluasi yang dilakukan pada akhir kegiatan program, sehingga dapat dilihat status keseluruhan hasil pelaksanaan program, kendala yang ada, serta peluang dan potensi yang ada. Sasaran dari evaluasi sumatif meliputi²¹:

a. Evaluasi daya guna / efisiensi

Evaluasi efisiensi bertujuan untuk menjawab pertanyaan “*apakah sebanding antara hasil kegiatan atau keluaran (output) yang ada dengan asupan (input) modal yang disediakan?*”.

$$Efisiensi = \frac{Output}{Input}$$

b. Evaluasi usaha (*effort evaluation*)

Fokus evaluasi ini ialah terhadap input yang meliputi kegiatan² dan sarana & prasarana tanpa melihat keluaran program tersebut.

c. Evaluasi hasil usaha (*performance evaluation*)

d. Evaluasi kelayakan hasil usaha (hasil guna) atau efektifitas

$$\text{Efektifitas} = \frac{\text{Hasil pencapaian}}{\text{Hasil diharapkan (target)}}$$

e. Evaluasi *process*

Memberikan deskripsi terhadap faktor kekuatan pendukung, kelemahan, peluang dan penghambat dalam upaya tercapainya tujuan selama kegiatan hingga berakhir.

f. Evaluasi dampak program (Impact)

Ditinjau berdasarkan dampak yang timbul dari program tersebut

Sedangkan menurut objeknya jenis-jenis Evaluasi dibagi menjadi empat yaitu :

1. Evaluasi SDM

Evaluasi SDM diselenggarakan oleh lembaga / instansi pemerintah untuk rancangan pelaksanaan program kegiatan.

2. Evaluasi kebijakan

Evaluasi kebijakan ialah kegiatan untuk menilai kebijakan yang sedang atau telah dilaksanakan oleh pemerintah.

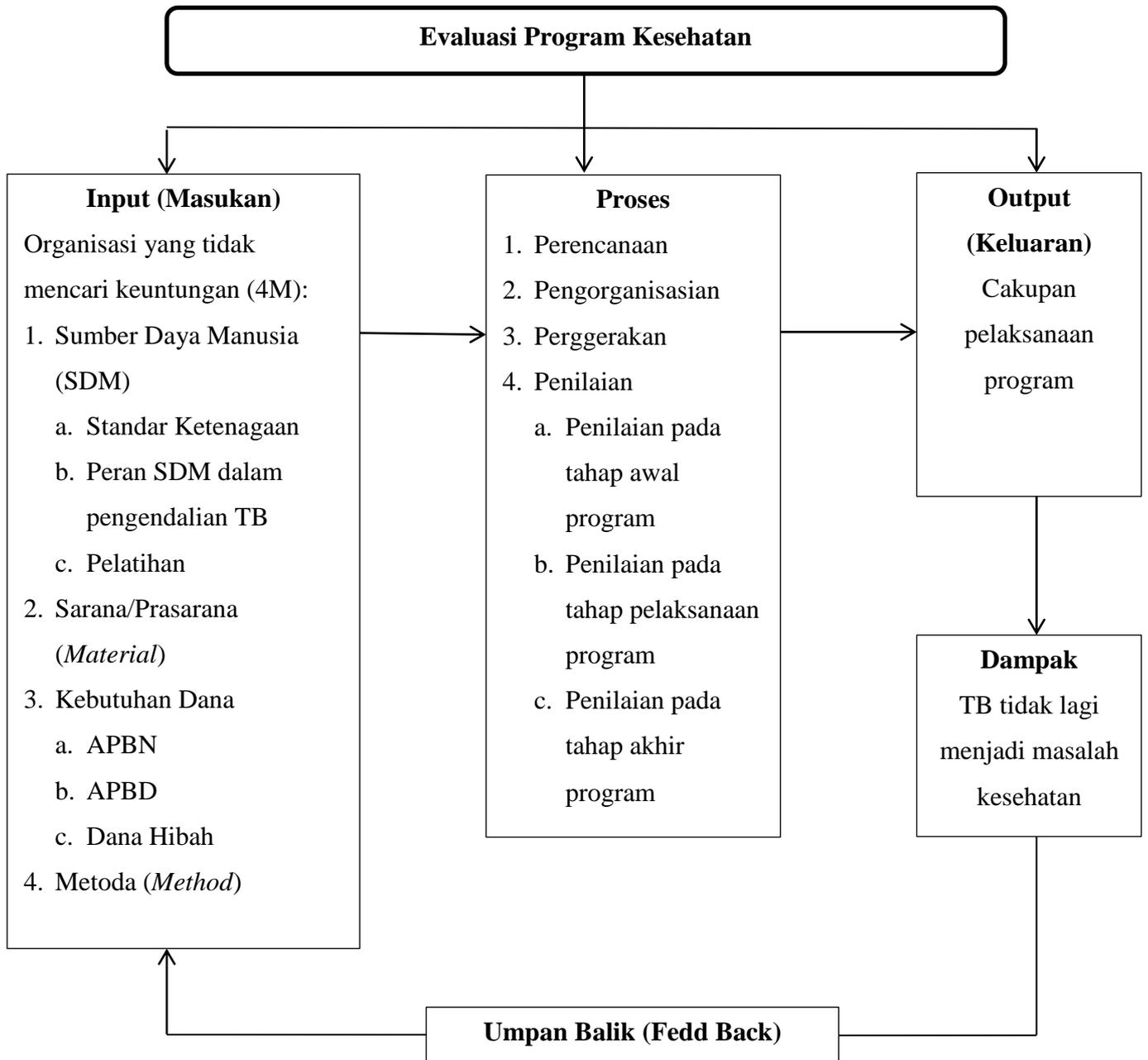
3. Evaluasi proyek

Evaluasi proyek ialah kegiatan yang dirancang untuk mendukung program dalam jangka waktu tertentu.

4. Evaluasi program

Evaluasi program ialah bentuk kegiatan yang dirancang oleh instansi dan atau lembaga untuk mendukung kebijakan tertentu. Evaluasi program ini merupakan metode sistematis yaitu untuk pengumpulan, menganalisis, dan memanfaatkan informasi dengan tujuan agar dapat menjawab pertanyaan dari program.

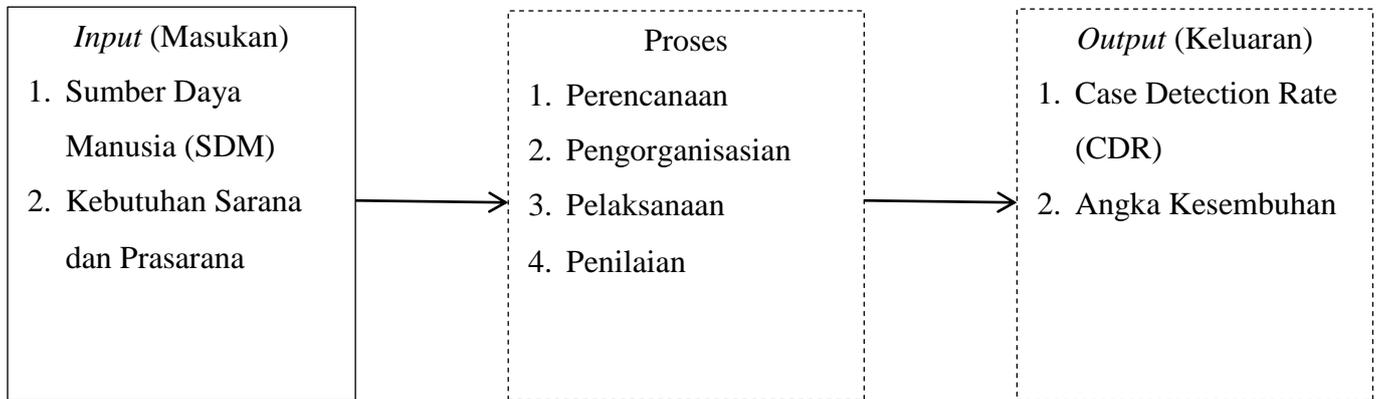
2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Azwar (2010), Kemenkes (2014)

2.7 Kerangka Berpikir



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Ket :

1. → Variabel yang akan diteliti

2. → Variabel yang tidak akan diteliti

2.8 Definisi Istilah

Input / Masukan ialah sumber daya yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan program pengendalian Tuberkulosis dengan strategi *DOTS* dalam upaya menurunkan angka kejadian TB paru di wilayah kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi.

1. Sumber Daya Manusia (SDM)

Pengembangan SDM dalam Program Pengendalian Tuberkulosis (P2TB) bertujuan untuk menyediakan tenaga pelaksana program yang memiliki keterampilan, pengetahuan dan sikap (dalam arti lain "kompeten") yang diperlukan dalam pelaksanaan program TB, dengan jumlah yang memadai pada tempat dan waktu yang tepat sehingga mampu menunjang tercapainya tujuan program Tuberkulosis nasional. Untuk menjamin ketersediaan tenaga yang kompeten maka perlu adanya kontribusi terhadap sistem pengelolaan sumber daya manusia Tuberkulosis yang komprehensif, seperti perencanaan SDM yang memadai untuk pasien tuberkulosis, pola rekrutmen yang baik, distribusi yang merata dan retensi sumber daya manusia Tuberkulosis yang terlatih.

2. Sarana & Prasarana

Ketersediaan sarana & prasarana ialah faktor penunjang untuk mendukung proses pelaksanaan kegiatan pengendalian Tuberkulosis dengan strategi *DOTS* dalam upaya menurunkan angka kejadian TB paru di wilayah kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan peneliti yaitu penelitian kualitatif menggunakan metode deskriptif dengan desain penelitian studi kasus. Studi kasus ialah salah satu cara dari penelitian ilmu-ilmu sosial yang dalam penelitiannya terhadap fenomena dalam kehidupan nyata. Data dari studi kasus yang didapat dari semua pihak terkait dikumpulkan dari berbagai sumber yang ada²⁶. Penelitian studi kasus ini digunakan untuk mengetahui pelaksanaan program pengendalian Tuberkulosis dengan strategi *DOTS* dalam upaya menurunkan angka kejadian TB paru di wilayah kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi.

2. Waktu penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada Januari – Februari 2021

3.3 Subjek Penelitian

Pada umumnya, pengambilan sampel dalam penelitian kualitatif menampilkan karakteristik yaitu tidak diarahkan pada jumlah sampel yang besar, akan tetapi pada kasus khusus berdasarkan kondisi spesifik masalah penelitian. Jumlah ataupun karakteristik sampelnya dapat berubah sesuai dengan pemahaman konseptual yang berkembang dalam penelitian serta tidak diarahkan pada keterwakilan (dalam arti jumlah/ kejadian acak) melainkan pada kecocokan konteks.

Partisipan atau informan dalam penelitian ini diambil dengan menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu dengan menentukan

subjek/objek sesuai tujuan²⁷. Teknik ini digunakan dalam memilih partisipan/nara sumber yang dapat memberikan informasi terkait dengan penelitian program pengendalian Tuberkulosis dengan strategi *DOTS* dalam upaya menurunkan angka kejadian TB paru di wilayah kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi yang berjumlah 9 orang informan dengan metode wawancara yaitu:

1. Kepala bidang/seksi p2p Dinas Kesehatan Kota Jambi (*Key Informant*)
2. Kepala Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi
3. 3 orang penanggung jawab *DOTS*
4. 3 orang PMO
5. 1 Pasien Tuberkulosis

Penentuan informan dalam penelitian ini dianggap cukup apabila telah sampai kepada taraf “redundancy” (datanya telah jenuh dan informan tidak lagi memberikan informasi yang baru)²⁸.

3.4 Sumber Data Penelitian

1. Data primer

Data primer diperoleh dengan melakukan wawancara terhadap informan atau narasumber menggunakan perekam suara (*voice recorder*) dengan pedoman wawancara yang berhubungan dengan program pengendalian TB dengan strategi *DOTS*.

2. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dengan mengumpulkan data dari Dinas Kesehatan Kota Jambi, Puskesmas Kenali Besar, buku dan hasil penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan program pengendalian TB dengan strategi *DOTS*.

3.5 Instrument Penelitian

Instrumen dalam penelitian kualitatif ialah yang melakukan penelitian itu sendiri yaitu peneliti atau biasa disebut dengan *key instrumen*²⁷. Penelitian

kualitatif (*human instrument*) mempunyai fokus dari penelitian yaitu memilih responden sebagai sumber data, mengumpulkan data, menganalisis data, penarikan kesimpulan data dan membuat inti dari hasil penelitian²⁹. Untuk instrumen pada penelitian ini menggunakan *voice recorder*, Kamera, pedoman wawancara, catatan lapangan dan lembar observasi.

3.6 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara Mendalam

Wawancara mendalam (*in-depth interview*) ialah suatu proses memperoleh informasi untuk kepentingan penelitian melalui dialog antara peneliti sebagai pewawancara dengan nara sumber / informan sebagai pemberi informasi dalam konteks observasi partisipasi²⁷.

Dialog antara peneliti dengan yang diteliti (*informan/interviewee*) memberikan kesan bahwa telah terjalin hubungan yang *intens* / erat antara peneliti dengan nara sumber / partisipan. Dalam dialog tersebut peran peneliti sebagai “*trigger*” yang menjadi pemimpin pemicu munculnya jawaban kritis dan “*crusial*”. Dari nara sumber / partisipan yang menguasai dan memahami informasi / data.

2. Dokumen

Dokumen ialah catatan tertulis atau tercetak dari rekaman kejadian masa lalu. Dalam kepentingan penelitian, dokumen berfungsi sebagai bukti nyata dan fakta pendukung suatu kebenaran. Dokumen dapat berbentuk gambar, tulisan, dll.

3. Observasi

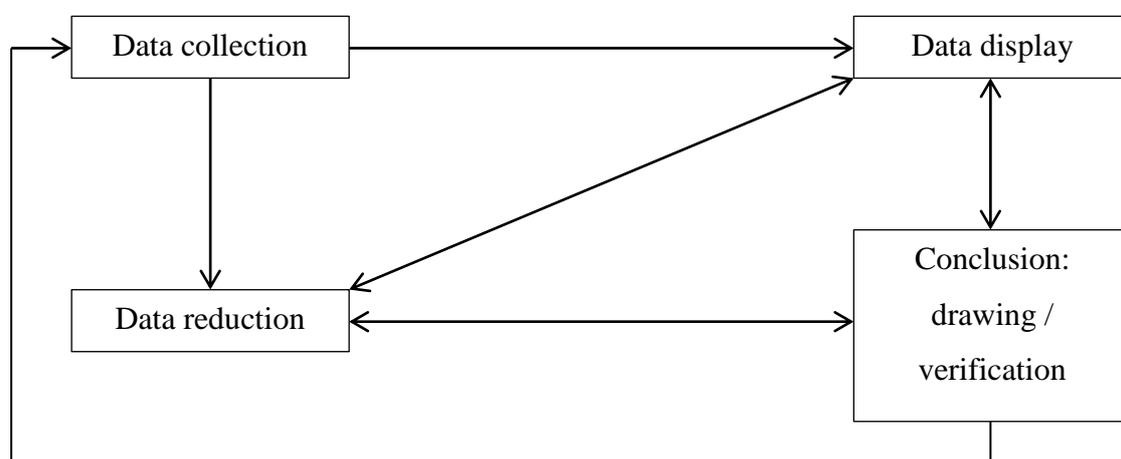
Data dari hasil observasi adalah perbandingan data yang diperoleh dari wawancara dengan data yang terjadi di lapangan

3.7 Pengolahan dan Analisis Data

Analisis ialah suatu upaya untuk menguraikan suatu masalah atau fokus penelitian menjadi bagian-bagian (*decomposition*) sehingga tatanan/susunan dari bentuk-bentuk benda yang diurai dapat terlihat dengan jelas, sehingga

maknanya dapat dipahami dengan lebih jelas atau situasinya dapat dipahami dengan lebih jelas.

Dalam penelitian kualitatif menggunakan logika induktif abstraktif yang bertitik tolak pada tujuan khusus ke umum. Konseptual, kategorisasi, dan deskripsi dikembangkan atas dasar kejadian yang didapat pada saat terjun langsung ke lapangan. Kegiatan pengumpulan data dan analisis data bersifat stimulan/berlangsung bersamaan sehingga tidak dapat dipisahkan satu sama lain³⁰.



Gambar 3.1 Komponen-Komponen Analisis Data Model Interaktif

Sumber : Bungin (2010)

Pengolahan dan analisis data dalam penelitian ini meliputi reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan / verifikasi³⁰.

1. Reduksi data (*Reduction*)

Dalam penelitian kualitatif reduksi data dapat disejajarkan maknanya dengan istilah pengolahan data dalam penelitian kuantitatif. Kegiatan meliputi hasil pengumpulan data selengkap mungkin dan memilah

milahnya ke dalam satuan konsep tertentu, kategori tertentu, atau tema tertentu³⁰. Proses reduksi data meliputi editing, klasifikasi

a. Editing

Editing merupakan tahapan dimana peneliti melakukan pemeriksaan ulang terhadap jawaban dari informan, dokumentasi dan catatan lainnya yang berkaitan dengan penelitian. Tujuannya agar memperbaiki kesalahan dalam kata atau kalimat, memberikan keterangan tambahan, menghapus kalimat atau pernyataan yang tidak perlu, menerjemahkan bahasa lokal ke dalam bahasa Indonesia serta mentranskripsikan hasil rekaman wawancara.

b. Klarifikasi

Klarifikasi merupakan suatu tahap dimana mengelompokkan jawaban dan data lainnya menurut kelompok variabel²⁷.

2. Penyajian data (*Data Display*)

Setelah mereduksi, selanjutnya data tersebut diorganisasikan ke dalam bentuk tertentu (*display data*) sehingga terlihat wujudnya secara lebih utuh. Wujud dapat berupa sketsa, sinopsis, matriks, atau bentuk lainnya dengan tujuan agar dapat memudahkan upaya pemaparan dan penarikan kesimpulan³⁰.

3. Penarikan kesimpulan / verifikasi (*Conclusion Drawing / Verification*)

Langkah terakhir adalah menarik kesimpulan, kesimpulan dari penelitian kualitatif adalah pemuan yang baru / penemuan yang belum pernah ada sebelumnya. Penemuan tersebut dapat berupa deskripsi atau gambaran obyek yang sebelumnya belum jelas atau gelap, namun setelah diteliti akan menjadi jelas²⁷.

3.8 Etika Penelitian

Secara umum penelitian kesehatan memperlakukan manusia sebagai obyek yang akan diteliti, dan akan dilihat dari satu segi dan segi lain dari manusia ketika melakukan penelitian. Hal ini tentunya ada umpan balik

antara peneliti dengan yang diteliti. Oleh karena itu, dalam melakukan penelitian, etika dalam penelitian kualitatif hendaknya diperlihatkan untuk menunjukkan adanya hubungan baik dari kedua belah pihak.

Hubungan antara peneliti dengan nara sumber / informan ialah sebagai orang yang membutuhkan dan memberikan informasi. Peneliti yang membutuhkan informasi sebaiknya menempatkan dirinya lebih rendah dari penyedia atau sumber informasi. Sebagai seorang narasumber, ia tentunya berhak untuk tidak memberikan informasi kepada peneliti. Untuk itu, peneliti tidak boleh memaksakan hak dari narasumber tersebut jika ia tidak bersedia untuk memberikan informasi. Dan peneliti harus mencari informan atau narasumber lain yang mau dan bersedia untuk memberikan informasi.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam etika penelitian dan harus dilakukan dalam kelancaran suatu penelitian sebagai berikut :

1. Informed Consent (Lembar Persetujuan)

Lembar persetujuan yang akan diberikan kepada responden yang akan kita teliti agar subyek penelitian mengerti tujuan dan maksud dari penelitian tersebut. Apabila orang yang diwawancarai tidak ingin diwawancarai, peneliti harus menghormati hak responden untuk tidak melakukan penelitian dan menghormati keputusannya.

2. Anonymity (Tanpa Nama)

Dilakukan untuk menjaga kerahasiaan dari orang yang diwawancarai dengan tidak menampilkan nama orang yang tidak diwawancarai dan menjelaskan dalam code sehingga dapat dibedakan dengan quisioner lainnya.

3. Confidentiality (Kerahasiaan)

Semua informasi yang didapat akan dikumpulkan dan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, dan hanya set data tertentu saja yang akan diberikan kepada pihak kampus terkait dengan penelitian tersebut.

3.9 Keabsahan Data

Dalam penelitian kualitatif keabsahan suatu penelitian dilihat melalui beberapa indikator-indikator yakni, derajat kepercayaan (*credibility / validitas internal*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*), dan kepastian (*confirmability*)²⁷. Berikut merupakan cara-cara / teknik memperoleh kepercayaan dari Meningkatkan kredibilitas (validitas internal):

a. Perpanjangan pengamatan (*prolonged engagement*)

Hasil penelitian kualitatif akan sulit dipercaya apabila peneliti hanya sekali datang ke lapangan. Peneliti harus memperpanjang pengamatan dengan tujuan agar memperoleh chemistry/engagement dengan narasumber atau informan sehingga timbul hubungan saling mempercayai antara satu sama lain serta mau terbuka.

b. Peningkatan ketekunan/kegigihan (*persistent observation*)

Peneliti kualitatif harus “kerajinan” saat mengumpulkan data yang benar, akurat, jujur / aktual, dan lengkap (BAAL). Dengan meningkatkan ketekunan artinya sudah melakukan observasi yang cermat dan berkesinambungan agar kepastian dan urutan kejadian data dapat ditentukan dan diperoleh secara sistematis.

c. Triangulasi (*peer debriefing*)

Triangulasi ialah pemeriksaan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara dan waktu. Triangulasi meliputi triangulasi sumber / partisipan, triangulasi teknik pengumpulan data, dan triangulasi waktu.

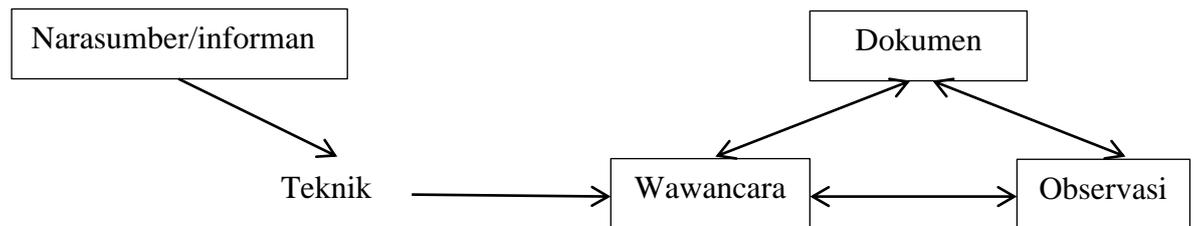
a) Triangulasi sumber

Suatu proses atau teknik pengecekan keabsahan data dengan beberapa sumber yang berbeda atau informan yang berbeda untuk memeriksa validitas data.

b) Triangulasi teknik

Triangulasi teknik ialah penggunaan berbagai teknik pengumpulan data yang dilakukan pada sumber data. Penggunaan triangulasi teknis untuk menguji kredibilitas data, yaitu dengan

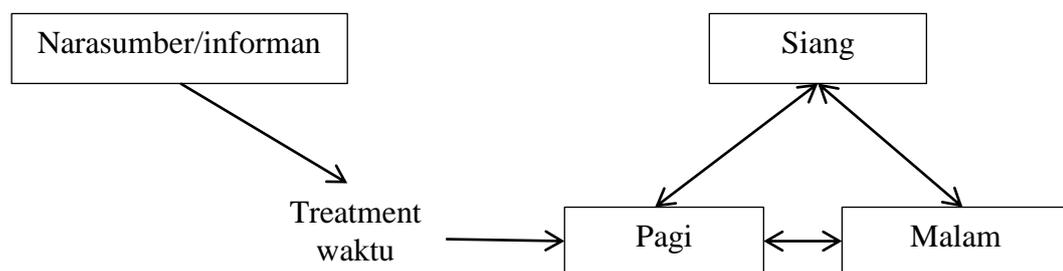
menggunakan teknik yang berbeda untuk memeriksa data dari sumber yang sama.



Gambar 3.2 Triangulasi Teknik

c) Triangulasi waktu

Peneliti dapat mengecek konsistensi, kedalaman dan akurasi / kebenaran data dengan menggunakan triangulasi waktu. Pengujian kredibilitas data dengan triangulasi waktu dilakukan dengan mengumpulkan data pada waktu yang berbeda.



Gambar 3.3 Triangulasi Waktu

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

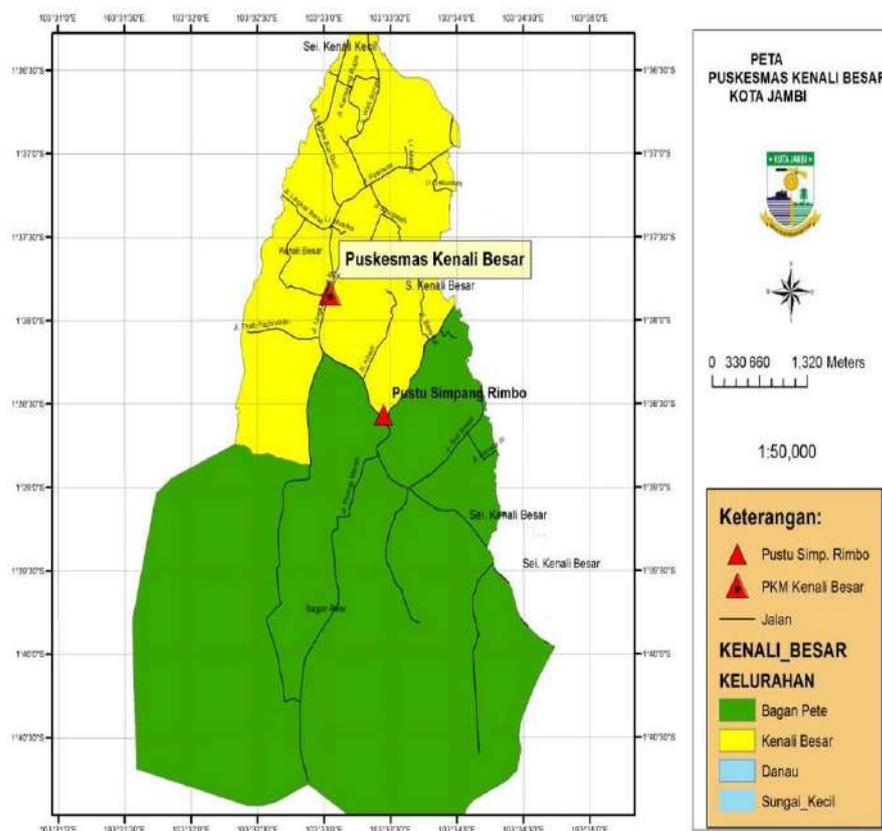
4.1 Lokasi Penelitian

4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Kenali Besar terletak di Wilayah Kelurahan Kenali besar Kecamatan Kota Baru tepatnya berada di ujung perbatasan Kota Jambi dengan Kabupaten Muaro Jambi. Wilayah kerja Puskesmas Kenali Besar meliputi 2 kelurahan, yaitu Kelurahan Kenali Besar dan Kelurahan Bagan Pete. Luas wilayah kerja Puskesmas Kenali Besar adalah 29.18 km² dengan perincian :

1. Kelurahan Kenali Besar 11,28 km²
2. Kelurahan Bagan Pete 17,9 km²

Gambar 4. 1 Peta Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar



Adapun batas-batas wilayah kerja Puskesmas Kenali Besar adalah :

1. Sebelah Utara berbatasan dengan Kelurahan Penyengat Rendah
2. Sebelah Selatan berbatasan dengan Desa Sungai Bertam
3. Sebelah Timur berbatasan dengan Desa Mandalo Darat
4. Sebelah Barat berbatasan dengan Kelurahan Rawasari.

Keadaan penduduk di wilayah Puskesmas Kenali Besar di gambarkan melalui tabel berikut :

Tabel 4. 1 Jumlah Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin, Jumlah KK dan RT di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Tahun 2019

KELURAHAN	Jumlah penduduk			Kepala Keluarga	RT
	Laki - laki	Perempuan	N		
Kenali Besar	16.142	16.108	32.250	7.929	73
Bagan Pete	8979	8616	17.595	4.830	40
Jumlah	22.535	22.012	44.547	11.263	112

Sumber: ³¹

4.1.2 Gambaran Tenaga Kesehatan di Puskesmas

Puskesmas Kenali Besar memiliki sumber daya tenaga sebanyak 45 orang. Dimana sebanyak 41 orang bertugas pada Puskesmas Kenali Besar, 2 orang bertugas di Puskesmas Pembantu Simpang Rimbo 2 orang di Pustu Bagan Pete.

Berdasarkan analisis beban kerja, jumlah pegawai lebih dari cukup memadai untuk kebutuhan, sedangkan ditinjau dari kualitas dan keterampilan masih perlu adanya peningkatan pengembangan wawasan dan keterampilan dengan mengikutsertakan pegawai dalam pendidikan dan pelatihan-pelatihan di masa yang akan datang.

Berdasarkan tingkat pendidikannya, tingkat pendidikan pegawai di Puskesmas Kenali Besar sangat variatif dan rata – rata masih berpendidikan di bawah sarjana muda.

Data ketenagaan di Puskesmas Kenali Besar digambarkan melalui tabel berikut :

Tabel 4. 2 Data Ketenagaan Puskesmas Kenali Besar tahun 2019

Ketenagaan	Puskesmas	Puskesmas Pembantu
Kepala Puskesmas	1	
Kepala Tata Usaha	1	
Dokter Umum	2	
Dokter Gigi	1	
Tenaga Kesmas	2	
Bidan	19	3
Perawat	1	1
Asisten Perawat	1	
Terapis gigi dan mulut	1	
Asisten Terapis gigi dan mulut	2	
Ahli Teknologi Laboratorium Medik	1	
Asisten Ahli Teknologi Laboratorium Medik	3	
Ahli Madya Farmasi (Asisten Apoteker)	2	
Asisten Ahli Madya Farmasi	1	
Nutrisionis	1	
Asisten Nutrisionis	1	
Asisten Kesehatan Lingkungan	2	
Administrasi	3	
Jumlah	45	4

Sumber: ³¹

4.1.3 Gambaran Sarana dan Prasarana

Puskesmas Kenali Besar adalah Puskesmas Non Perawatan yang terletak di Kelurahan Kenali Besar Kecamatan Alam Barajo, Puskesmas Kenali Besar didirikan pada tahun 1991 dengan luas 650 M².

Puskesmas Kenali Besar Telah mengalami rehabilitasi fisik bangunan pada tahun 2009, Menjadi gedung lantai bertingkat 2 dan pada tahun 2019 ruangan yang ada di masing – masing lantai sebagai berikut:

Lantai 1 : Loket, IGD, Poli Umum, Poli Gigi, Poli KIA, Apotek, Gudang obat, Poli Usila, Rekam Medik, Ruang Konseling, Laboratorium

Lantai 2 : Ruang Kepala Puskesmas, Ruang TU dan Bendahara, Poli Anak, Poli Tumbang dan Imunisasi, Poli KB dan Kespro, Ruang Akreditasi dan Gudang

Puskesmas Kenali Besar memiliki 1 (satu) Puskesmas Pembantu dan 1 (satu) Pusling dan 1 (Home Care) yang juga berperan dalam penyelenggaraan tugas pokok dan fungsi Puskesmas Kenali Besar, untuk menunjang kelancaran dari penyelenggaraan upaya kesehatan, Puskesmas Kenali Besar juga dilengkapi oleh beberapa sarana diantaranya :

1. Kendaraan roda 4 (Empat) sebanyak : 3 Unit
2. Kendaraan roda 2 (Dua) sebanyak : 4 Unit
3. Komputer : 14 Unit
4. Laptop : 3 Buah

Data sarana kesehatan di Puskesmas Kenali Besar digambarkan melalui tabel berikut:

Tabel 4. 3 Data Sarana Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi tahun 2019

No.	Sarana Kesehatan	Kenali Besar	Bagan Pete
1.	Puskesmas	1	0
2.	Puskesmas Pembantu	1	1
3.	Poskesdes	0	0
4.	Posyandu Balita	21	14
5.	Posyandu Usila	1	1
6.	Puskemas Keliling	0	0
7.	Praktek Bidan/ Perawat Swasta	16	8
8.	Klinik Pengobatan Swasta	1	0
9.	Pengobatan Tradisional	29	4
Jumlah		70	28

Sumber : ³¹

4.1.4 Karakteristik Informan

Karakteristik informan adalah identitas umum yang dimiliki informan. Dalam penelitian ini terdiri atas kode informan, jenis kelamin, umur dan pendidikan terakhir. Jumlah dari informan sebanyak 9 orang yaitu :

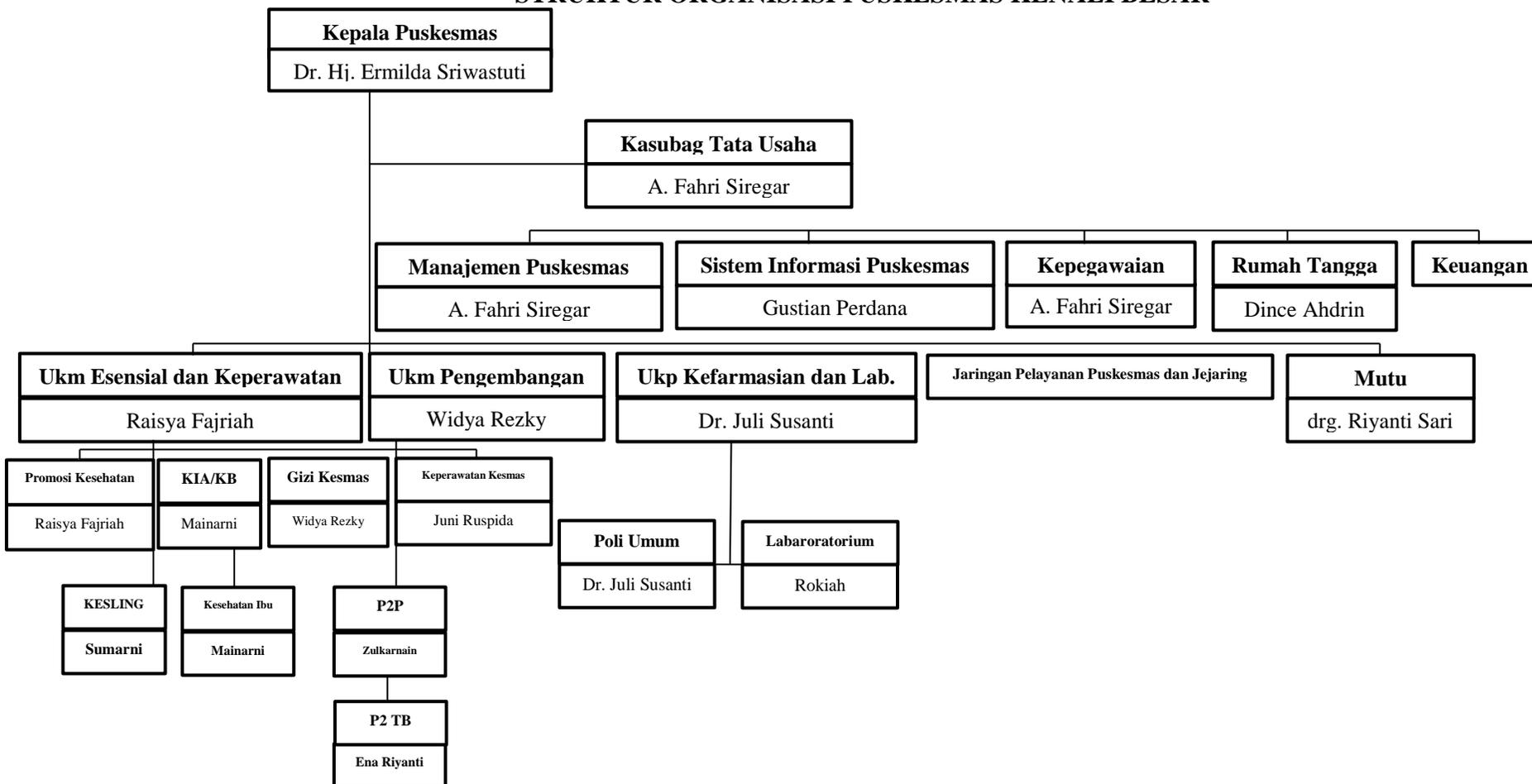
Tabel 4. 4 Karakteristik Informan

Kode Informan	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan Terakhir	Jabatan
Informan A01	Perempuan	50	D3	Pengelola Program TBC, HIV/AIDS dan ISPA Dinkes Kota
Informan B01	Perempuan	56	S2	Kepala Puskesmas
Informan C01	Perempuan	41	D3	Program P2P TB
Informan C02	Perempuan	52	D3	Laboratorium
Informan C03	Perempuan	44	S1	Dokter Poli Umum
Informan D01	Perempuan	42	SMA	Kader PMO
Informan D02	Perempuan	48	SMA	Kader PMO
Informan D03	Perempuan	42	SMA	Kader PMO
Informan E01	Perempuan	33	S1	Pasien

4.1.5 Struktur Organisasi Puskesmas

Struktur Organisasi Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi Provinsi Jambi berdasarkan Permenkes 43 Tahun 2019.

STRUKTUR ORGANISASI PUSKESMAS KENALI BESAR



4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Input (Masukan)

Evaluasi pelaksanaan program pengendalian Tuberkulosis dengan strategi *DOTS* di wilayah kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi dalam menurunkan angka kejadian TB Paru dilihat dari segi Input yang meliputi Sumber Daya Manusia (SDM) serta Sarana dan Prasarana. Program *DOTS* itu sendiri merupakan strategi yang dibuat oleh pemerintah melalui keputusan dari WHO, program ini apabila dilakukan dengan maksimal maka pasien akan bisa sembuh. *DOTS* juga telah diterapkan di seluruh Puskesmas Kota Jambi, Rumah Sakit Pemerintah serta di beberapa Rumah Sakit swasta seperti Theresia, Arafah, Kambang, Siloam dan juga mempunyai sebuah klinik yang membantu rangkaian pengobatan bernama PPTI (Persatuan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia) di belakang DKT. Program ini dilakukan secara gratis di seluruh faskes yang ada di Kota Jambi. Informasi ini diperoleh melalui wawancara mendalam langsung dengan pemegang Pengelola Program TBC Dinas Kesehatan Kota Jambi.

“DOTS itu kan suatu strategi yang dibuat oleh pemerintah, itu bukan adopsian, tapi itu adalah suatu keputusan dari lembaga kesehatan dunia WHO.....Bahwa pengobatan TB itu kalau memang dilakukan dengan maksimal pasien akan bisa sembuh. DOTS harus dilakukan di seluruh Puskesmas di Kota Jambi dan juga di beberapa rumah sakit swasta dan di rumah sakit pemerintah. Jadi untuk di kota Jambi ada 20 Puskesmas, Ada rumah sakit pemerintah ketiganya sudah DOTS, Untuk rumah sakit swasta itu Theresia, Arafah, Kambang, Siloam itu yang sudah DOTS. Kita punya satu klinik yang apa namanya Lembaga membantu rangkaian pengobatan dari program TB ini adalah PPTI (Persatuan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia) yang dibelakang DKT....DOTS sendiri di kota Jambi.....yang kita lakukan gratis di seluruh layanan fasilitas kesehatan yang ada di kota Jambi. Jadi seluruh Puskesmas sudah melakukan strategi DOTS ini di mana ada 5 komponen yang harus dilakukan dalam strategi DOTS sesuai pedoman yang baku yang ada di Indonesia dan seluruh dunia. Jadi yang pertama itu komitmen politis dari pengambil kebijakan, terus

penegakan diagnosa nya berdasarkan mikroskopis, yang ketiga pencatatan dan pelaporan, ketersediaan obat yang keempat, yang kelima monitoring dan evaluasi. semua ini harus dilakukan oleh fasilitas yang Menerapkan strategi DOTS....”. (A01, 50 thn).

Program ini diterapkan di Puskesmas pada Tahun 2004. Hal ini bisa kita lihat dari kutipan informan sebagai berikut:

“Tahun 2004”. (A01, 50 thn).

“Pas Ibu jadi Kader, mungkin tahun 2004”. (DO2, 48 thn).

Namun ada juga yang berpendapat lain seperti kutipan informasi dari informan berikut ini:

“Sejak Puskesmas ada” (B01, 56 thn).

“Di tahun 2008 sudah ada, untuk ini nian tahun 2010 lah kami berdua waktu itu”. (C01, 41 thn).

“Jadi, sudah lama. Sejak Puskesmas berdiri kan sudah ada program TB Paru namanya DOTS juga. DOTS itu singkatan dari “Directly Observed Treatment Short-course” ha iya pengobatan kan”. (C02, 52 thn).

“Oh, kalo diterapkan sejak kapan, maaf, kita kalo dokter ini kan istilahnya berpindah Ibu Ena yang menjadi pemegang programnya. Kalo saya dulu pindahan dari Puskesmas lain jadi saya kurang paham berapa lama diterapkan DOTS ini di Puskesmas”. (C03, 44 thn).

Selama program ini berjalan manfaatnya pengobatan TB dapat dilakukan sesegera mungkin dilakukan melalui pemeriksaan laboratorium atau secara mikroskopis, namun untuk sekarang ada namanya TCM sebuah alat yang mampu mendeteksi pemeriksaan BTA secara cepat dan akurat. Namun, walaupun demikian kenyataannya di lapangan jumlah kasus masih tinggi, Hal ini didapat dari keterangan Informan:

“Manfaatnya yang pasti apa namanya ya eeee pengobatan TB dapat dilakukan sesegera mungkin karena di puskesmas bisa melakukan pemeriksaan mikroskopis.....Nah, kalau untuk sekarang kebijakan Kementerian Kesehatan karena kita sudah diberikan fasilitas oleh Kementerian Kesehatan suatu mesin yang sangat canggih yang bisa memeriksa BTA secara cepat dan akurat itu namanya TCM (Tes Cepat Molekuler). Kita ada 5 di kota Jambi, 2 di rumah sakit 3 di puskesmas yaitu rumah sakit Abdul Manaf dan Mattaher, Puskesmas pakuan baru, Paal X, dan Simpang kawat. Jadi sekarang semua suspek kita

arahkan untuk pemeriksaan mikroskopisnya melalui TCM.....” (A01, 50 thn).

“Ya harusnya kan jumlah pasien yang sembuh, yang ditemukan makin banyak. Kemudian jumlah pasien sembuh menjadi makin banyak sehingga eeh jumlah kasus TB berkurang. Cuman pada kenyataannya jumlah kasus TB ini dak pernah berkurang walaupun program tetap dilaksanakan” (B01, 56 thn).

Untuk faskes yang telah menerapkan program DOTS harus menerapkan 5 komponen didalam strategi DOTS yang sesuai dengan pedoman baku di Indonesia dan seluruh dunia yaitu komitmen politis dari pengambil kebijakan, penegakan berdasarkan mikroskopis, pencatatan dan pelaporan, ketersediaan obat, serta monitoring dan evaluasi. Hal ini diperoleh dari informan:

“.....Jadi seluruh Puskesmas sudah melakukan strategi DOTS ini di mana ada 5 komponen yang harus dilakukan dalam strategi DOTS sesuai pedoman yang baku yang ada di Indonesia dan seluruh dunia. Jadi yang pertama itu komitmen politis dari pengambil kebijakan, terus penegakan diagnosa nya berdasarkan mikroskopis, yang ketiga pencatatan dan pelaporan, ketersediaan obat yang keempat, yang kelima monitoring dan evaluasi.....” (A01, 50 thn).

“Kalau komitmen politis itu kan sudah menjadi suatu keharusan fasilitas layanan pertama adalah Puskesmas itu harus melakukan DOTS di puskesmas, itu sudah menjadi kebijakan dari Kementerian Kesehatan.....” (A01, 50 thn).

Untuk bentuk komitmen politis yang diterapkan di Puskesmas Kenali Besar bahwa pasien harus menandatangani diatas materai 6000 sebagai bentuk persetujuan bahwa mereka bersedia untuk diobati dan mematuhi aturan yang akan diberikan serta harus menelan obat secara langsung di depan tenaga kesehatan, informasi ini diperoleh dari informan:

“Karena pasien TB setelah terakhir kita obati, pasien itu akan menandatangani diatas materai 6000. Itu bentuk persetujuan bahwa mereka bersedia diobati dan mematuhi aturan yang akan kita berikan. Untuk pertama kalinya pasien itu akan meminum obatnya di depan kita “Langsung”. (C03, 44 thn).

Komponen input dalam penelitian ini meliputi Sumber Daya Manusia (SDM) serta Sarana dan Prasarana.

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

Fasilitas kesehatan dalam menanggulangi TB di Puskesmas dibagi menjadi 3 yaitu Puskesmas Satelit, Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM), dan Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM). Puskesmas Satelit, hanya melakukan pemeriksaan sampai pembuatan sediaan. Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM), Puskesmas rujukan pemeriksaan dahak dari Puskesmas Satelit hingga pembacaan hasil. Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM), Puskesmas yang melakukan pemeriksaan hingga pembacaan hasil. Puskesmas di Kota Jambi semuanya sudah memiliki tenaga Laboratorium yang lengkap sehingga tidak ada lagi Puskesmas Satelit. Informasi ini diperoleh dari kutipan wawancara:

“Jadi, kalau dulu kita punya faskes Puskesmas satelit, ada Puskesmas Pemeriksaan Mandiri (PPM), ya, di dalam DOTS itu. Kalau untuk di kota Jambi karena sekarang sudah punya apa namanya eee Tenaga laboratorium yang lengkap, Jadi mereka sudah melakukan pemeriksaan dari awal sampai dengan pembacaan hasil. Jadi tidak ada lagi di kota Jambi yang Puskesmas satelit. Kalau Puskesmas satelit itu dulunya mereka hanya melakukan pemeriksaan sampai dengan pembuatan sediaan.....Nah kalau dulu Ada berapa Puskesmas kita yang belum bisa melakukan pemeriksaan sampai dengan membaca hasil jadi hanya sampai fiksasi, jadi sampai dengan pembuatan sediaan, pewarnaan, dan pembacaan hasilnya di Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM) dulu namanya, tapi sekarang yang tidak ada lagi di kota Jambi. PRM itu jadi menerima sediaan sediaan dari Puskesmas satelit.....Jadi semua Puskesmas di Kota Jambi sekarang adalah Puskesmas Pemeriksaan Mandiri (PPM)”
(A01, 50 thn)

Untuk Syarat sebuah Puskesmas dalam melakukan pemeriksaan terkait program DOTS itu harus ada sebuah tim yang meliputi Dokter, Petugas Labor, Petugas Program TB. Informasi ini dapat dilihat melalui kutipan wawancara Informan:

“.....Untuk syarat menjadi Puskesmas yang bisa melakukan pemeriksaan itu adalah harus ada dokter pertama, kedua harus ada petugas laboratorium, ketiga ada petugas program TB-nya jadi mereka ada tim. Jadi ada labor, ada dokter, Ada petugas programnya, ini adalah tim dalam program TB di setiap fasilitas kesehatan.....” (A01, 50 thn).

“Kalo untuk tim TB Paru dokternya, dokter Juli Susanti, kalo pemegang program DOTS-nya sudah tau “Bu Ena Riyanti”, petugas lab-nya ya Ibu sendiri” (C02, 52 thn).

Namun ada juga yang berpendapat bahwa tim di Puskesmas terkait program DOTS ini, ada kurang atau lebih dari 3, hal ini dapat kita lihat melalui kutipan wawancara:

“Ya ada dokter, ada perawat, ada penanggung jawab program, ada orang labor, ada orang promosi kesehatan “Semuanya” (B01, 56 thn).

“Iya, tim DOTS yang ada disini petugas program TB, ada dokternya, ada bagian PHN-nya, petugas labor ada 4, kadang bisa 6 tim itu, kadang ada orang kesling. Kita lintas program, mana yang terlibatlah misal anak yang terkena TB berarti kita libatkan lagi orang anak” (C01, 41 thn).

“Ibu Ena Riyanti sebagai pemegang program DOTS, Dokternya sebagai konsultasi saya boleh, bu Gina bisa” (C03, 44 thn).

“TB Paru itu Bu Ena” (D01, 42 thn)

“Itu dek Bu Ena yang di ruang Poli DOTS” (D02, 48 thn).

“Iyo ado Bu Ena” (D03, 42 thn).

“Mungkin ada, tapi yang saya tahu Bu Ena. Mungkin kamu bisa tanya dengan dia” (E01, 33 thn).

Peran tim tersebut dalam program ini dimana dokter sebagai penegak diagnosis serta pengambil keputusan pengobatan, Petugas Program TB sebagai yang melakukan pencatatan, melakukan pemeriksaan fisik, serta memberikan pengobatan, sedangkan untuk Petugas Labor sendiri sebagai pemeriksa labor seperti membuat fiksasi, mewarnai, membaca hasil, memberikan hasilnya ke Petugas TB. Informasi ini diperoleh dari kutipan wawancara:

“Dokter sebagai penegakan pengambil keputusan pengobatan jadi penegak diagnosis, karena kalau bukan dokter yang menegakkan diagnosis berarti perawat tidak bisa memberikan obat. Fungsi perawat apa? Fungsi perawat dia yang melakukan pencatatan, melakukan pemeriksaan fisik, terus nanti memberikan pengobatan. Petugas Labor apa tugasnya? Ya jelas melakukan pemeriksaan labor yang seperti saya sebutkan tadi membuat fiksasi, mewarnai, membaca hasil, terus memberikan hasilnya ke petugas TB nya” (A01, 50 thn).

Informasi ini pun dipertegas oleh tenaga kesehatan sebagai dokter melalui kutipan wawancara:

“Ya peran saya mengobati, konsultasi” (C03, 44 thn).

Tim ini juga berkoordinasi antara satu sama lain dalam melacak pasien TB, selain itu tim ini juga harus berkoordinasi dengan Kepala Puskesmas, hal ini diperoleh dari kutipan wawancara:

“Ya kita berkoordinasi antara satu dengan yang lain. Misal ada pasien TB mangkir atau kontak serumah itu kami bekerjasama, kami turun ke lapangan melacak kontak serumahnya, kami datang ke rumah si pasien selanjutnya Ibu periksa dahaknya di Puskesmas, ibu lah yang memeriksa dengan menggunakan mikroskop, apabila BTA (+) maka akan segera Ibu lapor ke Bu Ena bahwa dia pasien TB sehingga bisa segera di Obati. Nah dokternya disini bisa sebagai tempat konsultasi si pasien atau kadang diobati dulu sama dokternya nanti diberi saran apa saja yang boleh dan tidak boleh dilakukan gitu dek” (CO2, 52 thn).

“Kepala Puskesmas adalah manajemen ya, baik dia selaku kepala yang memberikan keputusan dari apapun kegiatan yang dilakukan oleh tim DOTS-nya di Puskesmas. Jadi ada juga yang Kepala Puskesmas sebagai dokter di tim DOTS-nya, ada yang sebagai manajemennya saja ya” (A01, 50 thn).

Pernyataan ini juga diperjelas oleh Kepala Puskesmas melalui kutipan wawancara:

“Ya mereka berkoordinasi dengan saya “Haruslah” (B01, 56 thn).

Tim ini juga mendapatkan pelatihan dari Dinas Kesehatan tujuan agar mereka mengetahui beban kerja serta tugas mereka masing-masing, hal ini diperoleh melalui kutipan wawancara:

“.....untuk program TB ini yang ada di puskesmas dan yang ada di rumah sakit itu sebelumnya kita latih terlebih dahulu untuk bisa melakukan kegiatan DOTS di puskesmas. Jadi tim ini sudah kita latih di provinsi dengan fasilitator provinsi, Jadi sebelum mereka di SK kan oleh Kepala Puskesmas sebagai tim DOTS Puskesmas mereka dilatih dulu. Apa yang harus mereka kerjakan, dokter sebagai apa, perawat sebagai apa, laboratorium sebagai apa itu mereka mendapatkan kan apa namanya beban kerja dari pelatihan tersebut sehingga

tugas mereka masing-masing mereka akan tahu” (A01, 50 thn).

Dan diperjelas melalui kutipaan Wawancara:

“Ada dari Dinas Kesehatan Kota” (B01, 56 thn).

“Pernah, pelatihan khusus tentang TB” (C01, 41 thn).

“Ada, dari dinas kesehatan” (C02, 52 thn).

“Ada, pasti” (C03, 44 thn).

Pelatihan ini sangat penting bagi tenaga kesehatan karena jika mereka tidak dilatih, mereka tidak akan tahu tugas mereka di dalam program ini. Selain itu dengan adanya pelatihan ini juga dapat menambah wawasan serta ilmu-ilmu yang baru seperti cara mengajak pasien untuk periksa dahak, menemukan dan memastikan pemberian obat TB pada pasien. Informasi ini diperoleh dari kutipan wawancara:

“Sangat penting karena kalau memang mereka belum dilatih, mereka tidak akan tahu apa tugas mereka di dalam tim ya. Karena memang mereka harus melakukan DOTS ini di faskes mereka harus dilatih dulu dokternya, perawatnya, sama labornya. Jadi labor dilatih oleh ahlinya di bidang labor, paramedis nanti dilatih oleh ahlinya di bidang paramedis eh pencatatan dan pelaporannya, yang dokter juga dilatih oleh dokter. (A01, 50 thn)

“Sangat penting, pelatihan itu kan kita bisa mendapatkan ilmu-ilmu baru terus dapat eee trik-trik kita mengajak pasien untuk cek dahak” (C01, 41 thn).

“Penting lah dek kalo pelatihan, soalnya biso nambah ilmu, wawasan kito dari awalnya yang paham cuman sedikit bisa menjadi luas karena dengan pelatihan itu” (C02, 52 thn).

“Sangat penting karena dengan pelatihan ini kita mendapat ilmu, informasi yang bisa menambah wawasan dan pengetahuan kita.....” (C03, 44 thn).

“Tentang cara kita ee menemukan atau memastikan pemberian obat TB pada pasien” (C03, 44 thn).

Untuk jumlah tenaga kesehatan di Kota Jambi sudah mencukupi, semua Puskesmas di Kota Jambi sudah mempunyai tim DOTS yang terdiri dari Dokter, Petugas TB, dan Laboratorium. Informasi ini diperoleh dari kutipan wawancara dengan pengelola program TBC Dinkes Kota Jambi:

“Sudah, untuk di Kota Jambi. Semua Puskesmas sudah mempunyai tim yang terdiri dari dokter, paramedis, dan Laboratorium. Rumah sakitnya juga begitu” (A01, 50 thn).

Namun pendapat sebelumnya bertolak belakang dengan pendapat tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Kenali Besar yang menyatakan bahwa jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Kenali Besar itu kurang, hal ini diperoleh melalui kutipan wawancara:

“Kalo dari jumlah tenaga di program DOTS ini kurang, disini cuman satu tenaganya, kurang” (C01, 41 thn)

“Kurang, dikarenakan kalo dilihat dari tingkat keberhasilan dan tingkat penemuan itu eee tidak sesuai dengan target dikarenakan penduduk terlalu banyak dan luas wilayah yang besar sedangkan petugasnya hanya saya sendiri sehingga tidak akan tercover kalo cuman 1 petugasnya.....” (C01, 41 thn).

Namun pendapat tenaga kesehatan yang lain menyatakan bahwa untuk penanggung jawab program sudah cukup, namun yang kurang petugas yang turun ke lapangan, hal ini diperoleh melalui kutipan wawancara:

“Kalo penanggung jawabnya sih sudah cukup. Cuman petugas yang turun ke lapangan eh kan kita istilahnya ketuk pintu, ke lingkungan pasien yang kita curigai TB. Kalo untuk petugas kita di Puskesmas sudah cukup cuman itu tadi yang kelapangannya. Kali harusnya yang TB ini lebih cenderung kontak 1 rumahnya, lingkungan sekelilingnya ha itu kan harus kita lihat, tempat tinggal pasiennya” (C03, 44 thn).

Untuk kendala sendiri yang dihadapi oleh petugas kesehatan di Puskesmas Kenali Besar dalam menjalani program ini yaitu kurangnya kesadaran pasien dalam mengantarkan dahak tepat waktu ke Puskesmas sehingga hasil pemeriksaan mikroskopis kurang memuaskan, informasi ini didapat dari kutipan wawancara:

“Kendalanya ya itulah kalo pasiennya kurang gitu dek kesadarannya. Kalo bagi Ibu sebagai petugas labor ni kadang cara pengambilan dahaknyo ni kurang bagus, jadi hasilnya kurang memuaskan. Kadang si pasien disuruh antar pagi dahaknyo, diantaranya siang jadi hasilnya kurang tepat jadi disitulah kendalanya tu. Jadi kadang dak ketemu yang

seharusnya mungkin kalo dio ngantar pagi diperikso mungkin positif, tapi karena dionyo ni ngantar dahaknyo siang kualitas dahaknyo tu rusak jadinya hasilnyo negatif. Negatifnyo, negatif palsu gitu kan “disitulah kendalanya” (C02, 52 thn)

“Kendala kita ada, kadang yang kita temukan “maaf” kondisi dahak yang kurang baik, yang aslinya kalo kita lihat kondisi pasiennya sudah mengarah banget ke TB tapi hasil dahak yang kita temukan itu negatif. Itulah kendala kita” (C03, 44 thn).

Dalam menjalankan program DOTS ini, Puskesmas Kenali Besar memiliki SOP (Standar Operasional Pelayanan) yakni SOP Pengobatan TB, Pemeriksaan BTA, SOP Pencarian TB, SOP Penemuan, SOP Penatalaksanaan, SOP Kunjungan Kontak serumah, SOP Penatalaksanaan TB-NGA, dan SOP Pelacakan kasus mangkir. Informasi ini diperoleh melalui kutipan wawancara:

“Ada,ada. Ada SOP Pengobatan TB, SOP Pemeriksaan BTA, SOP Pencarian TB” (B01, 56 thn).

“Ada. Kita ada SOP Penemuan, SOP Penatalaksanaan, SOP Pengobatan TB, SOP Kunjungan Kontak Serumah, SOP Penatalaksanaan pasien TB NGA itu kan ada SOP-nya, terus SOP Pelacakan kasus Mangkir” (C01, 41 thn).

Dari segi pelayanan/pemeriksaan yang diberikan petugas kesehatan kepada pasien di Puskesmas Kenali besar sudah tergolong bagus, hal ini dapat kita lihat melalui kutipan wawancara:

“Bagus, baguslah pokoknyo. Bu Ena tu ramah” (D02, 48 thn).

“Sudah baik, sudah bagus” (D03, 42 thn)

“Oh, Saya kesitu cuman ambil obat itupun gak ada yang ngantri-ngantri panjang. Kadang jatuhnya saya malah umum berobatnya karena gak pake BPJS kan jadi dak terlalu ini ya soal itu” (E01, 33 thn).

Untuk waktu pemeriksaan dahak pasien itu bukan SPS (Sewaktu-Pagi-Sewaktu) lagi tapi hanya PS (Pagi-Sewaktu) yaitu pada jam 6 dan 8 pagi, informasi ini diperoleh dari:

“Sekarang untuk waktunya Pagi-Sewaktu (PS), dak 3 lagi 2 sekarang. Jam 6 pagi (Pagi) dan jam 8 (Sewaktu).....” (C01, 41 thn)

Program DOTS sendiri dalam mengobati pasien itu harus ada seorang PMO. Pemilihan seorang PMO sendiri itu sesuai program harusnya dari tenaga kesehatan, akan tetapi kenyataannya di lapangan bahwa PMO ini diambil dari keluarga yang disegani oleh penderita atau dari kader TB Puskesmas. Hal ini diperoleh melalui kutipan wawancara:

“Kalau di program sebenarnya kita pengennya tenaga kesehatan ya tetapi itu kan tidak mungkin, sementara Pasien itu menelan obatnya setiap hari makanya biasanya kita dalam program mengambil PMO-nya itu dari orang di dalam keluarganya yang disegani nya.....” (A01, 50 thn).

“Boleh tapi kader juga terbatas waktunya, ya kita gak akan mungkin mengharapkan orang mau setiap hari datang kerumah kita hanya untuk melihat kita makan obat ya kan. Makanya pasti kita tawarkan dulu keluarganya.....” (A01, 50 thn).

“Oh, kalo PMO tu kan Pengawas Menelan Obat. Itu bisa dari eeh keluarga pasien, bisa dari kader TB” (C01, 41 thn).

“Dari keluarga lah pasti yang tinggal satu rumah sama pasien” (C03, 44 thn).

Pernyataan ini juga didukung dari wawancara dengan PMO yang diambil dari kader bahwa mereka ditunjuk oleh pihak Puskesmas untuk mengawasi pasien TB yang tidak mempunyai PMO dikarenakan pihak keluarga menjauh dan takut akan tertular. Hal ini diperoleh dari kutipan wawancara:

“Pihak Puskesmas, Ibu ditunjuk menjadi seorang PMO untuk mengawasi Pasien/Penderita TB yang sekiranya tu, keluarganya tu sudah tidak ada lagi atau keluarga mereka menjauh dari Pasien/Penderita karena takut tertular. Nah disitulah Ibu diangkat menjadi kader TB oleh pihak Puskesmas untuk mengawasi Pasien/Penderita ini. Misal gini, ada penderita TB yang tinggal sendiri di rumah yang sakit tu misalnya nenek-nenek atau datuk-datuk, kito disuruh kerumahnyo, kito ingatkan dio tu jangan lalai atau lupu makan obat tu masalahnyo kan kalo dalam 6 bulan terlewat 1 kali ngulangnyo dari awal “Gitu”. Jadi kami turun” (D01, 42 thn).

“Dari Puskesmas karena saya dari kader Posyandu” (D03, 42 thn).

Namun berbeda dengan pendapat dari pasien yang baru berobat ke Puskesmas bahwa tidak ada yang memantau dalam meminum obat seperti kutipan wawancara berikut:

“Ga ada kan saya sendiri, gak ada yang memantau” (E01, 33 thn).

Jika memang terjadi kasus pasien tidak dipantau oleh PMO dalam pendapat sebelumnya maka biasanya pasien akan diedukasi agar menggunakan masker bedah tujuan agar meminimalisir penularan, serta PMO si pasien dalam memantau bisa menggunakan media elektronik seperti Telepon, HP, serta memberi tahu kepada petugas Puskesmas. Informasi ini diperoleh dari kutipan wawancara dengan pemegang program TB Dinas Kesehatan Kota:

“Kalau misalnya dalam kasus diatas Biasanya kita akan edukasi pasien ya, pasien TB Emang menular melalui droplet.....edukasi kalau si pasien harus memakai masker bedah itulah bedanya dulu dengan sekarang.....Jadi kalau memang tidak ada PMO yang bisa di inikan untuk mengawasi dia minum obat paling tidak sekarang sudah ada elektronik ya, pasien udah punya telepon, punya HP, dia bisa kasih tahu petugas Puskesmas” (A01, 50 thn).

Untuk PMO sendiri tidak mendapatkan pelatihan khusus, akan tetapi hanya konseling dari tim Dokter dan Perawat Puskesmas, hal ini berdasarkan kutipan wawancara:

“Ndak, kalau PMO cukup konseling dari petugas Puskesmas itulah tadi ada tim dokternya, ada tim perawatnya. Jadi, mungkin nanti dokter yang akan memberi tahu atau mengajarkan kan si PMO eee dokter atau perawat ya yang mengajarkan kepada si PMO apa yang harus dilakukan pada saat pasien menelan obat....” (A01, 50 thn).

“Kalo pelatihan iya, eh bukan pelatihan sih. Kalo pelatihan itu kan khusus berarti kan ada pendanaan khusus kan. Kalo ini kita cuman kayak eee refreshing kader gitu nah, pertemuan kader pada awal tahun” (C01, 41 thn).

“Ada, pelatihan TB.....” (D01, 42 thn).

“Ada, kadang pelatihannya di aula Puskesmas” (D02, 48 thn).

b. Sarana dan Prasarana

Untuk sarana dan prasarana setiap Puskesmas terkait program DOTS itu di Laboratorium harus memiliki mikroskop binokuler. Walaupun sekarang penegakkan diagnosis menggunakan TCM, fungsi mikroskopisnya untuk follow up dahak pasien kategori-1, untuk 1 pasien TB ada 4 kali pemeriksaan Laboratorium. Informasi ini diperoleh dari pemegang program TBC Dinkes Kota Jambi melalui kutipan wawancara:

“Kalau sarana dan prasarana setiap Puskesmas, karena kan untuk TB itu sarananya paling di laboratorium harus ada mikroskop binokuler. Nah, kalau sekarang penegakan diagnosis pakai TCM jadi harus ada TCM, nah tapi tidak semua Puskesmas punya TCM jadi nanti semua pasien yang mereka temukan akan mereka rujuk ke faskes yang punya TCM. Nah mikroskopisnya untuk apa? Mikroskopisnya untuk melakukan follow up karena semua pasien TB yang diobati follow up nya harus melalui mikroskopis juga.....Jadi setelah 6 bulan kalau di Kategori 1 dia akan dilakukan pemeriksaan mikroskopis, jadi ada 4 kali pemeriksaan laboratorium untuk 1 orang pasien TB kalau dia secara mikroskopis.....” (A01, 50 thn).

Pernyataan ini juga didukung oleh Petugas Laboratorium Puskesmas Kenali Besar melalui kutipan wawancara:

“Untuk sarana dan prasarana pemeriksaan di Labor ini ya seperti mikroskop, untuk pewarnaanya ada pewarnaan gel marchant itu ada regennya, regent 1, regent 2, regent 3 itu untuk pewarnaanya. Sedangkan kalo untuk pembuatannya ada Objek Gelas, OSE, Lampu Busent, Lampu Spiritus” (C02, 52 thn).

Sedangkan untuk kondisi Sarana dan Prasarana di Puskesmas Kenali Besar masih bagus dari mikroskop, regen, pot dahak steril, hal ini melalui kutipan wawancara:

“Untuk kondisi alat-alat terkait sarana dan prasarana masih bagus dari mikroskopnya, dari regennya, terus dari pot dahaknya. Pot dahaknya kita steril, kondisinya masih bagus” (C01, 41 thn)

“Baik, semuanya baik” (B01, 56 thn).

“Kalo untuk sekarang cukup lah dek, masih bisa diapakai” (C02, 52 thn).

“Kalo untuk kondisi masih bagus” (C03, 44 thn).

“Bagus, bagus dio sarana Prasarananyo” (D01, 42 thn).

Menurut Kepala Puskesmas, petugas program TB, dan petugas laboratorium berpendapat bahwa tidak ada kendala, akan tetapi menurut Dokter yang ada di Puskesmas menyatakan bahwa kendala Sarana dan Prasarana di Puskesmas Kenali besar yaitu ruangnya yang terlalu kecil, ventilasi udara, serta pencahayaan agak sedikit kurang. Informasi ini didapat dari kutipan wawancara:

“Gak ada” (B01, 56 thn).

“...kendala terkait sarana dan prasarana sih gak ada” (C01, 41 thn)

“Gak, Insyaa Allah idak. Cukup” (C02, 52 thn).

“Eh, mungkin ruangnya ya, yang kurang memadai bagi kita ya karena terlalu kecil. Eh, terus ventilasi udaranya, pencahayaanya itu agak sedikit kurang” (C03, 44 thn).

Namun menurut kader PMO bahwa kendala dari Sarana dan Prasarana yang ada di Puskesmas dari segi pelayanannya yang lumayan lama, hal ini diperoleh melalui kutipan wawancara:

“Ndak, cuman dari segi pelayanannyo tu nah agak lamo gitu nah, ngantrinyo tu lamo jadi orang tu nunggu bosan. Apalagi pandemi ni kan disuruh pake masker, duduk dak boleh dekat-dekatan, sudah tu kan ini nunggu lamo, ini tepengap, apalagi mak-mak dengan datuk-datuk tu nah marah dionyo. Emang sih, lambatnyo tu karena 4 ada yang BPJS, ada yang umum, ada lansia, ada Ibu hamil. Cuman kalo dari pelayanan dari tenaga kesehatannyo tu bagus , lamo antri bae” (D01, 42 thn).

Untuk ketersediaan Obat Anti TB (OAT) di Puskesmas Kenali Besar sudah cukup dan obat tersebut diberikan secara gratis kepada pasien. Pernyataan ini diperoleh dari kutipan wawancara sebagai berikut:

“Cukup, kita kan minta sesuai dengan jumlah pasien yang ada. Sudah kita targetkan misal dalam satu tahun, dalam beberapa bulan kita perlunya berapa itu sudah ditargetkan sesuai dengan jumlah pasien yang ada” (C01, 41 thn).

“Pemberian OAT ini kan sudah dari pemerintah jadi kita gratiskan “Ga Ada Yang Bayar” (C01, 41 thn)

“Itu gratis, gratis semua. Yang namanya program TB Nasional itu negara yang membiayai, tidak dipungut biaya apapun” (C02, 52 thn)

“OAT cukup.....” (C03, 44 thn)

“Secara gratis” (C03, 44 thn)

“Ada dek obatnya di Puskesmas , selalu tersedia” (D01, 42 thn)

“Obatnya ada, saya datang kesana terus ambil obat dari setelah tes lab” (E01, 33 thn)

Hal tersebut juga di perjelas oleh pernyataan Dinas Kesehatan bahwa ketersediaan obat itu dijamin oleh pemerintah dan diberikan secara gratis kecuali obat di luar obat program yang diresepkan oleh dokter di rumah sakit swasta. Hal ini berdasarkan kutipan wawancara berikut:

“Oh gini, ketersediaan OAT itu karena ini program obat disediakan oleh pemerintah ya makanya gratis dimanapun kecuali kalau dia berobat di rumah sakit swasta yang dokter meresepkan obat diluar obat program ya karena obat OAT ini ada juga obat patennya. Jadi dokter bisa meresepkan obat paten itu yang di luar dari obat program.....” (A01, 50 thn).

Kendala terkait OAT ini di Puskesmas Kenali Besar yaitu pada obat kategori-2 dimana ketersediaan obat belum tersedia dengan baik diakarenakan minimnya jumlah pasien yang membutuhkan obat kategori-2 sehingga apabila di Stock maka obatnya akan kadaluwarsa. Informasi ini didapat dari wawancara dengan dokter puskesmas melalui kutipan wawancara:

“.....sudah tu kita kendalanya yang kategori 2 karena pakai injeksi, itu yang kita kadang penyediaan stocknya ya apa namanya eee pasien kadang-kadang datang dengan kategori 2 obatnya yang kadang belum tersedia dengan baik. Karena kategori 2 kalo kita stock obatnya dan pasiennya gak ada takutnya expired” (C03, 44 thn).

OAT sendiri diperoleh sesuai kebutuhan jumlah pasien positif yang ada dari Dinas Kesehatan melalui gudang farmasi, hal ini didapat melalui kutipan wawancara:

“Ada permintaan dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan, ke Gudang Farmasi” (B01, 56 thn).

“Kalo alur yang untuk pengamprahan obat ke dinas kita membuatlah sesuai dengan target, kebutuhan kita berapa eeh

sudah tu kita ajukan ke Dinas Kesehatan Kota di Acc (Terima). Setelah di Acc baru kita ke gedung farmasi untuk mengambil obatnya” (C01, 41 thn)

“Obat itu kalo ada pasien di bond ke Dinas, ke Gudang Farmasi. Apabila ketemu pasien positif nanti dijemput obatnya di bond ke Dinas Kesehatan melalui Gedung Farmasi. Kadang Poli DOTS-nya juga ada stocknya. Ada stocknya di gudang disini kan” (C02, 52 thn).

Pernyataan tersebut diperjelas oleh pernyataan Dinas Kesehatan bahwa obat TB disediakan oleh pemerintah pusat, lalu di bagikan ke seluruh provinsi di Indonesia, dari Provinsi dibagikan ke Kabupaten/Kota masing-masing melalui Dinas Kesehatan hingga ke Faskes dan Pasien. Informasi ini diperoleh dari kutipan wawancara:

“Nah, obat program bisa diperoleh secara gratis Karena itu adalah kebijakan pemerintah pusat untuk menyediakan obat pada pasien TB, jadi nanti dari pusat ke provinsi, provinsi ke kabupaten/kota masing-masing. Jadi kami dari dinas kesehatan kota akan minta obatnya ke dinas kesehatan provinsi sesuai dengan jumlah pasien yang biasanya kita temukan.....Jadi sudah punya komitmen masing-masing tugasnya apa di setiap tingkatan” (A01, 50 thn).

Untuk hasil pengobatan TB sendiri meliputi pasien meninggal, pasien sembuh, pasien pengobatan lengkap, pasien putus berobat/default, pasien pindah berobat. Pasien dikatakan meninggal jika dalam masa pengobatan 6 bulan dia meninggal, pasien sembuh jika dalam penegakkan diagnosis mikroskopis dari BTA(+) menjadi BTA(-), pasien pengobatan lengkap jika pemeriksaan mikroskopisnya hanya 1 kali pada bulan kedua pengobatan sedangkan pada bulan kelima dan keenam pasien tidak memeriksakan dahak secara mikroskopis, pasien default/putus berobat jika pasien tidak menyelesaikan 6 bulan pengobatan, sedangkan untuk pasien pindah itu jika dalam masa pengobatan di faskes tempat pasien berobat awal pindah ke faskes pengobatan lain. Informasi diperoleh melalui kutipan wawancara:

“Kalau meninggal udah pasti dengan pengobatan TB dia meninggal, kan karena pengobatan ini lama 6 bulan.....

Kalau sembuh, kalau dia penegakan diagnosis awalnya yang secara mikroskopis berarti melalui BTA, kalau dia BTA (+) akhir pengobatannya menjadi BTA (-) itu dapat dikatakan bahwa dia sembuh. Tapi kalau misal dia pemeriksaan di bulan kedua mikroskopisnya hanya satu kali di bulan kelima dan keenam, dia tidak periksa dahaknya secara mikroskopis, itu hanya bisa dikatakan dia pengobatan lengkap bukan sembuh.....Kalau untuk pasien yang default misalnya pasien yang dalam pengobatan TB dia tidak datang lagi ke Puskesmas untuk mengambil obat. Jadi sudah kita telepon entah dia eee sengaja putus sehingga tidak minum obat, sudah kita cari entah dia pindah kemana, petugas Puskesmas sudah turun (kewajiban petugas) kalau kejadian seperti ini kita katakan default atau putus berobat.....Yang satu lagi pindah, itu pasien kita katakan pindah Kalau misalnya dalam masa pengobatan dia pindah pengobatan ke faskes lain.....” (A01, 50 thn)

Untuk kategori pasien sembuh bisa kembali menjadi kambuh atau positif melalui pemeriksaan secara mikroskopis atau rontgen yang diakibatkan oleh pola hidup pasien yang kurang baik seperti suka begadang, kurang istirahat, pola makan tidak bagus, tidak melakukan protokol kesehatan yang baik terhadap orang yang teridentifikasi pasien positif TB. Pasien TB kategori-1 apabila kembali kambuh maka dilakukan pengobatan kategori-2 namun jika setelah pengobatan kategori-2 masih kembali kambuh maka belum ada obat di dalam program. Sedangkan untuk pasien yang sensitif terhadap rifampisin atau TB-Resistance/TB Multi Drug Resistance (TB-MDR) itu pengobatannya berada di RS.Raden Mattaher. Informasi diperoleh dari kutipan wawancara:

“Kalau dia masih dalam pengobatan mau kita katakan dia kambuh atau tidak itu kalau dia kembali menjadi positif atau secara klinis dokter mengatakan “Wah ini TB lagi” dengan pemeriksaan rontgen masih ada gambaran TB. Jadi untuk kambuh itu kemungkinan besar ada, tergantung dari pola hidup pasien misalnya suka begadang.....istirahat itu memang harus cukup untuk membangun antibodi tubuh kita masing-masing. Nah, kalau memang kurang istirahat, pola makan tidak bagus, di sekitar kita ada orang terinfeksi TB dan bisa menularkan ke kita dan kita tidak melakukan protokol kesehatan dengan baik, itu kan bisa menular lagi

kepada si pasien. Jadi sebenarnya kita semua ini sudah ada kuman TB di dalam tubuh kita masing-masing tinggal dia bangkit menunggu keadaan atau kondisi tubuh kita tidak baik.....Jadi faktor-faktor itulah yang bisa membuat pasien kambuh.....Kalau dia kembali TB tetapi masih sensitif terhadap rifampisin itu tidak ada obatnya di dalam program, akan tetapi ada pengobatannya, sekarang di provinsi Jambi ini adanya di Raden Mattaher, itulah yang kita katakan dengan pasien TB-Resistance, TB Multi Drug Resistance atau TB-MDR” (A01, 50 thn).

“.....Kalo meninggal itu kadang dia baru minum obat beberapa bulan, mungkin ada penyakit penyerta misal ada penyakit gula, hipertensi, penyakit ginjal, atau sudah parah, baru diobati. Kita kan gak tahu ada kombinasi dari penyakit itu sendiri. Terus untuk hasil pengobatan lain, untuk pengobatan lengkap ada 1,2, terus yang putus berobat ada juga “baru minum obat 2 minggu udah dak minum lagi, dilacak kerumahnya dia gak ada, dia pindah atau dia kasih alamat palsu sehingga kita tidak bisa mengunjungi. Kita turun mengunjungi alamatnya salah. Gitu” (C01, 41 thn).

Seorang pasien bisa putus dalam berobat bila hasil pemeriksaan mikroskopis BTA negatif dan dari rontgen sudah terlihat membaik. Sedangkan untuk alasan pasien default/putus berobat dikarenakan pasien tersebut lupa dan malas untuk minum obat, hal ini didapat melalui kutipan wawancara:

“Satu dari hasil dahaknya negatif ya, BTA-nya negatif. Kedua, dari Rontgen sudah mulai nampak membaik, terus kita lihat kondisi pasien.....” (C03, 44 thn)

“Dio lupo, kato dio tu Lupo. Iyo kadang sehari tu 3 kali harusno dio makan sekali cuman dimakannyo. Kan Ibu kesitu Ibu bikin jadwal, misal 5 hari ni terus Ibu tengok disitu obatnyo dibungkus tu 5 kadang cuman habis. Seharusnyo kan kalo 5 hari tu habisnyo harus 15 bungkus obat. Dio tu tadi karena tuo tu lupo nak minum obat” (D01, 42 thn).

“Kebanyakan yang saya tanya tu kelupaan, “Perasaan sudah dimakan” kato orang tu padahal obat tu misal obat untuk 5 harikan harusno habis 15 kan soalnya 3 kali sehari. Tapi pas Ibu tengok cuman 7 lah kadang 8 padahal dio harus rutin, telat bae sekali dak minum obat tu ngulang dari awal” (D02, 48 thn).

“Kadang karano malas. Pertama kali tu malas, yang jelasnyo malas, malas berobat dan makan obat. Karena obatnyo tu besak-besak ha jangan sampai putus, sekali putus ngulang lagi dari awal.....” (D03, 42 thn).

Di Puskesmas Kenali Besar memiliki satu ruangan khusus untuk program DOTS dan juga Form register TB-06 di pemegang program dan TB-04 pada petugas Laboratorium, hal ini didapat melalui kutipan wawancara:

“Ada, ya inilah ruangnya” (C01, 41 thn).

“Kalo untuk program TB, ruangnya ya itulah Poli DOTS, terus untuk Ibu yang mewarnai ada Poli khusus pewarnaan disamping, terus untuk tempat pengumpulan dahak ruangan yang disebelah Poli DOTS” (C02, 52 thn).

“.....formnya itu di Poli DOTS ada register TB-06, dengan Ibu ada register TB-04.....” (C02, 52 thn).

“Ada, Puskesmas ada” (D01, 42 thn).

“Iyo, sebenarnya kan ruangnya tersendiri itu tu” (D02, 48 thn).

“Ado tu di Pojok sebelah kiri Puskesmas Poli DOTS” (D03, 42 thn).

Pernyataan ini juga diperjelas oleh Dinas Kesehatan bahwa total Form TB ada 16 dengan fungsi yang berbeda antara satu dengan yang lain dimana Form TB-01 merupakan kartu pengobatan pasien, TB-02 merupakan kartu jadwal mengambil obat pasien, TB-03 buku laporan pasien, TB-04 merupakan buku register Labor, TB-05 rujukan mengantar sampel ke laboratorium, TB-06 daftar suspek, TB-07,08,11 Format pelaporan Dinkes Kota ke Dinkes Provinsi, TB-09 format pindah pasien, TB-10 Format pasien setelah pindah, TB-12 kroscek, TB-13 pelaporan obat, TB-14 sumber daya program TB di Puskesmas atau faskes, TB-15 untuk kontak pasien anak, TB-16 Kontak investigasi, form ini baku dipakai di seluruh dunia, hal ini diperoleh melalui kutipan wawancara:

“Form TB itu ada sampai 16 dan fungsinya beda-beda. Jadi dari TB-01 biasanya untuk kartu pengobatan pasien di puskesmas. TB-02 untuk pasien mengambil obat.....TB-03 itu buku untuk pelaporan pasien yang diobati di PuskesmasTB-04 itu buku register laboratorium ada di labor. TB-05 itu buku rujukan untuk mengirim sampel, suspek ke laboratorium. TB-06 itu daftar suspek. TB-07 itu format pelaporan kita ke dinas provinsi untuk kabupaten/kota. TB 07, 08, 11 itu untuk pelaporan dari dinas kabupaten/kota ke

provinsi. Nah TB-09 itu format pindah pasien. TB-10 itu format pasien setelah pindah.....TB-12 Itu form kroscekTB-13 itu pelaporan obat. TB-14 itu data sumber daya kesehatan untuk program TB di puskesmas ataupun di faskes dan di Dinas Kesehatan. TB-15 itu untuk kontak dengan pasien anak. TB-16 itu kontak investigasi, TB-16 itu ada dua untuk investigasi kontak dan ada untuk rekapannya. Jadi itu semua form TB yang baku dipakai di seluruh dunia” (A01, 50 thn).

Masih rendahnya penemuan kasus serta angka kesembuhan di Puskesmas Kenali Besar disebabkan oleh beberapa faktor yakni kurangnya kesadaran dari masyarakat untuk mau berobat atau memeriksakan dirinya ke Puskesmas ketika ada gejala-gejala yang mengarah ke TB, minimnya informasi pasien yang beranggapan bahwa penyakit TB ini merupakan penyakit gunaguna atau penyakit buatan orang, Kepatuhan minum obat yang masih rendah dikarenakan obat TB harus diminum selama 6 bulan secara rutin apabila terputus harus mengulang dari awal kembali serta obat TB ini juga memiliki efek samping seperti mual, muntah, lemas, tidak bisa berdiri,dll sehingga pasien sukar dalam meminum obat, Malu untuk mengakui bahwa dirinya menderita TB dikarenakan takut nantinya akan dikucilkan oleh masyarakat, dan juga di Jambi untuk sanitasi lingkungan belum sepenuhnya rumah sehat, serta wilayah di puskesmas dan jumlah penduduk cukup besar sehingga tidak akan tercover jika hanya dari petugas kesehatan. Informasi ini diperoleh melalui kutipan wawancara:

“.....kenyataannya saat ini masih banyak karena itu barangkali karena pengetahuan dan kesadaran masyarakat masih kurang untuk tentang pengobatan TB, Bisa jadi karena mereka eee Ada yang malu atau takut, ya malu mengatakan bahwa dirinya TB dan takut meminum obat. Permasalahannya kalo saya lihat obat TB tu kan minimal 6 bulan. Minum obat 6 bulan kemudian obat TB tu efek sampingnya sangat banyak seperti mual, muntah, lemas, dak biso berdiri, dan sebagainya. Itu efek samping dari obat TB, makanya sebenarnya pemerintah sudah mengantisipasi untuk membuat program-program untuk mengantisipasi hal itu, tetapi memang belum sepenuhnya berhasil.....kemudian

yang mempengaruhi penyakit TB ini Lingkungan, lingkungan itu seperti apa, misalnya rumah harus ada ventilasi terus dibuka setiap pagi supaya terjadi sirkulasi udara yang bagus. Akan tetapi kenyataannya memang di Jambi khususnya yang itu eeh sanitasi dan rumah belum semuanya rumah sehat sehingga memang susah memberantasnya “Seperti itu” (B01, 56 thn).

“karenakan kalo dilihat dari tingkat keberhasilan dan tingkat penemuan itu eeh tidak sesuai dengan target dikarenakan penduduk terlalu banyak dan luas wilayah yang besar sedangkan petugasnya hanya saya sendiri sehingga tidak akan tercover kalo cuman 1 petugasnya itulah mengapa pertanyaan kamu sebelumnya itu tentang puskesmas ini untuk kasus TB dari angka penemuan kasusnya selalu meningkat” (C01, 41 thn).

“Itu bisa jadi karena kesadaran masyarakatnya dek, bukan dari kami. Dari penemuan kasusnya yang kurang. Maksudnya tu mungkin mereka yang berobat ke Puskesmas dianjurkan periksa dahak tapi mereka dak datang lagi, sudah dikasih tempat mereka dak datang lagi. Jadi penemuan kasusnya tu bisa, bisa gak ketemu kan sedangkan gejalanya memang TB gitu nah. Kan istilahnya bukan dari karena kita kurang pemeriksaan, bukan dari kesalahan kita. Kasusnya tu meningkat tapi mereka tidak berminat eeh kayak mano gitu yo” (C02, 52 thn).

“Iya, dak mau berobat. Tapi ketika gejalanya sudah parah baru mau kesini atau kadang dianjurkan periksa dahak, biar ketemu kasusnya tu positif atau negatif tapi mereka dak datang lagi gitu. Menurut Ibu bisa jadi kayak itu” (C02, 52 thn)

“Pertama, Kepatuhan pasien yang kurang. Kedua, Informasi pasien yang masih salah karena menurut mereka batuk itu diracun, dibuat orang itu persepsi masyarakat yang masih sulit kita ubah istilah dari mereka tu “Adum”, disantetlah, dibuat orang itu persepsi yang masih salah. Ketiga, Kelalaian istilahnya dari pasien yang kurang peduli, kadang pasien sudah kita kasih obat sudah kita terangkan bahwa obat ini tidak boleh terputus, pasien merasa “Ah, kondisiku sudah membaik aku bisa memutuskan obat” padahal belum 6 bulan, terus “Aku boleh merokok lagi, aku boleh pola hidup yang tidak sehat lagi” disitulah salahnya. Lalu ketika kondisi sudah parah, batuk berdarah, kondisinya memprihantinkan inilah yang menjadi penyebab masih tingginya angka kematian” (C03, 44 thn).

“Kalo menurut Ibu, dio tu meningkat tu “Dio kurang kesadaran dari orang yang sakit gitu nah”. Dio tu tahu dio

sakitnyo kayak gitu, dio dak mau berobat, dak mau perikso gitu nah. Ado ni Ibu temui Bapak-bapak perokok, pas Ibu tanyo “Boleh dak kami kasih botol dahak pak?” terus kato bapaknyo “Maksdunyo apo ni, saya dak sakit”, cuman dio sesak napas dek, padahal niat Ibu ni dek biak tahu Bapak ni positif apo idak TB gitu nah dek kan kalo emang iyo seandainya positif TB biso segera diobati, tapi bapak tu dak mau, 2 minggu sudah itu masuk Rumah Sakit Bapak tu. Jadi kan kesadarannyo kurang Bapak tu, sebenarnya dio tahu dio sakit, dio berobat, pasti dak akan parah kayak gitu” (D01, 42 thn).

“Ini karano pertamo tu keadaan, terus tu penyambung tangan karena kader lain tu cuman sedikit. Terus tu jugo kurangnyo laporan misalnya di Rt ado yang sakit dio dak mau, masyarakatnyo ni dak mau, dio ni malah takut. Takutnyo tadi ngapo? Takutnyo dikucilkan. Mereka yang sakit tu berpikiran kalo orang yang keno TB tu bakal dikucilkan oleh masyarakat. Ha, pola pikir inilah yang harus kito ubah dari masyarakat. Memang pendekatan samo masyarakat tulah kendalanya” (D03, 42 thn)

Pernyataan sebelumnya juga diperjelas oleh Dinas Kesehatan bahwa program TB ini tidak bisa hanya mengharapkan dari tenaga kesehatan saja, namun edukasi kepada masyarakat itu dari segala lini bukan hanya dari kesehatan. Jika ada masyarakat sakit menunjukkan gejala-gejala TB maka seharusnya masyarakat tersebutlah yang mencari fasilitas kesehatan dan bukan sebaliknya. Kasus tersebut terus meningkat karena banyak pasien bergejala tidak mau memeriksakan ke Puskesmas atau fasilitas, apabila memang TB maka orang tersebut akan menularkan ke orang yang berkontak langsung dengan pasien. Hal ini diperoleh melalui kutipan wawancara:

“Jadi kalau kita mengharapkan tenaga kesehatan saja itu akan sulit. Edukasi kepada masyarakat itu sebenarnya dari segala lini, tugas kamu mahasiswa-mahasiswa memberikan pendidikan kesehatan di masyarakat. TB itu apa? Kalau punya gejala TB, kemana? Jadi masyarakat sendiri kalau memang dia sakit dia mencari fasilitas kesehatan, jangan tunggu dijemput ituloh. Jadi sekarang ini pasien-pasien banyak yang bergejala tapi tidak ke fasilitas kesehatan, makanya pasien di tahun ini kita ketemu sekian tahun depan ketemu lagi sekian karena apa? Dia mungkin menularkan

dari pasien-pasien yang tidak berobat, kita hanya ketemu pasien yang diobati di Puskesmas itu hanya pasien yang datang berobat yang kita ketemu dari investigasi kontak.....Nah, itulah yang menyebabkan penemuan kita itu tidak selesai-selesai, ya karena TB ini memang penyakit menular dan orang masih malu kalau dia TB karena TB itu penyakit orang miskin kalau dulu kan gitu, namun sekarang pada kenyataannya kami banyak menemukan pasien-pasien TB ini, Itu tadi orang Bank. Jadi tidak bisa penanggulangan ini hanya dibebankan kepada kesehatan saja. Kalau mengharapkan tenaga Puskesmas tadi kan tim nya cuman 3 orang, nah Dokternya sudah sibuk melayani di puskesmas, perawatnya juga labor nya juga dengan tupoksi mereka yang cukup besar. Nah, untuk turun pun mereka cari waktu senggang, untuk investigasi kontak itu mereka cari waktu senggang. Nah kalau hanya mengharapkan tenaga kesehatan ya seperti inilah” (A01, 50 thn).

Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti menggunakan metode wawancara mendalam dan telaah dokumen yang telah diuraikan diatas, sehingga telah dapat menjawab penelitian yang ditulis oleh penulis dengan judul Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi (DOTS) *Directly Observed Treatment Short-course* dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi. Pada sub bab pembahasan ini peneliti mengaitkan hasil penelitian dengan teori pendukung dan penelitian-penelitian sebelumnya.

4.3 Pembahasan

Hasil penyajian dan analisis data yang dilakukan oleh peneliti berdasarkan tujuan penelitian, kerangka teori dan kerangka konsep sehingga batasan dari penelitian ini hanya mengevaluasi program dari komponen Input yang terdiri dari SDM (Sumber Daya Manusia) serta Sarana dan Prasarana yang ada di Puskesmas Kenali Besar dalam upaya melihat fenomena yang ada, sejauh mana program tersebut berjalan. Penelitian ini berbeda dengan penelitian Inayah dan Wahyono (2019) bahwa program penanggulangan TB dengan strategi DOTS di

Puskesmas Bergas komponen input terdiri atas manusia, metode, dana, dan material ³².

4.3.1 Input

Masih tingginya angka kasus TB di awal tahun 1990-an, tepatnya pada tahun 1995 WHO mengembangkan sebuah strategi pengendalian TB bernama DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*). Sulitnya menurunkan angka kejadian membuat Indonesia menempati urutan ke-2 dengan beban TB terbanyak di dunia, khususnya di Provinsi Jambi pada tahun 2019 angka penemuan kasus TB masih rendah, informasi ini berdasarkan buku pedoman pengendalian TB nasional dan Profil Kesehatan Indonesia ⁴.

Strategi DOTS telah diterapkan di seluruh Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah, serta beberapa Rumah Sakit Swasta (Theresia, Arafah, Kambang, Siloam) yang ada di Kota Jambi sejak tahun 2004, sedangkan untuk di Puskesmas Kenali Besar program ini diterapkan sejak puskesmas berdiri tepatnya pada tahun 2008.

Selama program ini berjalan manfaatnya bahwa pasien TB yang bergejala dapat ditegakkan melalui pemeriksaan mikroskopis, namun untuk sekarang penegakkan diagnosa menggunakan TCM (Tes Cepat Molekuler) yang hanya ada di Rumah Sakit Abdul Manaf dan Mattaher serta Puskesmas Pakuan Baru, Pall X, dan Simpang Kawat. Sedangkan untuk Puskesmas seperti Puskesmas Kenali Besar merujuk sampel/orang ke Puskesmas yang memiliki TCM hal ini berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis bahwa fasilitas layanan kesehatan yang dilengkapi dengan TCM TB menggunakan alat ini untuk mendiagnosis pasien TB ¹⁵.

Fasilitas kesehatan yang menerapkan strategi DOTS ini harus berdasarkan 5 komponen sesuai pedoman baku di Indonesia dan Dunia meliputi komitmen politis pengambil kebijakan, penegakan diagnosa berdasarkan mikroskopis, pencatatan dan pelaporan, ketersediaan obat,

dan monitoring & evaluasi. Di Puskesmas Kenali besar bentuk komitmen politis bahwa pasien menandatangani diatas materai 6000 sebagai bentuk persetujuan untuk bersedia diobati serta mematuhi segala aturan yang ada selama pengobatan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis pasal 13 bahwa Setiap Pasien berkewajiban mematuhi semua tahapan dalam penanganan kasus TB yang dilakukan tenaga kesehatan¹⁵.

1. Sumber Daya Manusia (SDM)

Seluruh Puskesmas yang ada di Kota Jambi tergolong Puskesmas Pelaksana Mandiri karena memiliki tenaga Laboratorium sehingga mampu melakukan pemeriksaan, membuat sediaan hingga pembacaan hasil sesuai dengan Buku Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis bahwa FKTP Pelaksana Mandiri merupakan Fasilitas kesehatan yang mampu membuat sediaan contoh uji, pewarnaan, dan pemeriksaan dahak².

Dalam menjalankan program DOTS di Puskesmas harus ada sebuah tim yang meliputi Dokter, Petugas Labor, dan Petugas Program TB sesuai dengan standar SDM pada Peraturan Menteri Kesehatan RI No.67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis pasal 17 ayat 3 bahwa Puskesmas harus menetapkan dokter, perawat, dan analisis laboratorium terlatih yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program penanggulangan TB¹⁵.

Sedangkan untuk tim DOTS yang ada di Puskesmas Kenali Besar ini terdiri dari dokter, petugas program TB/perawat, dan tenaga laboratorium. Namun ketika turun ke lapangan dalam melacak penemuan kasus penderita TB biasanya melibatkan sektor lain seperti tenaga Kesling, tenaga Promosi Kesehatan, tenaga Poli anak.

Berdasarkan Buku Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis Untuk peran tim DOTS di Puskesmas dimana dokter

sebagai penegak diagnosis serta pengambilan keputusan dalam pengobatan, perawat melakukan pencatatan, melakukan pemeriksaan fisik, serta memberikan pengobatan, dan petugas labor sebagai pemeriksa labor seperti membuat fiksasi, mewarnai, membaca hasil serta memberikan hasilnya ke petugas TB.

Tim DOTS ini berkoordinasi antara satu dengan yang lain serta dengan Kepala Puskesmas sebagai pengambil keputusan dalam setiap kegiatan hal ini sejalan dengan penelitian. Tim DOTS yang ada di Puskesmas Kenali Besar sebelumnya sudah dilatih terlebih dahulu oleh fasilitator Dinas Kesehatan Kota maupun Dinas Kesehatan Provinsi tujuannya agar tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas mengetahui beban kerja serta tugas mereka masing-masing hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.67¹⁵.

Sedangkan untuk jumlah tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Kenali Besar sudah mencukupi yang terdiri dari Dokter, Petugas TB, dan Petugas Laboratorium sesuai dengan standar ketenagaan Permenkes No.67 Tahun 2016 pasal 17 ayat 3.

Kendala yang dihadapi oleh petugas kesehatan yang ada di Puskesmas Kenali Besar bahwa masih kurangnya kesadaran pasien untuk mengantarkan dahak ke Puskesmas tepat waktu (jam 6 dan 8 pagi) sehingga hasil yang diperoleh melalui pemeriksaan mikroskopis kurang memuaskan dan juga menjadi salah satu penyebab mengapa angka penemuan kasus di Puskesmas ini masih rendah.

Puskesmas Kenali Besar sendiri dalam menjalankan program DOTS memiliki SOP (Standar Operasional Pelayanan) yang meliputi SOP Pengobatan TB, Pemeriksaan BTA, SOP Pencarian TB, SOP Penemuan, SOP Penatalaksanaan, SOP Kunjungan Kontak serumah, SOP Penatalaksanaan TB-NGA, dan SOP Pelacakan kasus mangkir.

Sedangkan pelayan/pemeriksaan yang dilakukan oleh petugas kesehatan di Puskesmas Kenali Besar dikategorikan baik.

Dalam mengawasi pasien untuk minum obat tepat waktu diperlukan seorang PMO (Pengawas Menelan Obat), di Puskesmas Kenali Besar PMO sendiri diambil dari keluarga pasien atau kader. Namun, penunjukkan PMO dari kader oleh pihak Puskesmas itu jika pasien TB tidak memiliki PMO dikarenakan pihak keluarga takut akan tertular. PMO sendiri tidak mendapatkan pelatihan khusus, namun dilatih oleh Dokter atau Petugas TB yang ada di Puskesmas, hal ini berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis pasal 17 ayat 5 bahwa tenaga non kesehatan merupakan tenaga yang telah memperoleh pelatihan teknis dan manajemen dan melakukan peran bantu penanganan pasien, pemberian penyuluhan, pengawas menelan obat, dan pengendalian faktor resiko.

Penelitian ini berbeda dengan penelitian Inayah dan Wahyono (2019) bahwa program penanggulangan TB dengan strategi DOTS di Puskesmas Bergas komponen input terdiri atas manusia, metode, dana, dan material³².

Pratama dkk (2019) bahwa Fasilitas pelayanan kesehatan tipe puskesmas pelaksana mandiri (PPM), kebutuhan minimal tenaga pelaksana terlatih terdiri dari satu dokter, satu petugas TB dan satu tenaga laboratorium³³.

Penelitian Ulfa (2021) bahwa sumber daya manusia yang terlibat dalam program DOTS di Puskesmas Karangmalang meliputi Dokter BP, gasurkes, petugas epidemiologi, penanggung jawab program, petugas laboratorium, dan kader TB³⁴.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Faradis (2017), Salah satu faktor keberhasilan kebijakan yaitu tersedianya sumber daya manusia yang cukup, baik dari segi kuantitas maupun kualitas

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Noveyani dan Martini (2014) bahwa Pelaksanaan pengobatan di Puskesmas Tanah Kalikedinding kurang efektif kurangnya kepatuhan dan kesadaran pasien dalam minum OAT secara teratur dikarenakan pasien tidak memiliki seorang PMO sehingga menyebabkan pasien lupa menelan obat ³⁶.

2. Sarana dan Prasarana

Sarana dan Prasarana merupakan Faktor penunjang tenaga kesehatan dalam menjalankan program DOTS di Puskesmas. Menurut Tambunan (2017), dalam program TB Paru sarana adalah segala sesuatu yang digunakan sebagai alat untuk mencapai tujuan tertentu, sedangkan prasarana adalah segala sesuatu yang digunakan sebagai penunjang dalam melaksanakan suatu kegiatan, karena dalam program TB Paru tidak terlepas dari tersedianya sarana dan prasarana untuk mendukung keberhasilan program tersebut ³⁷.

Untuk itu di setiap Puskesmas yang ada di Kota Jambi dalam menjalankan program ini, kondisi sarana dan prasarana yang ada di Puskesmas dalam keadaan baik atau tidak rusak, lengkap, dan berkualitas sehingga dapat membantu tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas dalam menjalankan kegiatan dengan baik dan lancar. Sarana dan prasarana yang diperlukan oleh Puskesmas Kenali Besar sudah tersedia dan lengkap hal ini dikarenakan Puskesmas Kenali Besar merupakan Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM) sehingga dinilai memiliki sarana dan prasarana yang memadai dalam menjalankan program ini hal ini juga berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis pasal 19 ayat 1 ¹⁵.

Sarana dan prasarana yang ada di Puskesmas Kenali Besar meliputi Ruangan Poli DOTS, Ruangan tempat pengumpulan dahak, pot sputum, Laboratorium, mikroskop, gel merchant, reagen, objek gelas, OAT (Obat Anti Tuberkulosis), dan form TB. Untuk kondisi

sarana dan prasarana masih bagus, namun ruangan Poli DOTS terlalu kecil sehingga pencahayaan serta sirkulasi udara kurang bagus.

Keberhasilan program DOTS itu tidak terlepas dari ketersediaan OAT (Obat Anti Tuberkulosis), untuk menjamin ketersediaan diperlukan serangkaian pengelolaan ketersediaan logistik obat dengan tujuan agar OAT (Obat Anti Tuberkulosis) selalu tersedia dengan jumlah yang cukup serta dengan kualitas yang baik. Menurut Erdini dkk (2020), Obat Anti Tuberkulosis (OAT) adalah komponen terpenting dalam pengobatan TB, Pengobatan TB merupakan salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut kuman TB³⁸.

Pengelolaan logistik obat dilakukan di setiap tingkat pelaksana program penanggulangan TB dengan strategi DOTS mulai dari tingkat Pusat, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota hingga faskes baik rumah sakit, puskesmas, atau faskes lainnya². Ketersediaan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) di Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi sudah cukup dan diberikan secara gratis sesuai dengan jumlah pasien yang ada, namun ketersediaan obat kategori-2 di Puskesmas belum tersedia dengan baik hal ini dikarenakan minimnya jumlah pasien TB yang membutuhkan obat kategori-2 sehingga apabila di stock di puskesmas maka obat tersebut akan kadaluwarsa.

Kesembuhan penyakit TB yaitu dimana kondisi individu telah menunjukkan peningkatan kesehatan dan memiliki salah satu indikator kesembuhan penyakit TB, diantaranya yaitu menyelesaikan pengobatan secara lengkap dan pemeriksaan ulang dahak (*follow up*) hasilnya negatif pada akhir pengobatan dan minimal satu pemeriksaan *follow up* sebelumnya negatif³⁹. Hasil pengobatan TB meliputi meninggal, sembuh, pengobatan lengkap, pasien putus berobat, dan pasien pindah berobat hal ini sesuai berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.67 Tahun 2016 tentang

Penanggulangan Tuberkulosis bahwa hasil pengobatan TB meliputi sembuh, pengobatan lengkap, gagal, meninggal, putus berobat (loss to follow-up), dan tidak dievaluasi. Kategori pasien sembuh dapat kembali kambuh disebabkan oleh beberapa faktor seperti begadang, kurang istirahat, pola makan tidak bagus, tidak melakukan protokol kesehatan yang baik terhadap orang yang teridentifikasi positif TB. Sedangkan untuk kategori pasien putus berobat dikarenakan pasien tersebut lupa dan malas untuk minum obat.

Dari temuan yang ada di lapangan terkait program DOTS bahwa terdapat faktor lain yang menyebabkan masih rendahnya angka penemuan kasus serta angka kesembuhan yang ada di Puskesmas Kenali Besar meliputi kurangnya kesadaran masyarakat yang bergejala untuk memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan, informasi pasien yang kurang, kepatuhan minum obat yang masih rendah, malu untuk mengakui dirinya TB karena takut dikucilkan oleh masyarakat, sanitasi lingkungan yang kurang baik, serta jumlah penduduk dan wilayah yang cukup besar sehingga tidak tercover jika hanya mengandalkan petugas kesehatan saja hal ini berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis Pasal 2 ayat 2 bahwa penanggulangan TB melibatkan semua pihak terkait baik pemerintah, swasta, maupun masyarakat.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Kesimpulan dari penelitian yang telah dilakukan tentang evaluasi program pengendalian Tuberkulosis dengan strategi DOTS di Puskesmas Kenali Besar adalah sebagai berikut:

1. Sumber Daya Manusia (SDM)

Tenaga Kesehatan yang ada di Puskesmas Kenali Besar sudah mencukupi yang terdiri dari dokter, perawat/petugas TB, dan tenaga laboratorium. Tenaga kesehatan di Puskesmas Kenali Besar juga sudah terlatih melalui pelatihan oleh fasilitator Dinas Kesehatan Kota maupun Dinas Kesehatan Provinsi. Sedangkan kendala yang dihadapi tenaga kesehatan di Puskesmas bahwa masih kurangnya kesadaran pasien untuk mengantarkan dahak ke Puskesmas tepat sehingga hasil yang diperoleh melalui pemeriksaan mikroskopis kurang memuaskan dan juga menjadi salah satu penyebab mengapa angka penemuan kasus di Puskesmas ini masih rendah. Selain itu, dengan luas wilayah dan jumlah penduduk yang banyak membuat petugas kewalahan dalam penemuan kasus pasien sehingga butuh tambahan tenaga kesehatan di Puskesmas ini.

2. Sarana dan Prasarana

Untuk sarana dan prasarana di Puskesmas Kenali Besar sudah lengkap dengan kondisi masih bagus. Akan tetapi kendala yang ada di Puskesmas bahwa ruangan program DOTS terlalu kecil sehingga pencahayaan dan sirkulasi udara kurang bagus. Untuk ketersediaan OAT di Puskesmas ini pun juga tidak ada kendala.

3. Walaupun dengan jumlah tenaga kesehatan yang cukup dan juga terlatih serta sarana dan prasarana yang memadai, Puskesmas Kenali Besar masih tergolong puskesmas dengan kategori penemuan kasus serta angka kesembuhan yang masih rendah hal ini disebabkan

beberapa faktor meliputi kurangnya kesadaran masyarakat yang bergejala untuk memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan, informasi pasien yang kurang, kepatuhan minum obat yang masih rendah, malu untuk mengakui dirinya TB karena takut dikucilkan oleh masyarakat, sanitasi lingkungan yang kurang baik, serta jumlah penduduk dan wilayah yang cukup besar sehingga tidak tercover jika hanya mengandalkan petugas kesehatan saja.

5.2 Saran

Adapun saran yang dapat diberikan dari penelitian yang telah dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Bagi Masyarakat

Kesadaran untuk dapat memeriksakan kondisi kesehatan jika ada gejala-gejala TB serta dapat berperan aktif dalam penanggulangan TB Paru sehingga kasus TB bisa berkurang.

2. Bagi Puskesmas Kenali Besar

Menambah jumlah tenaga kesehatan yang turun langsung ke lapangan sehingga angka penemuan kasus atau suspek pasien yang terduga TB bisa ditemukan dan dapat segera diobati.

3. Dinas Kesehatan Kota Jambi

Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap Puskesmas dari segi angka penemuan kasus serta angka kesembuhan yang masih rendah sehingga penyebaran kasus pasien TB positif terhadap masyarakat yang tidak bergejala bisa ditemukan secepat mungkin dalam upaya mengantisipasi peningkatan kasus.

4. Bagi Institusi Kampus Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

Dapat dijadikan referensi untuk mahasiswa-mahasiswi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan yang tertarik dengan penanggulangan TB

5. Bagi Peneliti lain

Sebagai bahan referensi serta bagi peneliti sejenis diharapkan untuk dapat mengevaluasi program DOTS dari komponen Proses dan Output

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Global Tuberculosis Report 2020. World Health Organization. 2020
2. Kemenkes RI. Buku Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis. In: buku Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis terbitan 2014. Jakarta; 2014. p. 01–210.
3. Suarayasa K, Pakaya D, Felandina Y. Analisa Situasi Penanggulangan Tuberkulosis Paru di Kabupaten Sigi. *Jurnal Kesehatan Tadulako*. 2019;5(1):6–12.
4. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. In:Kementerian Kesehatan Republik. 2019.
5. Faizah, I.L., Raharjo BB. Penanggulangan Tuberkulosis Paru dengan Strategi DOTS (Directly Observed Treatment Short course). *Higeia Journal of Public Health Research and Development*. 2019;3(3):430–41.
6. Dinas Kesehatan Provinsi Jambi. Profil Indonesia Kesehatan 2018. 2018.
7. Dinas Kesehatan Provinsi Jambi. Profil Indonesia Kesehatan 2016.
8. Dinas Kesehatan Provinsi Jambi. Profil Indonesia Kesehatan 2017. 2017.
9. Aryani E, Maryati H. Analisis Pelaksanaan Penanggulangan Tb Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Cipaku Tahun 2017 *Healthy Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2018;6(1).
10. Kemenkes RI. Kebijakan Program Penanggulangan Tuberkulosis Indonesia. In: Modul Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit. 2017. p. 1–23.
11. Pusat Kedokteran dan Kesehatan Polri. Panduan Pengendalian Tuberkulosis (TB) dengan Strategy Directly Observed Treatment Shortcourse (DOTS) di Fasilitas Kesehatan POLRI. 2015. 36 p.36.
12. Kemenkes RI. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Tuberkulosis di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Jakarta; 2012. p.62.
13. Rahayu S. Analisis Sistem DOTS (Directly Observed Short Course) Sebagai Upaya Pengendalian Penyakit Tuberkulosis Parakan Kabupaten Temanggung Tahun 2015. UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG; 2015.
14. Kementerian Kesehatan RI. Modul Pelatihan Pemeriksaan Dahak Mikroskopis TB. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2012.
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016.
16. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Strategi Nasional Pengendalian Tb Di Indonesia 2010-2014. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2011.
17. Adisasmito W. Sistem Kesehatan. PT RAJAGRAFINDO PERSADA; 2007. 372 p.

18. Azwar A. P Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga. Ketiga. Tangerang: BINARUPA AKSARA; 2010.
19. Sulaeman. Manajemen Kesehatan: Teori dan Praktik di Puskesmas. Surakarta: Universitas Sebelas Maret Press; 2010.
20. Chotimah I, Oktaviani S, Madjid A. Evaluasi Program Tb Paru di Puskesmas Belong Kota Bogor Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2018;1(2):87–95.
21. Wijono D. Manajemen mutu pelayanan kesehatan: teori, strategi, dan aplikasi. Airlangga University Press; 2000.
22. Carsel HR S. Metodologi Penelitian Kesehatan Dan Pendidikan. Yogyakarta: Penebar Media Pustaka; 2018. 229 p.
23. Gahayu SA. Metodologi Penelitian Kesehatan Masyarakat. Yogyakarta: DEEPUBLISH; 2015. 160 p.
24. Wirawan. Evaluasi (Teori, Model, Standar, Aplikasi, dan Profesi). Jakarta: 2012.
25. Sumantri A. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Kencana Prenada Media Group; 2015. 262 p.
26. Yin K. Studi Kasus Desain dan Metode. Jakarta: RT Rajagrafindo Persada; 2015.
27. Satori D, Komariah A. Metodologi Penelitian Kualitatif. Cetakan 7. Bandung: ALFABETA; 2017.
28. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&B. Bandung: ALFABETA; 2012.
29. Sugiyono. Metode Penelitian Evaluasi. Bandung: Penerbit ALFABETA; 2018.;
30. Bungin B. Analisis Data Penelitian Kualitatif. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada; 2010.
31. Profil Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi. 2020;
32. Inayah S, Wahyono B. Penanggulangan Tuberkulosis Paru dengan Strategi DOTS. *Higeia J Public Heal Res Dev*. 2019;3(2):223–33.
33. Pratama MY, Gurning FP, Suharto. Implementasi Penanggulangan Tuberkulosis di Puskesmas Glugur Darat Kota Medan. *J Kesmas Asclepius*. 2019;1(2):196–205.
34. Ulfa SL, Mardiana. Implementasi Penemuan Kasus TB Paru dalam Penanggulangan Tuberkulosis di Puskesmas Karangmalang Kota Semarang. *Indones J Public Heal Nutr*. 2021;1(1):31–41.
35. Faradis N., Indarjo. Implementasi Kebijakan Permenkes Nomor 67 Tahun 2016 Tentan Penanggulangan Tuberkulosis. *Higeia J Public Heal Res Dev*. 2017;1(3):84–94.
36. Noveyani AE, Martini S. Evaluasi Program Penendalian Tuberkulosis Paru

- dengan Strategi DOTS di Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya. *J Berk Epidemiol.* 2014;2(2):251–62.
37. Tambunan EM. Analisis Penatalaksanaan Program Penanggulangan TB Paru dengan Strategi DOTS di Puskesmas Belawan Kecamatan Medan Belawan. *J Univ Sumatera Utara.* 2017;
 38. Erdini D, Dwimawati E, Chotimah I. Evaluasi Program TB Paru di Puskesmas Ciampea Kabupaten Bogor Tahun2019. *Promot J Mhs Kesehat Masy.* 2020;3(5):452–61.
 39. RI KK. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Tuberkulosis. Direktorat Jenderal Pengendalian dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.

LAMPIRAN



Gambar 1 Wawancara dengan petugas program DOTS Puskesmas



Gambar 2 Dokumentasi sesudah selesai wawancara dengan pasien TB



Gambar 3 Wawancara dengan petugas Laboratorium Puskesmas Kenali Besar



Gambar 4 Wawancara dengan Dokter Puskesmas Kenali Besar



Gambar 5 Wawancara dengan Kepala Puskesmas Kenali Besar



Gambar 6 Wawancara dengan PMO yang diambil dari seorang kader



Gambar 7 Wawancara dengan PMO kedua yang diambil dari kader



Gambar 8 Wawancara dengan PMO ketiga yang diambil dari kader



Gambar 9 Wawancara dengan Pengelola Program TBC, HIV/AIDS dan ISPA Dinas Kesehatan Kota



PEMERINTAH KOTA JAMBI
DINAS KESEHATAN

Jl. Agus Salim Telp. (0741) 443712 Kotabaru Jambi 36137

Jambi, 1 Februari 2021

Nomor : 441.1/ 093/Dinkes/2021

Lampiran : -

Perihal : **IZIN PENELITIAN**

Kepada Yth.

Sdr. Kepala Puskesmas Kenali Besar

Kota Jambi.

di

J a m b i

Menindaklanjuti surat izin penelitian dari Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi nomor 179/UN21.8/PP/2021 tanggal 28 Januari 2021 tentang Rekomendasi Mengadakan Riset/penelitian, Maka kami memberi izin untuk penelitian dan pengambilan data di Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi kepada:

Nama : Hariswan

NIM : NIA 117029

Prodi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Judul : **“Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategis Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi”**

Penelitian dilakukan terhadap pasien yang datang ke puskesmas dengan metode pengisian kuisioner, disiapkan oleh peneliti dan berkoordinasi ke petugas puskesmas terlebih dahulu. Dalam melakukan penelitian telah mengikuti protokol kesehatan covid-19, setelah selesai penelitian diminta untuk menyampaikan hasil penelitian tersebut kepada kami.

Demikian surat izin ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

An. Kepala Dinas Kesehatan Kota Jambi

Sekretaris

Idet Harianto, SKM.M.Kes
NIP. 19740810 199903 1 005

Lampiran 1 : penjelasan penelitian

**LAMPIRAN PENJELASAN SEBELUM
PELAKSANAAN WAWANCARA**

Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi

Bapak/Ibu/Saudara,.....

Dengan hormat,

Izinkan saya memperkenalkan diri, nama saya HARISWAN, Mahasiswa Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi. Saat ini, saya sedang melakukan sebuah penelitian tentang Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi.

Saya memohon dan meminta kerja sama dari bapak/ibu/saudara untuk dapat mengikuti kegiatan ini sebagai informan dalam penelitian saya. Saya menjamin kerahasiaan identitas, informasi atau keterangan yang disampaikan sesuai etika yang berlaku.

Informasi yang didapatkan dari setiap informan hanya digunakan hanya untuk kepentingan penelitian dan pembelajaran kepada mahasiswa ilmu kesehatan masyarakat dan pengembangan ilmu pengetahuan. Apabila Bapak/Ibu/Saudara bersedia ikut serta dalam wawancara ini mohon untuk menandatangani lembar persetujuan yang sudah disediakan. Atas Perhatian Bapak/Ibu/Saudara Saya ucapkan Terimakasih.

Jambi, Januari 2021

(.....)

Lampiran 2 : Informed Consent

**INFORMED CONSENT
(LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Jabatan :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Nomor Telepon :

Saya turut bersedia berpartisipasi sebagai informan dalam penelitian yang akan dilakukan oleh Hariswan, NIM N1A117029 mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Jambi dengan judul “Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi”. Saya telah memahami maksud dan tujuan dari penelitian ini, dan tidak akan berakibat negatif terhadap saya, sehingga jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya dan tanpa paksaan.

Surat persetujuan ini saya buat dalam keadaan sehat jasmani maupun rohani tanpa tekanan dan paksaan sedikitpun dari pihak manapun, untuk digunakan sebagaimana mestinya

Jambi, Januari 2021

Informan penelitian

(.....)

Lampiran 3 : Pedoman Wawancara

PERTANYAAN WAWANCARA MENDALAM

Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi

I. Identitas wawancara

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan Terakhir :
5. Tanggal Wawancara :
6. Alamat Rumah/ No. Hp :
7. Informan :

II. Petunjuk Umum

1. Pewawancara memperkenalkan diri
2. Mendeskripsikan secara singkat maksud serta tujuan wawancara kepada informan
3. Meminta izin kepada informan tentang penggunaan alat komunikasi selama wawancara seperti, alat perekam, buku catatan, kamera, dll
4. Wawancara dilakukan langsung oleh peneliti
5. Wawancara dilakukan dengan menggunakan daftar pertanyaan sesuai pedoman wawancara mendalam
6. Pewawancara mencatat suasana wawancara seperti, gambaran umum, tingkah laku, dan ekspresi informan secara tepat dan cepat
7. Informan bebas menyampaikan pendapat
8. Jawaban atau tanggapan informan tidak ada yang salah atau yang benar
9. Semua jawaban akan dijamin kerahasiaanya
10. Semua pertanyaan yang ada di dalam pedoman ini harus diperoleh jawabannya dari informan. Dari jawaban akan digali dan dikembangkan lagi pertanyaan sesuai dengan keperluan penelitian ini

Lampiran 4 : Pedoman Wawancara Kepala Bidang/Seksi P2P Dinas Kesehatan Kota Jambi

PERTANYAAN WAWANCARA MENDALAM

Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi

I. Identitas Wawancara

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan Terakhir :
5. Tanggal Wawancara :
6. Alamat Rumah/No. Hp :
7. Informan :

II. Daftar Pertanyaan

1. Sumber Daya Manusia (SDM)
 - a. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Jambi di Puskesmas Kenali Besar bahwa jumlah seluruh kasus TB terjadi peningkatan sebesar 46 kasus (tahun 2016), 71 kasus (2017), 59 kasus (2018), 60 kasus (tahun 2019), dengan angka penemuan kasus baru (CDR) sebesar 53,33% (tahun 2019) dan angka kesembuhan sebesar 68,85% (tahun 2019) yang belum mencapai target nasional masing-masing sebesar 70% (CDR) dan 85% (Angka Kesembuhan). Apa tanggapan Bapak/Ibu terhadap kejadian tersebut?
 - b. Apa saja yang Bapak/Ibu ketahui tentang program penanggulangan TB Paru?
 - 1) Apakah Puskesmas menerapkan strategi DOTS untuk menanggulangi TB Paru?

- 2) Sudah berapa lama strategi DOTS dalam menanggulangi TB Paru dilaksanakan di Puskesmas? Bagaimana manfaatnya?
 - 3) Apakah 5 komponen strategi DOTS sudah diterapkan di Puskesmas?
 - 4) Apakah program yang dilaksanakan sudah sesuai berdasarkan 5 komponen strategi DOTS?
- c. Apakah Puskesmas mempunyai tim DOTS? Berapa jumlah dan siapa-siapa saja yang terlibat dalam tim tersebut?
- d. Pihak-pihak apa saja yang terkait dalam program penanggulangan TB ini? Dan bagaimana alur koordinasinya?
- e. Menurut Bapak/Ibu bagaimana proses persiapan penatalaksanaan program penanggulangan TB Paru di Puskesmas?
- 1) Adakah pelatihan khusus penanggulangan TB pada untuk seorang kader di Puskesmas?
 - 2) Dalam sisi kuantitas, apakah jumlah tenaga kesehatan sudah mencukupi? Jika seandainya belum, kenapa?
 - 3) Menurut Bapak/Ibu seberapa penting pelatihan dalam program penanggulangan TB ini?
 - 4) Apakah ada peraturan *reward dan punishment* yang diterapkan di Puskesmas kepada petugas program pengendalian Tuberkulosis?
2. Sarana dan Prasarana
- a. Bagaimana dengan sarana dan prasarana yang diperlukan untuk penanggulangan program penanggulangan TB Paru?
- 1) Bagaimana dengan kelengkapan sarana dan prasarana di Puskesmas ?
 - 2) Bagaimana dengan kondisi sarana dan prasarana yang ada di Puskesmas?
 - 3) Apakah ada kendala terkait sarana dan prasarana yang dihadapi di Puskesmas ini?

- b. Bagaimana dengan ketersediaan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) di Puskesmas? Apakah OAT diperoleh secara gratis di Puskesmas ini? Apakah pernah terjadi keterlambatan dalam pendistribusianya? Apakah pernah terjadi kekurangan OAT?
- c. Apakah tersedianya ruangan khusus untuk program Pengendalian Tuberkulosis di Puskesmas?

Lampiran 5 : Pedoman Wawancara Kepala Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi

PERTANYAAN WAWANCARA MENDALAM

Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi

I. Identitas Informan

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan Terakhir :
5. Tanggal Wawancara :
6. Alamat Rumah/ No. Hp :
7. Informan :

II. Daftar Pertanyaan

1. Sumber Daya Manusia (SDM)
 - a. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Jambi di Puskesmas Kenali Besar bahwa jumlah seluruh kasus TB terjadi peningkatan sebesar 46 kasus (tahun 2016), 71 kasus (2017), 59 kasus (2018), 60 kasus (tahun 2019), dengan angka penemuan kasus baru (CDR) sebesar 53,33% (tahun 2019) dan angka kesembuhan sebesar 68,85% (tahun 2019) yang belum mencapai target nasional masing-masing sebesar 70% (CDR) dan 85% (Angka Kesembuhan). Apa tanggapan Bapak/Ibu terhadap kejadian tersebut?
 - b. Apa saja yang Bapak/Ibu ketahui tentang program penanggulangan TB Paru?
 - a) Apakah Puskesmas menerapkan strategi DOTS untuk menanggulangi TB Paru?

- b) Sudah berapa lama strategi DOTS dalam menanggulangi TB Paru dilaksanakan di Puskesmas? Bagaimana manfaatnya?
- c) Apakah 5 komponen strategi DOTS sudah diterapkan di Puskesmas?
- d) Apakah program yang dilaksanakan sudah sesuai berdasarkan 5 komponen strategi DOTS?
- e) Apa bentuk komitmen politis yang sudah dilaksanakan di Puskesmas Kenali Besar?
- f) Bagaimana komitmen politis dalam pelaksanaan program penanggulangan TB Paru di Puskesmas?
- c. Apakah Puskesmas mempunyai tim DOTS? Berapa jumlah dan siapa-siapa saja yang terlibat dalam tim tersebut? Bagaimana koordinasi tim tersebut dengan Bapak/Ibu? Apakah tim tersebut sesuai dengan apa yang diperlukan untuk program ini? Apakah tim tersebut sudah terlatih dalam program ini? Apakah tenaga kesehatan memiliki kendala selama menjalankan program ini?
- d. Pihak-pihak apa saja yang terkait dalam program penanggulangan TB ini? Dan bagaimana alur koordinasinya?
- e. Menurut Bapak/Ibu, hal-hal apa saja yang perlu ditingkatkan untuk menanggulangi terjadinya peningkatan kasus Tuberkulosis di Puskesmas ini?
- f. Bagaimana komunikasi yang dilakukan oleh Bapak/Ibu kepada pelaksana tugas program TB dalam proses penanggulangan TB Paru?
- g. Menurut Bapak/Ibu bagaimana proses persiapan penatalaksanaan program penanggulanagan TB Paru di Puskesmas?
 - 1) Adakah pelatihan kusus penanggulanagan TB pada tenaga kesehatan di Puskesmas?
 - 2) Dalam sisi kuantitas, apakah jumlah tenaga kesehatan sudah mencukupi? Jika seandainya belum, kenapa?

- 3) Menurut Bapak/Ibu seberapa penting pelatihan dalam program penanggulangan TB ini?
- 4) Apakah ada SOP (Standar Operasional Pekerja) yang diterapkan Puskesmas dalam menanggulangi TB Paru?
- 5) Apakah ada peraturan *reward dan punishment* yang diterapkan di Puskesmas kepada petugas program pengendalian Tuberkulosis?

2. Sarana dan Prasarana

- a. Bagaimana dengan sarana dan prasarana yang diperlukan untuk penanggulangan program penanggulangan TB Paru?
 - 1) Bagaimana dengan kelengkapan sarana dan prasarana di Puskesmas ?
 - 2) Bagaimana dengan kondisi sarana dan prasarana yang ada di Puskesmas?
 - 3) Apakah ada kendala terkait sarana dan prasarana yang dihadapi di Puskesmas ini?
- b. Bagaimana dengan ketersediaan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) di Puskesmas? Apakah OAT diperoleh secara gratis di Puskesmas ini? Bagaimana manajemen pengelolaan OAT di Puskesmas ini? Dari mana memperoleh OAT di Puskesmas ini? Apakah pernah terjadi keterlambatan dalam pendistribusian? Apakah pernah terjadi kekurangan OAT? Bagaimana pihak Puskesmas mengatasinya?
- c. Apakah tersedianya ruangan khusus untuk program Pengendalian Tuberkulosis di Puskesmas?

***Lampiran 6 : Pedoman Wawancara Penanggung Jawab Program
Penanggulangan TB di Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi***

PERTANYAAN WAWANCARA MENDALAM

Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi

I. Identitas Informan

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan Terakhir :
5. Tanggal Wawancara :
6. Alamat rumah/ No. Hp :
7. Informan :

II. Daftar Pertanyaan

1. Sumber Daya Manusia (SDM)
 - a. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Jambi di Puskesmas Kenali Besar bahwa jumlah seluruh kasus TB terjadi peningkatan sebesar 46 kasus (tahun 2016), 71 kasus (2017), 59 kasus (2018), 60 kasus (tahun 2019), dengan angka penemuan kasus baru (CDR) sebesar 53,33% (tahun 2019) dan angka kesembuhan sebesar 68,85% (tahun 2019) yang belum mencapai target nasional masing-masing sebesar 70% (CDR) dan 85% (Angka Kesembuhan). Apa tanggapan Bapak/Ibu terhadap kejadian tersebut?
 - b. Apa saja yang Bapak/Ibu ketahui tentang program penanggulangan TB Paru?

- 1) Apakah Puskesmas menerapkan strategi DOTS untuk menanggulangi TB Paru?
 - 2) Sudah berapa lama strategi DOTS dalam menanggulangi TB Paru dilaksanakan di Puskesmas? Bagaimana manfaatnya?
 - 3) Apakah 5 komponen strategi DOTS sudah diterapkan di Puskesmas?
 - 4) Apakah program yang dilaksanakan sudah sesuai berdasarkan 5 komponen strategi DOTS?
 - 5) Apa bentuk komitmen politis yang sudah dilaksanakan di Puskesmas Kenali Besar?
 - 6) Bagaimana komitmen politis dalam pelaksanaan program penanggulangan TB Paru di Puskesmas?
- c. Apakah Puskesmas mempunyai tim DOTS? Berapa jumlah dan siapa-siapa saja yang terlibat dalam tim tersebut? Bagaimana koordinasi tim tersebut dengan Bapak/Ibu? Apakah tim tersebut sesuai dengan apa yang diperlukan untuk program ini? Apakah tim tersebut sudah terlatih dalam program ini? Apakah tenaga kesehatan memiliki kendala selama menjalankan program ini?
- d. Pihak-pihak apa saja yang terkait dalam program penanggulangan TB ini? Dan bagaimana alur koordinasinya?
- e. Bagaimana komunikasi yang dilakukan oleh Bapak/Ibu kepada pelaksana tugas program TB dalam proses penanggulangan TB Paru?
- f. Menurut Bapak/Ibu bagaimana proses persiapan penatalaksanaan program penanggulangan TB Paru di Puskesmas?
- 1) Adakah pelatihan khusus penanggulangan TB pada tenaga kesehatan di Puskesmas?
 - 2) Dalam sisi kuantitas, apakah jumlah tenaga kesehatan sudah mencukupi? Jika seandainya belum, kenapa?
 - 3) Menurut Bapak/Ibu seberapa penting pelatihan dalam program penanggulangan TB ini?

- 4) Apakah ada SOP (Standar Operasional Pekerja) yang diterapkan Puskesmas dalam menanggulangi TB Paru?
- 5) Apakah ada peraturan *reward dan punishment* yang diterapkan di Puskesmas kepada petugas program pengendalian Tuberkulosis?
- 6) Bagaimana alur pemeriksaan penderita TB Paru di Puskesmas?
- 7) Apa saja cara yang bisa dilakukan dalam penegakan diagnosa seorang Suspek TB di Puskesmas ini? Bagaimana ciri-ciri seseorang dinyatakan seseorang dinyatakan sebagai penderita TB Paru?
- 8) Apakah ada dijelaskan kepada pasien dan PMO penyakit Tuberkulosis ini seperti ciri-ciri, penularan, pengobatan, dan lain-lain?
- 9) Bagaimana dengan pemeriksaan dahak pasien TB Paru? Berapa kali dilakukan? Apakah dengan Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS)
- 10) Apakah seseorang yang berobat di Puskesmas ini memiliki seorang PMO?

2. Sarana dan Prasarana

- a. Bagaimana dengan sarana dan prasarana yang diperlukan untuk penanggulangan program penanggulangan TB Paru?
 - 1) Bagaimana dengan kelengkapan sarana dan prasarana di Puskesmas ?
 - 2) Bagaimana dengan kondisi sarana dan prasarana yang ada di Puskesmas?
 - 3) Apakah ada kendala terkait sarana dan prasarana yang dihadapi di Puskesmas ini?
- b. Bagaimana dengan ketersediaan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) di Puskesmas? Apakah OAT diperoleh secara gratis di Puskesmas ini? Bagaimana manajemen pengelolaan OAT di Puskesmas ini? Dari mana memperoleh OAT di Puskesmas ini? Apakah pernah terjadi

- keterlambatan dalam pendistribusianya? Apakah pernah terjadi kekurangan OAT? Bagaimana pihak Puskesmas mengatasinya?
- c. Apakah tersedianya ruangan khusus untuk program Pengendalian Tuberkulosis di Puskesmas?

***Lampiran 7 : Pedoman Wawancara Pengawas Minum Obat (PMO) Puskesmas
Kenali Besar Kota Jambi***

PERTANYAAN WAWANCARA MENDALAM

Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi

I. Identitas Informan

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan Terakhir :
5. Tanggal Wawancara :
6. Alamat rumah/ No.Hp :
7. Informan :

II. Daftar Pertanyaan

1. Sumber Daya Manusia (SDM)
 - a. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Jambi di Puskesmas Kenali Besar bahwa jumlah seluruh kasus TB terjadi peningkatan sebesar 46 kasus (tahun 2016), 71 kasus (2017), 59 kasus (2018), 60 kasus (tahun 2019), dengan angka penemuan kasus baru (CDR) sebesar 53,33% (tahun 2019) dan angka kesembuhan sebesar 68,85% (tahun 2019) yang belum mencapai target nasional masing-masing sebesar 70% (CDR) dan 85% (Angka Kesembuhan). Apa tanggapan Bapak/Ibu terhadap kejadian tersebut?
 - b. Apa saja yang Bapak/Ibu ketahui tentang program penanggulangan TB Paru?
 - 1) Apakah Puskesmas menerapkan strategi DOTS untuk menanggulangi TB Paru?

- 2) Sudah berapa lama strategi DOTS dalam menanggulangi TB Paru dilaksanakan di Puskesmas? Bagaimana manfaatnya?
 - 3) Apakah 5 komponen strategi DOTS sudah diterapkan di Puskesmas?
 - 4) Apakah program yang dilaksanakan sudah sesuai berdasarkan 5 komponen strategi DOTS?
- c. Apakah Puskesmas mempunyai tim DOTS? Berapa jumlah dan siapa-siapa saja yang terlibat dalam tim tersebut?
- d. Faktor apa saja yang menyebabkan angka Penemuan Kasus Baru (CDR) dan Angka Kesembuhan tidak mencapai target nasional?
- e. Pihak-pihak apa saja yang terkait dalam program penanggulangan TB ini? Dan bagaimana alur koordinasinya?
- f. Menurut Bapak/Ibu, hal-hal apa saja yang perlu ditingkatkan untuk menanggulangi terjadinya peningkatan kasus Tuberkulosis di Puskesmas ini?
- g. Menurut Bapak/Ibu bagaimana proses persiapan penatalaksanaan program penanggulanagan TB Paru di Puskesmas?
- 1) Adakah pelatihan kusus penanggulanagan TB untuk seorang PMO di Puskesmas?
 - 2) Dalam sisi kuantitas, apakah jumlah tenaga kesehatan sudah mencukupi? Jika seandainya belum, kenapa?
 - 3) Menurut Bapak/Ibu seberapa penting pelatihan dalam program penanggulangan TB ini?
 - 4) Apakah ada peraturan *reward dan punishment* yang diterapkan di Puskemas kepada petugas program pengendalian Tuberkulosis?
 - 5) Apa tugas Bapak/Ibu sebagai PMO?
 - 6) Menurut pendapat Bapak/Ibu bagaimana dengan pelayanan/pemeriksaan yang diberikan oleh petugas kesehatan kepada pasien?

- 7) Bagaimana tindakan Bapak/Ibu dalam memberikan pengawasan kepada pasien untuk minum obat tepat waktu?
- 8) Apa saja kendala yang terjadi sebagai PMO?

2. Sarana dan Prasarana

- a. Bagaimana dengan sarana dan prasarana yang diperlukan untuk penanggulangan program penanggulangan TB Paru?
 - 1) Bagaimana dengan kelengkapan sarana dan prasarana di Puskesmas ?
 - 2) Bagaimana dengan kondisi sarana dan prasarana yang ada di Puskesmas?
 - 3) Apakah ada kendala terkait sarana dan prasarana yang dihadapi di Puskesmas ini?
- b. Bagaimana dengan ketersediaan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) di Puskesmas? Apakah OAT diperoleh secara gratis di Puskesmas ini? Apakah pernah terjadi keterlambatan dalam pendistribusianya?
- c. Apakah tersedianya ruangan khusus untuk program Pengendalian Tuberkulosis di Puskesmas?

***Lampiran 8 : Pedoman Wawancara untuk Penderita TB Paru Masyarakat
Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi***

PERTANYAAN WAWANCARA MENDALAM

Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi

I. Identitas Informan

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan Terakhir :
5. Tanggal Wawancara :
6. Alamat rumah/ No.Hp :
7. Informan :

II. Daftar Pertanyaan

1. Sumber Daya Manusia (SDM)
 - a. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Jambi di Puskesmas Kenali Besar bahwa jumlah seluruh kasus TB terjadi peningkatan sebesar 46 kasus (tahun 2016), 71 kasus (2017), 59 kasus (2018), 60 kasus (tahun 2019), dengan angka penemuan kasus baru (CDR) sebesar 53,33% (tahun 2019) dan angka kesembuhan sebesar 68,85% (tahun 2019) yang belum mencapai target nasional masing-masing sebesar 70% (CDR) dan 85% (Angka Kesembuhan). Apa tanggapan Bapak/Ibu terhadap kejadian tersebut?
 - b. Apakah Bapak/Ibu tahu apa itu TB Paru sebelumnya? Apa penyebabnya? Bagaimana tanda-tanda orang yang menderita penyakit TB? Bagaimana cara penularannya? Dan kemudian adakah

- dijelaskan mengenai hal-hal tersebut oleh petugas yang ada di Puskesmas?
- c. Selama pengobatan, pemeriksaan dahak apa yang dilakukan? Berapa kali? Apakah dengan waktu Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS)? Berapa pot dahak yang diberikan?
 - d. Apakah sebelum menerima obat, anda diberi penjelasan mengenai penyakit ini dan pengobatannya?
 - e. Apa saja yang Bapak/Ibu ketahui tentang program penanggulangan TB Paru?
 - 1) Apakah Puskesmas menerapkan strategi DOTS untuk menanggulangi TB Paru?
 - 2) Sudah berapa lama strategi DOTS dalam menanggulangi TB Paru dilaksanakan di Puskesmas? Bagaimana manfaatnya?
 - 3) Apakah 5 komponen strategi DOTS sudah diterapkan di Puskesmas?
 - 4) Apakah program yang dilaksanakan sudah sesuai berdasarkan 5 komponen strategi DOTS?
 - f. Apakah Puskesmas mempunyai tim DOTS? Berapa jumlah dan siapa-siapa saja yang terlibat dalam tim tersebut?
 - g. Pihak-pihak apa saja yang terkait dalam program penanggulangan TB ini? Dan bagaimana alur koordinasinya?
 - h. Bagaimana komunikasi yang dilakukan oleh Bapak/Ibu kepada pelaksana tugas program TB dalam proses penanggulangan TB Paru?
 - i. Menurut Bapak/Ibu bagaimana proses persiapan penatalaksanaan program penanggulangan TB Paru di Puskesmas?
 - 1) Adakah pelatihan khusus penanggulangan TB pada tenaga kesehatan di Puskesmas?
 - 2) Dalam sisi kuantitas, apakah jumlah tenaga kesehatan sudah mencukupi? Jika seandainya belum, kenapa?

- 3) Menurut Bapak/Ibu seberapa penting pelatihan dalam program penanggulangan TB ini?
- 4) Apakah ada peraturan *reward dan punishment* yang diterapkan di Puskesmas kepada petugas program pengendalian Tuberkulosis?
- 5) Apakah dalam kerutinan meminum OAT, Bapak/Ibu didampingi seorang PMO?
- 6) Menurut pendapat Bapak/Ibu bagaimana dengan pelayanan/pemeriksaan yang diberikan oleh petugas kesehatan kepada pasien?

2. Sarana dan Prasarana

- a. Bagaimana dengan sarana dan prasarana yang diperlukan untuk penanggulangan program penanggulangan TB Paru?
 - 1) Bagaimana dengan kelengkapan sarana dan prasarana di Puskesmas ?
 - 2) Bagaimana dengan kondisi sarana dan prasarana yang ada di Puskesmas?
 - 3) Apakah ada kendala terkait sarana dan prasarana yang dihadapi di Puskesmas ini?
- b. Bagaimana dengan ketersediaan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) di Puskesmas? Apakah OAT diperoleh secara gratis di Puskesmas ini? Bagaimana manajemen pengelolaan OAT di Puskesmas ini? Dari mana memperoleh OAT di Puskesmas ini? Apakah pernah terjadi keterlambatan dalam pendistribusianya? Apakah pernah terjadi kekurangan OAT? Bagaimana pihak Puskesmas mengatasinya?
- c. Apakah tersedianya ruangan khusus untuk program Pengendalian Tuberkulosis di Puskesmas?

Lampiran 9 : Lembar Observasi Sarana dan Prasarana Penunjang Program Penanggulangan TB

LEMBAR OBSERVASI

Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi

No.	Sarana & Prasarana	KETERSEDIAAN	
		ADA	TIDAK
1.	Ruang Layanan Tuberkulosis (Unit DOTS)		
2.	Laboratorium		
3.	Tempat Pengumpulan Dahak (Sputum)		
4.	Buku Pedoman Pengendalian Tuberkulosis :		
	a. Pedoman teknis pencegahan dan pengendalian infeksi TB di pelayanan kesehatan primer/puskesmas		
	b. Panduan pengelolaan logistik TB		
	c. Juknis terpadu penanggulangan TB resistansi obat (MPTRO)		
5.	Format Pencatatan dan Pelaporan TB (Form TB 01, Form TB 02, Form 03.UPK, Form TB 04, Form TB 05, Form TB 06, Form TB 09, Form TB 10)		

RESPONDEN DAN JADWAL

ANALISIS RENDAHNYA ANGKA PENEMUAN KASUS DAN KESEMBUHAN DI PUSKESMAS KENALI BESAR KOTA JAMBI

No.	Fasilitator	Kode Responden	Nama Responden	Tempat Tugas	Pelaksanaan Wawancara		
					Tempat	Hari/Tgl	Jam
1.	Hariswan	A01	Yaniarti	Dinas Kesehatan Kota Jambi	Kantor Dinas Kesehatan Kota Jambi	Rabu, 2 Juni 2021	09.29-10.19
		B01	Dr. Ermilda Sriwastuti	Puskesmas Kenali Besar	Puskesmas Kenali Besar	Sabtu, 10 April 2021	10.53-11.08
		C01	Ena Riyanti	Puskesmas Kenali Besar	Puskesmas Kenali Besar	Sabtu, 3 April 2021	09.40-10.09
		C02	Rokiah	Puskesmas Kenali Besar	Puskesmas Kenali Besar	Senin, 5 April 2021	10.30-10.47
		C03	dr. Juli Susanti	Puskesmas Kenali Besar	Puskesmas Kenali Besar	Selasa, 8 April 2021	10.37-11.17
		D01	Irawati	-	Rumah	Senin, 12 April 2021	11.17-11.54
		D02	Mesrawati	-	Rumah	Senin, 12 April 2021	14.11-14.44
		D03	Rini Suhanda	-	Rumah	Senin, 12 April 2021	15.03-15.22
		E01	Yuni Yesayati	-	Rumah	Sabtu, 3 April 2021	13.05-13.15

PENYUSUNAN KODING DAN KATEGORI

NO	URAIAN PERTANYAAN	HASIL WAWANCARA	KODING	KATEGORI	INTERPRETASI
1	PERTANYAAN				
	Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Jambi di Puskesmas Kenali Besar bahwa jumlah seluruh kasus TB terjadi peningkatan sebesar 46 kasus (tahun 2016), 71 kasus (2017), 59 kasus (2018), 60 kasus (tahun 2019), dengan angka penemuan kasus baru (CDR) sebesar 53,33% (tahun 2019) dan angka kesembuhan sebesar 68,85% (tahun 2019) yang belum mencapai target nasional masing-masing sebesar 70% (CDR) dan 85% (Angka Kesembuhan). Sedangkan sebelumnya sudah Ibu jelaskan bahwa untuk Tenaga Kesehatannya sendiri sudah cukup, Sudah mendapatkan pelatihan juga, dan untuk	B01: “.....kenyataannya saat ini masih banyak karena itu barangkali karena pengetahuan dan kesadaran masyarakat masih kurang untuk tentang pengobatan TB, Bisa jadi karena mereka eee Ada yang malu atau takut, ya malu mengatakan bahwa dirinya TB dan takut meminum obat. Permasalahannya kalo saya lihat obat TB tu kan minimal 6 bulan. Minum obat 6 bulan kemudian obat TB tu efek sampingnya sangat banyak seperti mual, muntah, lemas, dak biso berdiri, dan sebagainya. Itu efek samping dari obat TB, makanya sebenarnya pemerintah sudah mengantisipasi untuk membuat program-program untuk mengantisipasi hal itu, tetapi memang belum sepenuhnya berhasil.....kemudian yang mempengaruhi penyakit TB ini Lingkungan, lingkungan itu seperti apa, misalnya rumah harus ada	Kurangnya kesadaran masyarakat	Keseluruhan informan berpendapat bahwa program DOTS terkendala karena masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk memeriksakan diri kefasilitas kesehatan	Masih rendahnya penemuan kasus serta angka kesembuhan di Puskesmas Kenali Besar disebabkan oleh beberapa faktor yakni kurangnya kesadaran dari masyarakat untuk mau berobat atau memeriksakan dirinya ke Puskesmas ketika ada gejala-gejala yang mengarah ke TB, minimnya informasi pasien yang beranggapan bahwa penyakit TB ini merupakan penyakit guna-guna atau penyakit buatan orang, Kepatuhan minum obat yang masih rendah dikarenakan obat TB harus diminum selama 6 bulan secara rutin apabila terputus harus mengulang dari awal kembali serta obat TB ini juga memiliki efek

	<p>Sarana & Prasarana tergolong baik tidak ada kendala, Apa tanggapan Bapak/Ibu terhadap kejadian tersebut?</p>	<p>ventilasi terus dibuka setiap pagi supaya terjadi sirkulasi udara yang bagus. Akan tetapi kenyataannya memang di Jambi khususnya yang itu eeh sanitasi dan rumah belum semuanya rumah sehat sehingga memang susah memberantasnya “Seperti itu”</p> <p>C01: “karenakan kalo dilihat dari tingkat keberhasilan dan tingkat penemuan itu eeh tidak sesuai dengan target dikarenakan penduduk terlalu banyak dan luas wilayah yang besar sedangkan petugasnya hanya saya sendiri sehingga tidak akan tercover kalo cuman 1 petugasnya itulah mengapa pertanyaan kamu sebelumnya itu tentang puskesmas ini untuk kasus TB dari angka penemuan kasusnya selalu meningkat</p> <p>C02: “Itu bisa jadi karena kesadaran masyarakatnya dek, bukan dari kami. Dari penemuan kasusnya yang kurang. Maksudnya tu mungkin mereka yang berobat ke Puskesmas dianjurkan periksa dahak tapi mereka dak datang lagi,</p>	<p>Karena luas wilayah dan jumlah penduduk terlalu besar sedangkan jumlah tenaga kesehatan yang ada cuman 1 sehingga tidak tercover</p> <p>Karena kesadaran masyarakat masih rendah</p>		<p>samping seperti mual, muntah, lemas, tidak bisa berdiri,dll sehingga pasien sukar dalam meminum obat, Malu untuk mengakui bahwa dirinya menderita TB dikarenakan takut nantinya akan dikucilkan oleh masyarakat, dan juga di Jambi untuk sanitasi lingkungan belum sepenuhnya rumah sehat, serta wilayah di puskesmas dan jumlah penduduk cukup besar sehingga tidak akan tercover jika hanya dari petugas kesehatan</p>
--	---	---	---	--	---

		<p>sudah dikasih tempat mereka dak datang lagi. Jadi penemuan kasusnya tu bisa, bisa gak ketemu kan sedangkan gejalanya memang TB gitu nah. Kan istilahnya bukan dari karena kita kurang pemeriksaan, bukan dari kesalahan kita. Kasusnya tu meningkat tapi mereka tidak berminat eeh kayak mano gitu yo”</p> <p>C03: “Pertama, Kepatuhan pasien yang kurang. Kedua, Informasi pasien yang masih salah karena menurut mereka batuk itu diracun, dibuat orang itu persepsi masyarakat yang masih sulit kita ubah istilah dari mereka tu “Adum”, disantetlah, dibuat orang itu persepsi yang masih salah. Ketiga, Kelalaian istilahnya dari pasien yang kurang peduli, kadang pasien sudah kita kasih obat sudah kita terangin bahwa obat ini tidak boleh terputus, pasien merasa “Ah, kondisiku sudah membaik aku bisa memutus obat” padahal belum 6 bulan, terus “Aku boleh merokok lagi, aku boleh pola hidup yang tidak sehat lagi” disitulah salahnya. Lalu ketika kondisi sudah parah, batuk</p>	<p>Karena kesadaran dan persepsi masyarakat yang salah</p>		
--	--	---	--	--	--

		<p>berdarah, kondisinya memprihantinkan inilah yang menjadi penyebab masih tingginya angka kematian”</p> <p>D01: “Kalo menurut Ibu, dio tu meningkat tu “Dio kurang kesadaran dari orang yang sakit gitu nah”. Dio tu tahu dio sakitnyo kayak gitu, dio dak mau berobat, dak mau perikso gitu nah. Ado ni Ibu temui Bapak-bapak perokok, pas Ibu tanyo “Boleh dak kami kasih botol dahak pak?” terus kato bapaknyo “Maksdunyo apo ni, saya dak sakit”, cuman dio sesak napas dek, padahal niat Ibu ni dek biak tahu Bapak ni positif apo idak TB gitu nah dek kan kalo emang iyo seandainya positif TB biso segera diobati, tapi bapak tu dak mau, 2 minggu sudah itu masuk Rumah Sakit Bapak tu. Jadi kan kesadarannyo kurang Bapak tu, sebenarnya dio tahu dio sakit, dio berobat, pasti dak akan parah kayak gitu”</p> <p>D03: “Ini karano pertama tu keadaan, terus tu penyambung tangan karena</p>	<p>Kurangnya kesadaran dari masyarakat</p> <p>Karena takut akan dikucilkan oleh masyarakat</p>		
--	--	---	--	--	--

		<p>kader lain tu cuman sedikit. Terus tu jugo kurangnyo laporan misalnyo di Rt ado yang sakit dio dak mau, masyarakatnyo ni dak mau, dio ni malah takut. Takutnyo tadi ngapo? Takutnyo dikucilkan. Mereka yang sakit tu berpikiran kalo orang yang keno TB tu bakal dikucilkan oleh masyarakat. Ha, pola pikir inilah yang harus kito ubah dari masyarakat. Memang pendekatan samo masyarakat tulah kendalanya</p> <p>A01: “Jadi kalau kita mengharapkan tenaga kesehatan saja itu akan sulit. Edukasi kepada masyarakat itu sebenarnya dari segala lini, tugas kamu mahasiswa-mahasiswa memberikan pendidikan kesehatan di masyarakat. TB itu apa? Kalau punya gejala TB, kemana? Jadi masyarakat sendiri kalau memang dia sakit dia mencari fasilitas kesehatan, jangan tunggu dijemput itulah. Jadi sekarang ini pasien-pasien banyak yang bergejala tapi tidak ke fasilitas kesehatan, makanya pasien di tahun ini kita ketemu sekian tahun depan ketemu lagi sekian karena apa? Dia mungkin menularkan dari pasien-</p>	<p>Kesadaran masyarakat yang bergejala untuk mau memeriksakan ke fasilitas kesehatan masih rendah</p>		
--	--	---	---	--	--

		<p>pasien yang tidak berobat, kita hanya ketemu pasien yang diobati di Puskesmas itu hanya pasien yang datang berobat yang kita ketemu dari investigasi kontak.....Nah, itulah yang menyebabkan penemuan kita itu tidak selesai-selesai, ya karena TB ini memang penyakit menular dan orang masih malu kalau dia TB karena TB itu penyakit orang miskin kalau dulu kan gitu, namun sekarang pada kenyataannya kami banyak menemukan pasien-pasien TB ini, Itu tadi orang Bank. Jadi tidak bisa penanggulangan ini hanya dibebankan kepada kesehatan saja. Kalau mengharapkan tenaga Puskesmas tadi kan tim nya cuman 3 orang, nah Dokternya sudah sibuk melayani di puskesmas, perawatnya juga labor nya juga dengan tupoksi mereka yang cukup besar. Nah, untuk turun pun mereka cari waktu senggang, untuk investigasi kontak itu mereka cari waktu senggang. Nah kalau hanya mengharapkan tenaga kesehatan ya seperti inilah”</p>			
	a. Bu, kalau boleh tahu program Dots itu programnya seperti	<p>A01: “DOTS itu kan suatu strategi yang dibuat oleh pemerintah, itu bukan</p>	Program DOTS merupakan strategi	DOTS merupakan program	Program DOTS itu sendiri merupakan strategi yang

apa?		<p>adopsian, tapi itu adalah suatu keputusan dari lembaga kesehatan dunia WHO.....Bahwa pengobatan TB itu kalau memang dilakukan dengan maksimal pasien akan bisa sembuh. DOTS harus dilakukan di seluruh Puskesmas di Kota Jambi dan juga di beberapa rumah sakit swasta dan di rumah sakit pemerintah. Jadi untuk di kota Jambi ada 20 Puskesmas, Ada rumah sakit pemerintah ketiganya sudah DOTS, Untuk rumah sakit swasta itu Theresia, Arafah, Kambang, Siloam itu yang sudah DOTS. Kita punya satu klinik yang apa namanya Lembaga membantu rangkaian pengobatan dari program TB ini adalah PPTI (Persatuan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia) yang dibelakang DKT....DOTS sendiri di kota Jambi.....”</p>	yang dibuat oleh pemerintah melalui keputusan dari WHO	penanggulangan TB Paru yang dalam menjalankan program sesuai dengan 5 komponen strategi DOTS yang baku di Indonesia dan Dunia	dibuat oleh pemerintah melalui keputusan dari WHO, program ini apabila dilakukan dengan maksimal maka pasien akan bisa sembuh. DOTS juga telah diterapkan di seluruh Puskesmas Kota Jambi, Rumah Sakit Pemerintah serta di beberapa Rumah Sakit swasta seperti Theresia, Arafah, Kambang, Siloam dan juga mempunyai sebuah klinik yang membantu rangkaian pengobatan bernama PPTI (Persatuan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia) di belakang DKT. Program ini dilakukan secara gratis di seluruh faskes yang ada di Kota Jambi.
	b. Program ini dalam menanggulangi TB Paru, sejak kapan diterapkan di Puskesmas?	<p>B01: “Sejak Puskesmas ada”</p> <p>C01: “Di tahun 2008 sudah ada, untuk ini</p>	<p>Diterapkan di puskesmas sejak puskesmas ada</p> <p>Diterapkan di puskesmas sejak</p>	<p>Sebagian informan berpendapat bahwa program DOTS diterapkan di Puskesmas sejak tahun 2004, 2008, dan tahun</p>	<p>Program DOTS diterapkan di puskesmas yang ada di Kota Jambi sejak tahun 2004, namun menurut keterangan dari informan yang ada bahwa</p>

		<p>nian tahun 2010 lah kami berdua waktu itu”.</p> <p>C02: “Jadi, sudah lama. Sejak Puskesmas berdiri kan sudah ada program TB Paru namanya DOTS juga.....”.</p> <p>C03: “Oh, kalo diterapkan sejak kapan, maaf, kita kalo dokter ini kan istilahnya berpindah Ibu Ena yang menjadi pemegang programnya. Kalo saya dulu pindahan dari Puskesmas lain jadi saya kurang paham berapa lama diterapkan DOTS ini di Puskesmas”.</p> <p>D02: “Pas Ibu jadi Kader, mungkin tahun 2004”.</p> <p>A01: “Tahun 2004”.</p>	<p>tahun 2008, dan untuk pastinya tahun 2010</p> <p>Diterapkan di puskesmas sejak puskesmas berdiri</p> <p>Tidak tahu pastinya kapan diterapkan di puskesmas karena berpindah tugas</p> <p>Diterapkan di puskesmas sejak tahun 2004</p> <p>Diterapkan di Puskesmas sejak tahun 2004</p>	<p>2010. Ada juga yang berpendapat bahwa diterapkan sejak puskesmas berdiri. Namun ada pula yang tidak mengetahui kapan program ini diterapkan di Puskesmas</p>	<p>program DOTS sudah ada sejak puskesmas berdiri untuk tahun pastinya pada rentang tahun 2004-2010</p>
c. Selama program ini berjalan, bagaimana dengan manfaatnya?	<p>B01: “Ya harusnya kan jumlah pasien yang sembuh, yang ditemukan makin banyak. Kemudian jumlah pasien sembuh menjadi makin banyak sehingga eeh jumlah kasus</p>	<p>Agar Jumlah kasus pasien yang sembuh makin bertambah sehingga jumlah kasus TB bisa</p>	<p>Semua informan berpendapat bahwa program DOTS dalam menanggulangi TB sangat bagus karena masyarakat yang</p>	<p>Selama program ini berjalan manfaatnya pengobatan TB dapat dilakukan sesegera mungkin dilakukan melalui pemeriksaan</p>	

		<p>TB berkurang. Cuma pada kenyataannya jumlah kasus TB ini tidak pernah berkurang walaupun program tetap dilaksanakan</p> <p>C01: Kalo dibilang kita jalanin itu kan sudah sesuai dengan strategi DOTS, tapi kadang kan si pasien ini kadang kita suruh untuk pengambilan dahak, kita kasih pot dahak kadang mereka gak datang. Kadang alasannya “Bu, ga ada keluar dahaknya”, kayak gitu kan. Banyak alasan kadang ada juga “Buk, yang ngantar dahak kesitu (Puskesmas) gak ada” atau akses dari rumah pasien ke fasilitas kesehatan ini jauh sehingga mereka gak bisa untuk mengantar dahak kesini dari tingkat sosial ekonomi lah.</p> <p>C02: Itu emang kalo untuk Poli DOTS tu kan bekerjasama dengan petugas labor, nanti petugas TB itu yang mengobati orang labornya yang meriksa dahak, membaca hasil gitu kan. Itu kalo seandainya ada pasien TB mangkir atau kontak serumah itu kami bekerjasama, kami turun</p>	<p>berkurang</p> <p>Kesadaran masyarakat untuk mau memeriksakan dahaknya ke puskesmas</p> <p>Kesadaran masyarakat untuk mau memeriksakan dahaknya ke Puskesmas</p>	<p>bergejala yang mengarah ke TB dapat dilakukan pemeriksaan secara mikroskopis atau TCM (Tes Cepat Molekuler) sehingga angka penemuan kasus TB di masyarakat dapat meningkat</p>	<p>laboratorium atau secara mikroskopis, namun untuk sekarang ada namanya TCM sebuah alat yang mampu mendeteksi pemeriksaan BTA secara cepat dan akurat. Walaupun demikian kenyataannya di lapangan jumlah kasus masih tinggi</p>
--	--	--	--	---	---

		<p>ke lapangan melacak kontak serumahnya, kami datangi terus Ibu yang mengambil dahak setelah itu diperiksa di Labor ini. Jadi perkembangannya kalo memang dak dikejar kayak itu, memang kesadaran mereka itu datang khusus ngantar dahak ke Labor agah anuh “susah/payah” gitu kan. Jadi terpaksa lah kami datangi”</p> <p>C03: Efektif, efektif program ini</p> <p>D01: Bagus, sebenarnya bagus kan perpanjangan dari lidah pemerintah ke Puskesmas terus ke kader kan baru ke masyarakat. Kalo gak ada gitu misalnya orang Puskesmas dak ado jelasin caro penularan, pengobatan samo kami lalu jugo dak disampaikan ke masyarakat mungkin penyakit ni dak biso dicegah lagi dek. Terus jugo kan, orang Puskesmas ni jugo berapa orang nian lah jumlahnyo terus harus mengcover Kelurahan besak ni kayak Kenali Besar , jadi mereka butuh kader gitu nah, lalu</p>	<p>Program ini efektif diterapkan di Puskesmas</p> <p>Masyarakat mengetahui ciri-ciri gejala Tuberkulosis sehingga pihak Puskesmas bisa bertindak jika ada gejala yang mengarah ke TB di masyarakat serta memastikan apakah orang tersebut positif TB</p>		
--	--	--	---	--	--

		<p>diajarinyo lah kami, terus kamilah yang membantu mereka. Misal, di masyarakat tu ado ciri-ciri penyakit TB kami lapor ke orang Puskesmas, terus orang Puskesmas tu turun langsung ke rumah orangnyo biak biso dilihat ni orang keno TB atau idak gitu nah “Baguslah program ni”</p> <p>D02: Sangat bagus, bisa kita memantau keluarga kita ni, Rt kita ni “Oh, ini dio sakit TB tu, gini luponyo ciri-cirinyo”. Terus kalo ado ciri-cirinyo biso diperiksa samo orang puskes, Ibu minta orang tu ngeludahi dahaknyo ke botol agar biso diperiksa orang Puskesmas, yo kalo seandainya positif kan biso segera diobati.</p> <p>D03: Adolah, jadi perpanjangan tangan antara dari orang Puskesmas dengan masyarakat. Ha, kitolah yang perpanjangan tangannyo, kito yang tahu kan, kalo dio tu kan kalo masyarakat batuk dio dak mau. Istilahnyo takut dionyo apolagi yang malas minum obat</p>	<p>Sangat Bagus</p> <p>Sebagai bentuk komitmen pemerintah terhadap pihak Puskesmas dengan masyarakat</p>		
--	--	--	--	--	--

		<p>A01: “Manfaatnya yang pasti apa namanya ya eeee pengobatan TB dapat dilakukan sesegera mungkin karena di puskesmas bisa melakukan pemeriksaan mikroskopis.....Nah, kalau untuk sekarang kebijakan Kementerian Kesehatan karena kita sudah diberikan fasilitas oleh Kementerian Kesehatan suatu mesin yang sangat canggih yang bisa memeriksa BTA secara cepat dan akurat itu namanya TCM (Tes Cepat Molekuler). Kita ada 5 di kota Jambi, 2 di rumah sakit 3 di puskesmas yaitu rumah sakit Abdul Manaf dan Mattaher, Puskesmas pakuan baru, Paal X, dan Simpang kawat. Jadi sekarang semua suspek kita arahkan untuk pemeriksaan mikroskopisnya melalui TCM.....”</p>	<p>Pengobatan TB dapat dilakukan sesegera mungkin melalui pemeriksaan mikroskopis atau dengan TCM (Tes Cepat Molekuler)</p>		
	<p>d. Apakah 5 komponen strategi DOTS sudah diterapkan di Puskesmas?</p>	<p>B01: Iya</p> <p>C01: Sudah diterapkan</p> <p>C02: Sudah</p> <p>C03:</p>	<p>Sudah diterapkan</p> <p>Sudah diterapkan</p> <p>Sudah diterapkan</p> <p>Sudah diterapkan</p>	<p>Seluruh informan berpendapat bahwa dalam menjalankan strategi DOTS di puskesmas harus berdasarkan 5 komponen yang baku dipakai di Indonesia dan dunia</p>	<p>Untuk faskes yang telah menerapkan program DOTS harus menerapkan 5 komponen didalam strategi DOTS yang sesuai dengan pedoman baku di Indonesia dan seluruh dunia yaitu komitmen politis dari pengambil kebijakan,</p>

		<p>Sudah</p> <p>D01: Ibu raso sudah lah dari apa yang kamu jelasin tadi.</p> <p>D02: Iya dek, itu kan Poli DOTS-nya ada di Puskesmas</p> <p>D03: Kalo komponen yang kamu bilang tu, mungkin sudah</p> <p>A01: “.....Jadi seluruh Puskesmas sudah melakukan strategi DOTS ini di mana ada 5 komponen yang harus dilakukan dalam strategi DOTS sesuai pedoman yang baku yang ada di Indonesia dan seluruh dunia. Jadi yang pertama itu komitmen politis dari pengambil kebijakan, terus penegakan diagnosa nya berdasarkan mikroskopis, yang ketiga pencatatan dan pelaporan, ketersediaan obat yang keempat, yang kelima monitoring dan evaluasi.....” “Kalau komitmen politis itu kan sudah menjadi suatu keharusan fasilitas layanan pertama adalah</p>	<p>Sudah diterapkan</p> <p>Sudah diterapkan</p> <p>Sudah diterapkan</p> <p>Seluruh puskesmas di Kota Jambi telah menerapkan strategi DOTS berdasarkan 5 komponen yang baku di Indonesia dan dunia</p>		<p>penegakan berdasarkan mikroskopis, pencatatan dan pelaporan, ketersediaan obat, serta monitoring dan evaluasi.</p>
--	--	--	---	--	---

		Puskesmas itu harus melakukan DOTS di puskesmas, itu sudah menjadi kebijakan dari Kementerian Kesehatan.....”			
e. Bagaimana bentuk komitmen politis yang sudah dilaksanakan di Puskesmas Kenali Besar?	<p>C03: “Karena pasien TB setelah terakhir kita obati, pasien itu akan menandatangani diatas materai 6000. Itu bentuk persetujuan bahwa mereka bersedia diobati dan mematuhi aturan yang akan kita berikan. Untuk pertama kalinya pasien itu akan meminum obatnya di depan kita “Langsung”</p> <p>A01: “Kalau komitmen politis itu kan sudah menjadi suatu keharusan fasilitas layanan pertama adalah Puskesmas itu harus melakukan DOTS di puskesmas, itu sudah menjadi kebijakan dari Kementerian Kesehatan.....”</p>	<p>Pasien terduga positif TB harus menandatangani diatas materai 6000 bahwa dia siap untuk diobati</p> <p>Fasilitas kesehatan dalam menerapkan strategi DOTS di Puskesmas wajib menerapkan komitmen politis</p>	Komitemen politis pengambil kebijakan telah diterapkan dalam menjalankan program DOTS di Puskesmas	Untuk bentuk komitmen politis yang diterapkan di Puskesmas Kenali Besar bahwa pasien harus menandatangani diatas materai 6000 sebagai bentuk persetujuan bahwa mereka bersedia untuk diobati dan mematuhi aturan yang akan diberikan serta harus menelan obat secara langsung di depan tenaga kesehatan	
f. Dalam layanan pemeriksaan mikroskopis Fasilitas kesehatan di Puskesmas ada FKTP Rujukan Mikroskopis, FKTP Satelit, dan FKTP Pelaksana Mandiri, Itu Bedanya Apa ya Bu?	<p>A01: “Jadi, kalau dulu kita punya faskes Puskesmas satelit, ada Puskesmas Pemeriksaan Mandiri (PPM), ya, di dalam DOTS itu. Kalau untuk di kota Jambi karena sekarang sudah punya apa namanya eee Tenaga laboratorium yang lengkap, Jadi mereka sudah melakukan</p>	Fasilitas kesehatan satelit hanya melakukan pemeriksaan sampai dengan pembuatan hasil, fasilitas kesehatan rujukan mikroskopis	Perbedaan fasilitas kesehatan satelit, rujukan mikroskopis, dan pelaksana mandiri terletak pada fasilitas tersebut mampu melakukan pemeriksaan hingga pembacaan hasil	Fasilitas kesehatan dalam menanggulangi TB di Puskesmas dibagi menjadi 3 yaitu Puskesmas Satelit, Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM), dan Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM). Puskesmas Satelit, hanya	

		<p>pemeriksaan dari awal sampai dengan pembacaan hasil. Jadi tidak ada lagi di kota Jambi yang Puskesmas satelit. Kalau Puskesmas satelit itu dulunya mereka hanya melakukan pemeriksaan sampai dengan pembuatan sediaan.....Nah kalau dulu Ada berapa Puskesmas kita yang belum bisa melakukan pemeriksaan sampai dengan membaca hasil jadi hanya sampai fiksasi, jadi sampai dengan pembuatan sediaan, pewarnaan, dan pembacaan hasilnya di Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM) dulu namanya, tapi sekarang yang tidak ada lagi di kota Jambi. PRM itu jadi menerima sediaan sediaan dari Puskesmas satelit.....Jadi semua Puskesmas di Kota Jambi sekarang adalah Puskesmas Pemeriksaan Mandiri (PPM)”</p>	<p>merupakan faskes rujukan bagi puskesmas satelit, fasilitas kesehatan pelaksanaan mandiri merupakan faskes yang mampu melakukan pemeriksaan hingga pembacaan hasil</p>		<p>melakukan pemeriksaan sampai pembuatan sediaan. Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM), Puskesmas rujukan pemeriksaan dahak dari Puskesmas Satelit hingga pembacaan hasil. Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM), Puskesmas yang melakukan pemeriksaan hingga pembacaan hasil. Puskesmas di Kota Jambi semuanya sudah memiliki tenaga Laboratorium yang lengkap sehingga tidak ada lagi Puskesmas Satelit.</p>
2. SUMBER DAYA MANUSIA (SDM)					
	<p>a. Apakah Puskesmas mempunyai tim DOTS?</p>	<p>B01: Ya</p> <p>C01: Iya, tim DOTS</p> <p>C02: Ya</p>	<p>Ada tim DOTS di Puskesmas</p> <p>Ada tim DOTS di Puskesmas</p> <p>Ada tim DOTS di Puskesmas</p>	<p>Hampir keseluruhan informan menyatakan bahwa program DOTS di Puskesmas memiliki sebuah tim. Namun ada juga yang berpendapat bahwa kemungkinan di</p>	<p>Untuk Syarat sebuah Puskesmas dalam melakukan pemeriksaan terkait program DOTS itu harus ada sebuah tim DOTS</p>

		<p>C03: Bukan tim, tapi penanggung jawab</p> <p>D01: Tahu</p> <p>D02: Iyo, tau dek</p> <p>D03: Iyo ado Bu Ena</p> <p>E01: Mungkin ada, tapi yang saya tahu Bu Ena. Mungkin kamu bisa tanya dengan dia</p> <p>A01: “.....Untuk syarat menjadi Puskesmas yang bisa melakukan pemeriksaan itu adalah harus ada dokter pertama, kedua harus ada petugas laboratorium, ketiga ada petugas program TB-nya jadi mereka ada tim. Jadi ada labor, ada dokter, Ada petugas programnya, ini adalah tim dalam program TB di setiap fasilitas kesehatan.....”</p>	<p>Ada, bukan tim namun penanggung jawab DOTS</p> <p>Ada tim DOTS di Puskesmas</p> <p>Ada tim DOTS di Puskesmas</p> <p>Ada tim DOTS di Puskesmas</p> <p>Mungkin ada tim DOTS di Puskesmas</p> <p>Ada tim DOTS di puskesmas</p>	<p>Puskesmas memiliki sebuah tim DOTS di Puskesmas</p>	
--	--	--	--	--	--

	b. Siapa saja yang terlibat dalam tim ini?	<p>B01: Ya ada dokter, ada perawat, ada penanggung jawab program, ada orang labor, ada orang promosi kesehatan “Semuanya”</p> <p>C01: “Iya, tim DOTS yang ada disini petugas program TB, ada dokternya, ada bagian PHN-nya, petugas labor ada 4, kadang bisa 6 tim itu, kadang ada orang kesling. Kita lintas program, mana yang terlibatlah misal anak yang terkena TB berarti kita libatkan lagi orang anak”</p> <p>C02: “Kalo untuk tim TB Paru dokternya, dokter Juli Susanti, kalo pemegang programDOTS-nya sudah tau “Bu Ena Riyanti”, petugas lab-nya ya Ibu sendiri”</p>	<p>Yang terlibat dalam tim meliputi Dokter, perawat, penanggung jawab program, penanggung jawab laboratorium, petugas promkes</p> <p>Yang terlibat dalam tim meliputi petugas program, petugas PHN, petugas kesling, lintas program</p> <p>Yang terlibat dalam tim meliputi dokter, pemegang program, petugas laboratorium</p>	<p>Sebagian informan berpendapat bahwa yang terlibat dalam sebuah tim DOTS di Puskesmas meliputi Dokter, petugas Dokter, petugas program, dan petugas laboratorium. Namun ada juga yang berpendapat bahwa tim DOTS juga terdiri dari petugas program Promosi kesehatan, petugas kesling, petugas PHN. Bahkan ada juga yang berpendapat bahwa kemungkinan ada tim DOTS di Puskesmas</p>	<p>Sebuah Puskesmas dalam melakukan pemeriksaan terkait program DOTS itu harus ada sebuah tim yang meliputi Dokter, Petugas Labor, Petugas Program TB. Namun ada juga yang berpendapat bahwa tim di Puskesmas terkait program DOTS ini, ada kurang atau lebih dari 3</p>

		<p>C03: “Ibu Ena Riyanti sebagai pemegang program DOTS, Dokternya sebagai konsultasi saya boleh, bu Gina bisa”</p> <p>D01: “TB Paru itu Bu Ena”</p> <p>D02: “Itu dek Bu Ena yang di ruang Poli DOTS”</p> <p>D03: “Iyo ado Bu Ena”</p> <p>E01: “Mungkin ada, tapi yang saya tahu Bu Ena. Mungkin kamu bisa tanya dengan dia”</p> <p>A01: “.....Untuk syarat menjadi Puskesmas yang bisa melakukan pemeriksaan itu adalah harus ada</p>	<p>Yang terlibat dalam tim meliputi dokter, pemegang program</p> <p>Yang terlibat dalam tim meliputi pemegang program</p> <p>Kurang mengetahui siapa yang terlibat di dalam tim DOTS, hanya mengetahui petugas pemegang program</p> <p>Syarat sebuah Puskesmas dalam menjalankan program DOTS</p>		
--	--	---	---	--	--

		dokter pertama, kedua harus ada petugas laboratorium, ketiga ada petugas program TB-nya jadi mereka ada tim. Jadi ada labor, ada dokter, Ada petugas programnya, ini adalah tim dalam program TB di setiap fasilitas kesehatan.....”	harus memiliki sebuah tim yang terdiri dari dokter,petugas laboratorium,dan petugas program		
c. Bagaimana peran tenaga kesehatan dalam program ini Bu?	<p>A01: “Dokter sebagai penegakan pengambil keputusan pengobatan jadi penegak diagnosis, karena kalau bukan dokter yang menegakkan diagnosis berarti perawat tidak bisa memberikan obat. Fungsi perawat apa? Fungsi perawat dia yang melakukan pencatatan, melakukan pemeriksaan fisik, terus nanti memberikan pengobatan. Petugas Labor apa tugasnya? Ya jelas melakukan pemeriksaan labor yang seperti saya sebutkan tadi membuat fiksasi, mewarnai, membaca hasil, terus memberikan hasilnya ke petugas TB nya”</p> <p>C03: “Ya peran saya mengobati, konsultasi”</p>	<p>Dokter berperan dalam pengambil keputusan pengobatan, perawat/petugas program berperan melakukan pencatatan pelaporan, pemeriksaan fisik, serta memberikan pengobatan, petugas labor melakukan pemeriksaan labor</p> <p>Peran dokter dalam program ini mengobati serta konsultasi pasien</p>	Berdasarkan informasi informan bahwa peran tenaga kesehatan dalam program ini meliputi dokter sebagai pengambil keputusan pengobatan dan konsultasi, petugas program melakukan pencatatan dan pelaporan, pemeriksaan fisik, dan petugas labor melakukan pemeriksaan di labor	Peran tim tersebut dalam program ini dimana dokter sebagai penegak diagnosis serta pengambil keputusan pengobatan, Petugas Program TB sebagai yang melakukan pencatatan, melakukan pemeriksaan fisik, serta memberikan pengobatan, sedangkan untuk Petugas Labor sendiri sebagai pemeriksa labor seperti membuat fiksasi, mewarnai, membaca hasil, memberikan hasilnya ke Petugas TB	
d. Apakah tim tersebut bekoordinasi antara satu sama lain?	B01: Ya mereka berkoordinasi dengan saya “Haruslah”.	Berkoordinasi	Keseluruhan informan berpendapat bahwa tim DOTS yang ada di	Tim ini juga berkoordinasi antara satu sama lain dalam melacak	

		<p>C01: Kita berkoordinasi dengan program yang berkaitan</p> <p>C02: Ya kita berkoordinasi antara satu dengan yang lain. Misal ada pasien TB mangkir atau kontak serumah itu kami bekerjasama, kami turun ke lapangan melacak kontak serumahnya, kami datangi rumah si pasien selanjutnya Ibu periksa dahaknya di Puskesmas, ibu lah yang memeriksa dengan menggunakan mikroskop, apabila BTA (+) maka akan segera Ibu lapor ke Bu Ena bahwa dia pasien TB sehingga bisa segera di Obati. Nah dokternya disini bisa sebagai tempat konsultasi si pasien atau kadang diobati dulu sama dokternya nanti diberi saran apa saja yang boleh dan tidak boleh dilakukan gitu dek.</p> <p>C03: Ada, pasti</p> <p>A01: Koordinasi tim eee karena untuk program TB ini yang ada di puskesmas dan yang ada di rumah</p>	<p>Berkoordinasi</p> <p>Berkoordinasi</p> <p>Berkoordinasi</p> <p>Berkoordinasi</p>	<p>peskesmas berkoordinasi antara satu dengan yang lain</p>	<p>pasien TB, selain itu tim ini juga harus berkoordinasi dengan Kepala Puskesmas</p>
--	--	--	---	---	---

		<p>sakit itu sebelumnya kita latih terlebih dahulu untuk bisa melakukan kegiatan DOTS di puskesmas.</p> <p>“Kepala Puskesmas adalah manajemen ya, baik dia selaku kepala yang memberikan keputusan dari apapun kegiatan yang dilakukan oleh tim DOTS-nya di Puskesmas. Jadi ada juga yang Kepala Puskesmas sebagai dokter di tim DOTS-nya, ada yang sebagai manajemennya saja ya”</p>			
e. Apakah tim tersebut sudah terlatih dalam program ini?	<p>B01: “Ada dari Dinas Kesehatan Kota maupun Dinas Kesehatan Provinsi”</p> <p>C01: “Pernah, pelatihan khusus tentang TB”</p> <p>C02: “Ada, dari dinas kesehatan”</p> <p>C03: “Ada, pasti”</p> <p>A01: “.....untuk program TB ini yang</p>	<p>Mendapatkan pelatihan dari Dinas Kesehatan Kota</p> <p>Mendapatkan pelatihan</p> <p>Mendapatkan pelatihan</p> <p>Mendapatkan pelatihan</p> <p>Tim DOTS yang ada di Puskesmas</p>	<p>Keseluruhan informan yang diwawancarai berpendapat bahwa tim DOTS di Puskesmas dilatih terlebih dahulu</p>	<p>Tim ini mendapatkan pelatihan dari Dinas Kesehatan tujuan agar mereka mengetahui beban kerja serta tugas mereka masing-masing</p>	

		ada di puskesmas dan yang ada di rumah sakit itu sebelumnya kita latih terlebih dahulu untuk bisa melakukan kegiatan DOTS di puskesmas. Jadi tim ini sudah kita latih di provinsi dengan fasilitator provinsi, Jadi sebelum mereka di SK kan oleh Kepala Puskesmas sebagai tim DOTS Puskesmas mereka dilatih dulu. Apa yang harus mereka kerjakan, dokter sebagai apa, perawat sebagai apa, laboratorium sebagai apa itu mereka mendapatkan kan apa namanya beban kerja dari pelatihan tersebut sehingga tugas mereka masing-masing mereka akan tahu”	dilatih terlebih dahulu dengan fasilitator provinsi		
f. Menurut Bapak/Ibu seberapa penting pelatihan dalam program penanggulangan TB ini?	<p>C01: “Sangat penting, pelatihan itu kan kita bisa mendapatkan ilmu-ilmu baru terus dapat eee trik-trik kita mengajak pasien untuk cek dahak”</p> <p>C02: “Penting lah dek kalo pelatihan, soalnya biso nambah ilmu, wawasan kito dari awalnya yang paham cuman sedikit bisa menjadi luas karena dengan pelatihan itu”</p>	<p>Sangat penting, karena akan menambah ilmu serta wawasan terhadap penanggulangan TB</p> <p>Penting karena akan menambah ilmu dan wawasan</p>	<p>Keseluruhan informan yang diwawancarai berpendapat bahwa dengan adanya pelatihan akan menambah ilmu dan wawasan pengetahuan terkait penanggulangan TB</p>	<p>Pelatihan ini sangat penting bagi tenaga kesehatan karena jika mereka tidak dilatih, mereka tidak akan tahu tugas mereka di dalam program ini. Selain itu dengan adanya pelatihan ini juga dapat menambah wawasan serta ilmu-ilmu yang baru seperti cara mengajak pasien untuk periksa dahak, menemukan dan memastikan pemberian</p>	

		<p>C03: “Sangat penting karena dengan pelatihan ini kita mendapat ilmu, informasi yang bisa menambah wawasan dan pengetahuan kita.....”</p> <p>A01: “Sangat penting karena kalau memang mereka belum dilatih, mereka tidak akan tahu apa tugas mereka di dalam tim ya. Karena memang mereka harus melakukan DOTS ini di faskes mereka harus dilatih dulu dokternya, perawatnya, sama labornya. Jadi labor dilatih oleh ahlinya di bidang labor, paramedis nanti dilatih oleh ahlinya di bidang paramedis eh pencatatan dan pelaporannya, yang dokter juga dilatih oleh dokter.</p>	<p>Sangat penting karena akan menambah ilmu dan wawasan pengetahuan</p> <p>Sangat penting karena akan tahu tugas masing-masing</p>		<p>obat TB pada pasien.</p>
g. Dalam sisi kuantitas, apakah jumlah tenaga kesehatan sudah mencukupi?	<p>C01: Kalo dari jumlah tenaga di program DOTS ini kurang, disini cuman satu tenaganya, kurang. Karenakan kalo dilihat dari tingkat keberhasilan dan tingkat penemuan itu eee tidak sesuai dengan target dikarenakan penduduk terlalu banyak dan luas wilayah yang besar sedangkan petugasnya hanya saya sendiri sehingga tidak akan tercover kalo cuman 1 petugasnya itulah</p>	<p>Belum mencukupi karena cuman 1 petugas yang ada disini</p>	<p>Sebagian informan berpendapat bahwa jumlah tenaga kesehatan yang ada di puskesmas sudah mencukupi. Namun, ada juga yang menyatakan masih kurang</p>	<p>Untuk jumlah tenaga kesehatan di Kota Jambi sudah mencukupi, semua Puskesmas di Kota Jambi sudah mempunyai tim DOTS yang terdiri dari Dokter, Petugas TB, dan Laboratorium. Namun tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Kenali Besar menyatakan bahwa jumlah tenaga</p>	

		<p>mengapa pertanyaan kamu sebelumnya itu tentang puskesmas ini untuk kasus TB dari angka penemuan kasusnya selalu meningkat.</p> <p>C02: Kalo untuk sementara cukup, kami bertiga disini saya sendiri, Meri Hertati, dan Maryeni</p> <p>C03: “Kalo penanggung jawabnya sih sudah cukup. Cuman petugas yang turun ke lapangan eh kan kita istilahnya ketuk pintu, ke lingkungan pasien yang kita curigai TB. Kalo untuk petugas kita di Puskesmas sudah cukup cuman itu tadi yang kelapangannya. Kali harusnya yang TB ini lebih cenderung kontak 1 rumahnya, lingkungan sekelilingnya ha itu kan harus kita lihat, tempat tinggal pasiennya”</p> <p>D01: Cukup dek</p> <p>A01: “Sudah, untuk di Kota Jambi. Semua Puskesmas sudah</p>	<p>Sudah mencukupi</p> <p>Sudah mencukupi dari penanggung jawab. Akan tetapi untuk petugas yang turun langsung ke lapangan masih kurang</p> <p>Sudah mencukupi</p> <p>Sudah mencukupi</p>		<p>kesehatan di Puskesmas Kenali Besar tu kurang dari tenaga yang turun langsung ke lapangan</p>
--	--	--	---	--	--

		mempunyai tim yang terdiri dari dokter, paramedis, dan Laboratorium. Rumah sakitnya juga begitu”			
	h. Apakah tenaga kesehatan memiliki kendala selama menjalankan program ini?	<p>C02: “Kendalanya ya itulah kalo pasiennya kurang gitu dek kesadarannya. Kalo bagi Ibu sebagai petugas labor ni kadang cara pengambilan dahaknyo ni kurang bagus, jadi hasilnyo kurang memuaskan. Kadang si pasien disuruh antar pagi dahaknyo, diantaranya siang jadi hasilnyo kurang tepat jadi disitulah kendalanya tu. Jadi kadang dak ketemu yang seharusnya mungkin kalo dio ngantar pagi diperikso mungkin positif, tapi karena dionyo ni ngantar dahaknyo siang kualitas dahaknyo tu rusak jadinya hasilnyo negatif. Negatifnyo, negatif palsu gitu kan “disitulah kendalanya”</p> <p>C03: “Kendala kita ada, kadang yang kita temukan “maaf” kondisi dahak yang kurang baik, yang aslinya kalo kita lihat kondisi pasiennya sudah mengarah banget ke TB tapi hasil dahak yang kita temukan itu negatif. Itulah kendala kita”</p>	<p>Kurangnya kesadaran pasien untuk mengantar dahak tepat waktu ke Puskesmas</p> <p>Kondisi dahak yang kurang baik sehingga hasil pemeriksaan dahak kurang memuaskan, sedangkan kondisi pasien sendiri</p>	<p>Dari informasi yang diperoleh oleh informan melalui wawancara yang mendalam, kendala tenaga kesehatan dalam menjalankan program ini yaitu kurangnya kesadaran masyarakat untuk mengantarkan dahak tepat waktu ke puskesmas sehingga hasilnya kurang memuaskan</p>	<p>Untuk kendala sendiri yang dihadapi oleh petugas kesehatan di Puskesmas Kenali Besar dalam menjalani program ini yaitu kurangnya kesadaran pasien dalam mengantarkan dahak tepat waktu ke Puskesmas sehingga hasil pemeriksaan mikroskopis kurang memuaskan,</p>

			mengarah ke TB		
	i. Apakah ada SOP (Standar Operasional Pelayanan) yang diterapkan Puskesmas dalam menanggulangi TB Paru?	<p>B01: Ada,ada. Ada SOP Pengobatan TB, SOP Pemeriksaan BTA, SOP Pencarian TB</p> <p>C01: Ada. Kita ada SOP Penemuan, SOP Penatalaksanaan, SOP Pengobatan TB, SOP Kunjungan Kontak Serumah, SOP Penatalaksanaan pasien TB NGA itu kan ada SOP-nya, terus SOP Pelacakan kasus Mangkir.</p> <p>C02: Ada kalo yang pengobatan di Bu Ena gitu kan. Kalo dengan Ibu adalah gitu SOP-nya cuman dalam dokumen seperti SOP cara pengambilan dahak, cara pewarnaanya gitu kan. Ada SOP-nya</p> <p>C03: SOP-nya ke penanggung jawab programnya lah sayang</p>	<p>Ada SOP di Puskesmas</p> <p>Ada SOP di Puskesmas</p> <p>Ada SOP di Puskesmas</p> <p>Ada SOP-nya di penanggung jawab program</p>	<p>Keseluruhan informan yang diwawancarai mendalam menyatakan bahwa ada SOP (Standar Operasional Pelayanan) di Puskesmas Kenali Besar</p>	<p>Dalam menjalankan program DOTS ini, Puskesmas Kenali Besar memiliki SOP (Standar Operasional Pelayanan) yakni SOP Pengobatan TB, Pemeriksaan BTA, SOP Pencarian TB, SOP Penemuan, SOP Penatalaksanaan, SOP Kunjungan Kontak serumah, SOP Penatalaksanaan TB-NGA, dan SOP Pelacakan kasus mangkir.</p>
	j. Bagaimana alur pemeriksaan penderita TB Paru di Puskesmas?	<p>C01: Jadi kalo untuk penemuan kasus TB itu ada kan dari ruangan Poli Umum misalnya demam lebih dari 2 minggu dia dirujuk kesini ke Poli</p>	<p>Penderita bergejala TB dirujuk ke poli TB untuk dicek dahak di laboratorium jika</p>	<p>Keseluruhan informan yang diwawancara mendalam menyatakan bahwa alur pemeriksaan penderita</p>	<p>Alur pemeriksaan seseorang penderita TB di Puskesmas jika ada masyarakat yang bergejala mengarah ke TB</p>

		<p>TB, nanti dari poli TB diantar untuk cek ke labor kalo hasil positif udah langsung kita obati, tapi kalo hasil negatif kita rujuk ke rumah sakit, ya di rontegent atau TCM kan untuk penemuan gejala. Tapi kadang ada pasien tu langsung ke rumah sakit tanpa rujukan, dia langsung ke rumah sakit. Dia dapat pengantar dari dokternya terus kalo hasilnya positif mengambil obatnya kesini (Puskesmas) kan perwilayah sekarang kalo untuk mengambil obat ini.</p> <p>C02: Dari Poli DOTS mereka daftar dulu ke Poli DOTS, kagak ada pengantar dari Poli DOTS suruh periksa dahak kesini kan. Baru setelah itu kami kasih tempat dahaknya gitu kan, isi formnya itu di Poli DOTS ada register TB-06, dengan Ibu ada register TB-04. Jadi pengantar dulu dari poli DOTS nanti baru ibu isi disini kan. Ibu menerima Form TB-06 nanti baru ibu Pindahi ke register TB-04 baru bisa ibu periksa menggunakan mikroskop.</p> <p>C03: Jadi, pasien yang kita curigai batuk</p>	<p>hasil positif maka segera dilakukan pengobatan namun apabila hasil negatif maka akan di rontgent atau TCM ke fasilitas kesehatan lain</p> <p>Pasien mendaftarkan terlebih dahulu dengan mengisi form TB-06 di poli DOTS setelah itu melakukan pemeriksaan dahak melalui mikroskop</p> <p>Pasien beregejala TB dirujuk untuk pemeriksaan dahak</p>	<p>TB bahwa pasien yang bergejala yang mengarah ke TB disarankan untuk melakukan cek dahak jika hasil positif maka akan segera diobati namun jika hasil negatif maka akan dirujuk ke fasilitas kesehatan lain</p>	<p>seperti batuk lebih dari 2 minggu, demam malam, berat badan menurun,dll. Nantinya akan disarankan untuk melakukan pemeriksaan dahak dan di cek di Laboratoium jika hasil positif maka akan dilakukan pengobatan namun jika hasil negatif maka akan dirujuk ke fasilitas kesehatan lain agar di rontgent atau pemeriksaan secara TCM</p>
--	--	---	--	---	--

		lebih dari 2 minggu, sering demam malam, berat badan menurun itu kita sarankan cek dahak menggunakan pot sputum setelah hasilnya positif pasien akan kita obati ke Puskesmas. Kalo hasilnya negatif pasien akan kita rujuk ke spesialis paru.	menggunakan pot sputum jika hasil positif maka pasien tersebut akan diobati namun jika hasilnya negatif akan dirujuk ke spesialis paru		
k. Menurut pendapat Bapak/Ibu bagaimana dengan pelayanan/pemeriksaan yang diberikan oleh petugas kesehatan kepada pasien?	<p>D01: Ado jugo yang dijelasin eee Bu Ira, ini pasien sakit TB suruh Ibu tu ke Puskesmas kalo dak mau kami turun dulu katonyo kan tapi ado jugo yang dibilang kayak gitu terus diberi pemahaman agar tidak membeberkan penyakit seseorang, kita harus nutupin gitu kan supaya orang sakit ni tidak berpikiran nantinya akan dikucilkan oleh masyarakat</p> <p>D02: “Bagus, baguslah pokoknyo. Bu Ena tu ramah”</p> <p>D03: “Sudah baik, sudah bagus”</p> <p>E01: “Oh, Saya kesitu cuman ambil obat itupun gak ada yang ngantri-ngantri</p>	<p>Sudah bagus</p> <p>Sudah bagus</p> <p>Sudah bagus</p> <p>Sudah bagus</p>	<p>Keseluruhan informan yang diwawancari mendalam menyatakan bahwa pelayanan/pemeriksaan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas sudah baik</p>	<p>Dari segi pelayanan/pemeriksaan yang diberikan petugas kesehatan kepada pasien di Puskesmas Kenali besar sudah tergolong bagus</p>	

		panjang. Kadang jatuhnya saya malah umum berobatnya karena gak pake BPJS kan jadi dak terlalu ini ya soal itu”			
	1. Bagaimana dengan pemeriksaan dahak TB Paru, berapa kali dilakukan?	<p>C01: Nah, kalo pemeriksaan pasien dahak tetap si pasien yang ngantar. Kalo dia dak sempat baru keluarganya yang ngatar “Boleh”, soalnya kan dia pemeriksaannya dahak pagi dengan dahak sewaktu Sekarang untuk waktunya Pagi-Sewaktu (PS), dak 3 lagi 2 sekarang. Jam 6 pagi (Pagi) dan jam 8 (Sewaktu), karena kan kita eh kata orang labornya kita harus memeriksa dahak yang fresh.</p> <p>C02: Pasiennya kan disuruh tampung dahaknya dahaknya dirumah, nanti diantar disitu, Ibu yang mewarnai disitu, terus selanjutnya pemeriksaan khusus dengan mikroskop disini di Laboratorium.</p> <p>C03: Itu Pagi-Sewaktu (PS)</p>	<p>Dilakukan di pagi hari jam 6 dan 8 pagi</p> <p>Dilakukan ketika pasien mengantarkan dahaknya ke Puskesmas</p> <p>Dilakukan di pagi hari jam 6 dan 8 pagi</p>	Keseluruhan informan yang diwawancara mendalam menyatakan bahwa pemeriksaan dahak TB Paru dilakukan 2 kali pada jam 6 dan 8 pagi	Untuk waktu pemeriksaan dahak pasien itu bukan SPS (Sewaktu-Pagi-Sewaktu) lagi tapi hanya PS (Pagi-Sewaktu) yaitu pada jam 6 dan 8 pagi

	<p>m. Bagaimana untuk pemilihan PMO untuk pasien/penderita TB Paru?</p>	<p>C01: Oh, kalo PMO tu kan Pengawas Menelan Obat. Itu bisa dari eeh keluarga pasien, bisa dari kader TB</p> <p>D01: Pihak Puskesmas, Ibu ditunjuk menjadi seorang PMO untuk mengawasi Pasien/Penderita TB yang sekiranya tu, keluarganya tu sudah tidak ada lagi atau keluarga mereka menjauh dari Pasien/Penderita karena takut tertular. Nah disitulah Ibu diangkat menjadi kader TB oleh pihak Puskesmas untuk mengawasi Pasien/Penderita ini. Misal gini, ada penderita TB yang tinggal sendiri di rumah yang sakit tu misalnya nenek-nenek atau datuk-datuk, kito disuruh kerumahnyo, kito ingatkan dio tu jangan lalai atau lupu makan obat tu masalahnyo kan kalo dalam 6 bulan terlewat 1 kali ngulangnyo dari awal “Gitu”. Jadi kami turun.</p> <p>D02: Ibu kan orangnya aktif, gak mau diam di rumah. Terus Bu Rt kami ni bilang “ Ayo kita bantu Posyandu”,</p>	<p>Diambil dari keluarga dan kader</p> <p>Ditunjuk menjadi seorang PMO oleh pihak Puskesmas</p> <p>Ditunjuk menjadi seorang PMO ketika menjadi kader posyandu</p>	<p>Sebagian besar informan berpendapat bahwa PMO diambil dari tenaga kesehatan, keluarga, dan kader. Namun ada juga yang berpendapat bahwa tidak ada seorang PMO yang memantau minum obat</p>	<p>Pemilihan seorang PMO sendiri itu sesuai program harusnya dari tenaga kesehatan, akan tetapi kenyataannya di lapangan bahwa PMO ini diambil dari keluarga yang disegani oleh penderita atau dari kader TB Puskesmas</p>

		<p>sampailah dengan sekarang.</p> <p>D03: Dari Puskesmas karena saya dari kader Posyandu</p> <p>E01: Ga ada kan saya sendiri, gak ada yang memantau.</p> <p>A01: “Kalau di program sebenarnya kita pengennya tenaga kesehatan ya tetapi itu kan tidak mungkin, sementara Pasien itu menelan obatnya setiap hari makanya biasanya kita dalam program mengambil PMO-nya itu dari orang di dalam keluarganya yang disegani nya misalnya anak yang kena, orang tuanya kita ambil sebagai PMO, kalau suami yang kena mungkin istrinya yang kita ambil sebagai PMO karena dia yang akan mengawasi suaminya benar gak dia minum obat, benar gak anaknya minum obat. Nah kalau mengharap kan tenaga kesehatan kan tidak bisa dia 100% mengawasi, karenakan obat TB ini eee pengobatan TB ini memerlukan waktu yang cukup</p>	<p>Ditunjuk menjadi seorang PMO oleh pihak Puskesmas</p> <p>Tidak ada yang mengawasi dalam minum obat</p> <p>Diambil dari tenaga kesehatan atau dari keluarga yang disegani</p>		
--	--	--	---	--	--

		<p>lama ya, untuk pasien yang kita temukan pasien baru lah istilahnya itu adalah kita berikan pengobatan dengan Kategori 1, Kategori 1 itu pengobatannya paling cepat 6 bulan. Tapi kalau dia mangkir, kalau dia tidak teratur minum obatnya bisa lebih dari 6 bulan. kalau dia pengobatan Kategori 1 sudah sembuh, BTA-nya negatif di akhir pengobatan itu kan bisa kita katakan dia sembuh ya tapi dalam beberapa waktu lama kemudian misalnya ada 2 bulan, 3 bulan ataupun setahun, 2 tahun kemudian karena pola hidup, pola makan kebiasaan mungkin, nah dia akan kembali menjadi positif dengan pemeriksaan mikroskopis itu pasien bisa dikatakan dia kambuh. Nah kalau kambuh ini pengobatannya kita katakan dengan kategori 2 sekarang, kategori 2 ini dengan suntikan yang kita berikan pada fase awal itu suntiknya 2 bulan, obatnya yang setiap hari 3 bulan nanti yang lanjutan itu 6 bulan selang-selang ya 3 kali seminggu. Jadi kalau untuk pengobatan Kategori 1 itu 6 bulan yang fase awalnya atau fase intensif nya itu 2 bulan awal setiap</p>			
--	--	--	--	--	--

		hari lanjutannya 4 bulan 3 kali seminggu.			
n. Untuk seorang PMO, apakah perlu pelatihan khusus Bu?	<p>C01: “Kalo pelatihan iya, eh bukan pelatihan sih. Kalo pelatihan itu kan khusus berarti kan ada pendanaan khusus kan. Kalo ini kita cuman kayak eee refreshing kader gitu nah, pertemuan kader pada awal tahun”</p> <p>D01: Ada, pelatihan TB kayak caro-caronyo kito kesitu kan , terus kito kesitu harus pakai masker, dak boleh terlalu dekat kan takutnyo menular, takutnyo tu kalo imunitas Ibu lemah kontak sama penderita ha Ibu takut gitu tertular. “Tidak, dari Puskesmas saja”</p> <p>D02: Ada, kadang pelatihannyo di aula Puskesmas</p> <p>D03: Ado</p> <p>A01: Ndak, kalau PMO cukup konseling dari petugas Puskesmas itulah tadi ada tim dokternya, ada tim perawatnya. Jadi, mungkin nanti</p>	<p>Hanya pertemuan kader dengan tenaga kesehatan</p> <p>Hanya pelatihan dari pihak puskesmas saja</p> <p>Ada pelatihan dari pihak puskesmas</p> <p>Ada pelatihan dari pihak puskesmas</p> <p>Tidak perlu hanya konseling dari tenaga kesehatan yang ada dipuskesmas</p>	<p>Sebagian informan berpendapat bahwa seorang PMO memerlukan pelatihan, namun ada juga yang berpendapat bahwa PMO tidak memerlukan pelatihan khusus namun hanya pertemuan rutin dengan tenaga kesehatan</p>	<p>Untuk PMO sendiri tidak mendapatkan pelatihan khusus, akan tetapi hanya konseling dari tim Dokter dan Perawat Puskesmas</p>	

		dokter yang akan memberi tahu atau mengajarkan kan si PMO eee dokter atau perawat ya yang mengajarkan kepada si PMO apa yang harus dilakukan pada saat pasien menelan obat, apa mungkin gejala-gejala efek samping yang mungkin ditimbulkan setelah pasien menelan obat.			
3	SARANA DAN PRASARANA				
	a. Bagaimana dengan kelengkapan sarana dan prasarana di Puskesmas ?	<p>B01: Cukup</p> <p>C02: Untuk sarana dan prasarana pemeriksaan di Labor ini ya seperti mikroskop, untuk pewarnaanya ada pewarnaan gel marchant itu ada regennya, regent 1, regent 2, regent 3 itu untuk pewarnaanya. Sedangkan kalo untuk pembuatannya ada Objek Gelas, OSE, Lampu Busent, Lampu Spiritus</p> <p>D01: Sudah</p> <p>D02: Pokoknyo cukup lah</p> <p>D03:</p>	<p>Sudah mencukupi</p> <p>Sudah mencukupi</p> <p>Sudah mencukupi</p> <p>Sudah mencukupi</p>	<p>Sebagian besar informan yang diwawancara mendalam berpendapat bahwa kelengkapan sarana dan prasarana yang ada di puskesmas Kenali Besar sudah mencukupi. Namun ada juga yang kurang mengetahui kelengkapan dari sarana dan prasarana yang ada di puskesmas</p>	<p>Untuk sarana dan prasarana setiap Puskesmas terkait program DOTS itu di Laboratorium harus memiliki mikroskop binokuler serta alat penunjang di laboratorium seperti reagent, gel merchant, objek gelas,dll</p>

		<p>Kalo sekarang sih sudah cukup lah kan bukan untuk menginap</p> <p>E01: Saya cuman ambil obat dek disitu, mungkin bisa tanya ke Ibu Ena</p> <p>A01: “Kalau sarana dan prasarana setiap Puskesmas, karena kan untuk TB itu sarananya paling di laboratorium harus ada mikroskop binokuler. Nah, kalau sekarang penegakan diagnosis pakai TCM jadi harus ada TCM, nah tapi tidak semua Puskesmas punya TCM jadi nanti semua pasien yang mereka temukan akan mereka rujuk ke faskes yang punya TCM.....”</p>	<p>Kurang mengetahui kelengkapan sarana dan prasarana</p> <p>Sudah mencukupi</p>		
	b. Bagaimana dengan kondisi sarana dan prasarana yang ada di Puskesmas?	<p>B01: “Baik, semuanya baik”</p> <p>C01: “Untuk kondisi alat-alat terkait sarana dan prasarana masih bagus dari mikroskopnya, dari regennya, terus dari pot dahaknya. Pot dahaknya kita steril, kondisinya masih bagus”</p> <p>C02: “Kalo untuk sekarang cukup lah</p>	<p>Dalam keadaan baik</p> <p>Dalam keadaan baik</p> <p>Dalam keadaan baik</p>	<p>Keseluruhan informan yang diwawancara mendalam berpendapat bahwa kondisi sarana dan prasarana yang ada di Puskesmas Kenali Besar masih dalam keadaan baik</p>	<p>Kondisi Sarana dan Prasarana di Puskesmas Kenali Besar masih bagus dari mikroskop, regen, pot dahak steril</p>

		<p>dek, masih bisa dipakai”</p> <p>C03: “Kalo untuk kondisi masih bagus”</p> <p>D01: “Bagus, bagus dio sarana Prasarananyo”</p> <p>D02: Baguslah</p> <p>D03: Ndak, masih, masih baguslah</p>	<p>Dalam kondisi bagus</p> <p>Dalam keadaan baik</p> <p>Dalam kondisi bagus</p> <p>Dalam kondisi bagus</p>		
c. Apakah ada kendala terkait sarana dan prasarana yang dihadapi di Puskesmas ini?	<p>B01: “Gak ada”</p> <p>C01:kalo kendala terkait sarana dan prasarana sih gak ada</p> <p>C02: Gak, Insyaa Allah idak. Cukup”</p> <p>C03: “Eh, mungkin ruangnya ya, yang kurang memadai bagi kita ya karena terlalu kecil. Eh, terus ventilasi udaranya, pencahayaanya itu agak sedikit kurang”</p>	<p>Tidak ada kendala</p> <p>Tidak ada kendala</p> <p>Tidak ada kendala</p> <p>Kendala dari ruangan yang terlalu kecil sehingga ventilasi dan pencahayaan yang masuk ke ruang kurang bagus</p>	<p>Sebagian besar informan berpendapat bahwa tidak ada kendala terkait sarana dan prasarana di Puskesmas Kenali Besar. Namun ada juga yang berpendapat bahwa kendala yang ada di Puskesmas dari segi ruangan yang terlalu kecil serta pelayanan di puskesmas yang terlalu lama</p>	<p>Menurut Kepala Puskesmas, petugas program TB, dan petugas laboratorium berpendapat bahwa tidak ada kendala, akan tetapi menurut Dokter yang ada di Puskesmas menyatakan bahwa kendala Sarana dan Prasarana di Puskesmas Kenali besar yaitu ruangnya yang terlalu kecil, ventilasi udara,serta pencahayaan agak sedikit kurang. Menurut kader PMO bahwa kendala dari Sarana dan Prasarana</p>	

		<p>D01: “Ndak, cuman dari segi pelayanannya tu nah agak lamo gitu nah, ngantrinyo tu lamo jadi orang tu nunggu bosan. Apalagi pandemi ni kan disuruh pake masker, duduk dak boleh dekat-dekatan, sudah tu kan ini nunggu lamo, ini tepengap, apalagi mak-mak dengan datuk-datuk tu nah marah dionyo. Emang sih, lambatnyo tu karena 4 ada yang BPJS, ada yang umum, ada lansia, ada Ibu hamil. Cuman kalo dari pelayanan dari tenaga kesehatannya tu bagus , lamo antri bae”</p> <p>D02: Kalo menurut Ibu sih gak ada, lamcar-lancar aja</p> <p>D03: Ndak</p>	<p>Kendalanya dari segi pelayanan yang terlalu lama</p> <p>Tidak ada kendala</p> <p>Tidak ada kendala</p>		<p>yang ada di Puskesmas dari segi pelayanannya yang lumayan lama</p>
d. Bagaimana dengan ketersediaan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) di Puskesmas?	<p>B01: Cukup</p> <p>C01: “Pemberian OAT ini kan sudah dari pemerintah jadi kita gratiskan “Ga Ada Yang Bayar”</p>	<p>Tersedia</p> <p>Tersedia dari pemerintah</p>	<p>Keseluruhan informan yang diwawancara mendalam berpendapat bahwa ketersediaan OAT di Puskesmas dijamin oleh pemerintah dan diberikan secara gratis</p>	<p>Untuk ketersediaan Obat Anti TB (OAT) di Puskesmas Kenali Besar sudah cukup dan obat tersebut diberikan secara gratis kepada pasien.</p>	

		<p>C02: “Itu gratis, gratis semua. Yang namanya program TB Nasional itu negara yang membiayai, tidak dipungut biaya apapun”</p> <p>C03: “OAT cukup.....”</p> <p>D01: “Ada dek obatnya di Puskesmas , selalu tersedia”</p> <p>D02: Obat itu kalo ada pasien di bond ke Dinas, ke Gudang Farmasi. Apabila ketemu pasien positif nanti dijemput obatnya di bond ke Dinas Kesehatan melalui Gedung Farmasi. Kadang Poli DOTS-nya juga ada stocknya. Ada stocknya di gudang disini kan. Gak ada kendala kalo masalah obat.</p> <p>D03: Eh, itu harus ada pasien yang berobat dulu. Pasien dibawa berobat dionyo sudah pasti positif baru dikasih obatnyo.</p> <p>E01: Obatnya ada, saya datang kesana</p>	<p>Disediakan oleh pemerintah</p> <p>Tersedia</p> <p>Tersedia</p> <p>Tersedia untuk masalah obat di Puskesmas</p>		
--	--	--	---	--	--

		<p>terus ambil obat dari setelah tes lab</p> <p>A01: “Oh gini, ketersediaan OAT itu karena ini program obat disediakan oleh pemerintah ya makanya gratis dimanapun kecuali kalau dia berobat di rumah sakit swasta yang dokter meresepkan obat diluar obat program ya karena obat OAT ini ada juga obat patennya. Jadi dokter bisa meresepkan obat paten itu yang di luar dari obat program.....”</p>	<p>Ketersediaan obat dijamin oleh pemerintah dan diberikan secara gratis</p>		
e. Apakah ada kendala terkait OAT yang dihadapi di Puskesmas ini?	<p>B01: Nggak, Insyaa Allah</p> <p>C01: Tidak...</p> <p>C02: Kalo menurut Ibu itu tidak.....</p> <p>C03: “.....sudah tu kita kendalanya yang kategori 2 karena pakai injeksi, itu yang kita kadang penyediaan stocknya ya apa namanya eee pasien kadang-kadang datang dengan kategori 2 obatnya yang kadang belum tersedia dengan baik. Karena kategori 2 kalo kita stock obatnya dan pasiennya gak ada</p>	<p>Tidak ada kendala</p> <p>Tidak ada kendala</p> <p>Tidak ada kendala</p> <p>Kendalanya dari obat kategori 2 yang ketersediaan obat belum tersedia dengan baik</p>	<p>Sebagian besar informan berpendapat bahwa tidak ada kendala terkait OAT yang ada di puskesmas Kenali Besar. Namun ada juga yang berpendapat bahwa kendala OAT yang ada di Puskesmas dari obat kategori 2</p>	<p>Kendala terkait OAT ini di Puskesmas Kenali Besar yaitu pada obat kategori-2 dimana ketersediaan obat belum tersedia dengan baik diakarenakan minimnya jumlah pasien yang membutuhkan obat kategori-2 sehingga apabila di Stock maka obatnya akan kadaluwarsa</p>	

		takutnya expired”			
f. Bagaimana alur memperoleh OAT di Puskesmas?	<p>B01: “Ada permintaan dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan, ke Gudang Farmasi”</p> <p>C01: “Kalo alur yang untuk pengamprahan obat ke dinas kita membuatlah sesuai dengan target, kebutuhan kita berapa eeh sudah tu kita ajukan ke Dinas Kesehatan Kota di Acc (Terima). Setelah di Acc baru kita ke gedung farmasi untuk mengambil obatnya”</p> <p>C02: “Obat itu kalo ada pasien di bond ke Dinas, ke Gudang Farmasi. Apabila ketemu pasien positif nanti dijemput obatnya di bond ke Dinas Kesehatan melalui Gedung Farmasi. Kadang Poli DOTS-nya juga ada stocknya. Ada stocknya di gudang disini kan”</p> <p>A01: “Nah, obat program bisa diperoleh secara gratis Karena itu adalah kebijakan pemerintah pusat untuk</p>	<p>Permintaan obat dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan</p> <p>Permintaan obat sesuai dengan jumlah pasien yang ada lalu selanjutnya diajukan ke Dinas Kesehatan Kota</p> <p>Permintaan obat sesuai dengan jumlah pasien yang selanjutnya diajukan ke Dinas Kesehatan agar bisa dijemput obatnya</p> <p>OAT di puskesmas melalui Dinas Kesehatan Kota dan Dinas</p>	<p>Dari keseluruhan informan berpendapat bahwa alur memperoleh OAT di Puskesmas itu disesuaikan dengan jumlah pasien yang ada lalu diajukan ke Dinas Kesehatan Kota</p>	<p>OAT sendiri diperoleh sesuai kebutuhan jumlah pasien positif yang ada dari Dinas Kesehatan melalui gudang farmasi</p>	

		menyediakan obat pada pasien TB, jadi nanti dari pusat ke provinsi, provinsi ke kabupaten/kota masing-masing. Jadi kami dari dinas kesehatan kota akan minta obatnya ke dinas kesehatan provinsi sesuai dengan jumlah pasien yang biasanya kita temukan.....Jadi sudah punya komitmen masing-masing tugasnya apa di setiap tingkatan”	Kesehatan Provinsi		
	g. Apakah tersedianya ruangan khusus untuk program Pengendalian Tuberkulosis di Puskesmas?	<p>B01: Ada</p> <p>C01: Ada, ya inilah ruangnya</p> <p>C02: Kalo untuk program TB, ruangnya ya itulah Poli DOTS, terus untuk Ibu yang mewarnai ada Poli khusus pewarnaan disamping, terus untuk tempat pengumpulan dahak ruangan yang disebelah Poli DOTS</p> <p>C03: Iya</p> <p>D01: Ada, Puskesmas ada.</p>	<p>Terdapat ruangan khusus</p> <p>Terdapat ruangan khusus</p> <p>Terdapat ruangan khusus</p> <p>Terdapat ruangan khusus</p>	Dari keseluruhan informan berpendapat bahwa Puskesmas Kenali Besar memiliki ruangan khusus dalam menjalankan program DOTS	Di Puskesmas Kenali Besar memiliki satu ruangan khusus untuk program DOTS dan juga Form register TB-06 di pemegang program dan TB-04 pada petugas Laboratorium

		<p>D02: iyo, sebenarnya kan ruangnya tersendiri itu tu</p> <p>D03: Ado tu di Pojok sebelah kiri Puskesmas Poli DOTS</p> <p>E01: Iya, ruangnya di pojok sebelah kiri dari gerbang puskesmas.</p>	<p>Terdapat ruangan khusus</p> <p>Terdapat ruangan khusus</p> <p>Terdapat ruangan khusus</p>		
	<p>h. Berapakah total keseluruhan serta fungsi masing-masing Form TB</p>	<p>A01: Form TB itu ada sampai 16 dan fungsinya beda-beda. Jadi dari TB-01 biasanya untuk kartu pengobatan pasien di puskesmas. TB-02 untuk pasien mengambil obat, jadi TB-02 itu tertinggal ke pasien kapan dia harus datang lagi ke Puskesmas untuk mengambil obat. TB-03 itu buku untuk pelaporan pasien yang diobati di Puskesmas tersebut jadi apa namanya ya eee rekapan pasien TB yang diobati di Puskesmas itu adanya di TB-03. TB-04 itu buku register laboratorium ada di labor. TB-05 itu buku rujukan untuk mengirim sampel, suspek ke laboratorium. TB-06 itu daftar suspek. TB-07 itu format pelaporan kita ke dinas provinsi untuk kabupaten/kota. TB 07, 08, 11 itu</p>	<p>Total ada 16 dan setiap fungsinya berbeda-beda</p>	<p>Total ada 16 dan setiap fungsinya berbeda-beda</p>	<p>total Form TB ada 16 dengan fungsi yang berbeda antara satu dengan yang lain dimana Form TB-01 merupakan kartu pengobatan pasien, TB-02 merupakan kartu jadwal mengambil obat pasien, TB-03 buku laporan pasien, TB-04 merupakan buku register Labor, TB-05 rujukan mengantar sampel ke laboratorium, TB-06 daftar suspek, TB-07,08,11 Format pelaporan Dinkes Kota ke Dinkes Provinsi, TB-09 format pindah pasien, TB-10 Format pasien setelah pindah, TB-12 kroscek,</p>

		<p>untuk pelaporan dari dinas kabupaten/kota ke provinsi. Nah TB-09 itu format pindah pasien. TB-10 itu format pasien setelah pindah Dia harus melaporkan ke Puskesmas tempat dia mengirim tadi kalau dia sudah selesai pengobatan nantinya, itu di form TB-10. TB-12 Itu form kroscek jadi semua sediaan yang dilakukan pemeriksaan mikroskopis untuk TB harus kita kroscek ke laboratorium untuk pemantauan mutu internalnya Puskesmas Jadi benar dak yang diperiksa itu benar-benar positif atau negatif, itu biasanya kita kroscek di laboratorium daerah provinsi per 3 bulan. TB-13 itu pelaporan obat. TB-14 itu data sumber daya kesehatan untuk program TB di puskesmas ataupun di faskes dan di Dinas Kesehatan. TB-15 itu untuk kontak dengan pasien anak. TB-16 itu kontak investigasi, TB-16 itu ada dua untuk investigasi kontak dan ada untuk rekapannya. Jadi itu semua form TB yang baku dipakai di seluruh dunia.</p>			<p>TB-13 pelaporan obat, TB-14 sumber daya program TB di Puskesmas atau faskes, TB-15 untuk kontak pasien anak, TB-16 Kontak investigasi, form ini baku dipakai di seluruh dunia</p>
4	KATEGORI PASIEN				
	a. Bagaimana dengan hasil pengobatan TB Paru?	C01: “.....Kalo meninggal itu kadang	Kategori pasien terdiri dari pasien	Kategori pasien terdiri dari pasien meninggal,	Untuk hasil pengobatan TB sendiri meliputi

		<p>dia baru minum obat beberapa bulan, mungkin ada penyakit penyerta misal ada penyakit gula, hipertensi, penyakit ginjal, atau sudah parah, baru diobati. Kita kan gak tahu ada kombinasi dari penyakit itu sendiri. Terus untuk hasil pengobatan lain, untuk pengobatan lengkap ada 1,2, terus yang putus berobat ada juga “baru minum obat 2 minggu udah dak minum lagi, dilacak kerumahnya dia gak ada, dia pindah atau dia kasih alamat palsu sehingga kita tidak bisa mengunjungi. Kita turun mengunjungi alamatnya salah. Gitu”</p> <p>A01: “Kalau meninggal udah pasti dengan pengobatan TB dia meninggal, kan karena pengobatan ini lama 6 bulan..... Kalau sembuh, kalau dia penegakan diagnosis awalnya yang secara mikroskopis berarti melalui BTA, kalau dia BTA (+) akhir pengobatannya menjadi BTA (-) itu dapat dikatakan bahwa dia sembuh. Tapi kalau misal dia pemeriksaan di bulan kedua mikroskopisnya hanya satu kali di bulan kelima dan</p>	<p>meninggal, sembuh, pengobatan lengkap default/putus berobat, dan pindah</p>	<p>sembuh, pengobatan lengkap default/putus berobat, dan pindah</p>	<p>pasien meninggal, pasien sembuh, pasien pengobatan lengkap, pasien putus berobat/default, pasien pindah berobat. Pasien dikatakan meninggal jika dalam masa pengobatan 6 bulan dia meninggal, pasien sembuh jika dalam penegakkan diagnosis mikroskopis dari BTA(+) menjadi BTA(-), pasien pengobatan lengkap jika pemeriksaan mikroskopisnya hanya 1 kali pada bulan kedua pengobatan sedangkan pada bulan kelima dan keenam pasien tidak memeriksakan dahak secara mikroskopis, pasien defaul/putus berobat jika pasien tidak menyelesaikan 6 bulan pengobatan, sedangkan untuk pasien pindah itu jika dalam masa pengobatan di faskes tempat pasien berobat awal pindah ke faskes pengobatan lain</p>
--	--	---	--	---	---

		<p>keenam, dia tidak periksa dahaknya secara mikroskopis, itu hanya bisa dikatakan dia pengobatan lengkap bukan sembuh.....Kalau untuk pasien yang default misalnya pasien yang dalam pengobatan TB dia tidak datang lagi ke Puskesmas untuk mengambil obat. Jadi sudah kita telepon entah dia eee sengaja putus sehingga tidak minum obat, sudah kita cari entah dia pindah kemana, petugas Puskesmas sudah turun (kewajiban petugas) kalau kejadian seperti ini kita katakan default atau putus berobat.....Yang satu lagi pindah, itu pasien kita katakan pindah Kalau misalnya dalam masa pengobatan dia pindah pengobatan ke faskes lain.....”</p>			
	<p>b. Hasil pengobatan kategori sembuh, apakah masih ada kemungkinan pasien tersebut dapat kembali terjangkit TB atau sembuh total?</p>	<p>A01: Kalau dia masih dalam pengobatan mau kita katakan dia kambuh atau tidak itu kalau dia kembali menjadi positif atau secara klinis dokter mengatakan “Wah ini TB lagi” dengan pemeriksaan rontgen masih ada gambaran TB. Jadi untuk kambuh itu kemungkinan besar ada, tergantung dari pola hidup pasien misalnya suka begadang karena kita tahu apalagi dalam masa pandemi</p>	<p>Dapat kembali kambuh jika melakukan pola hidup tidak sehat</p>	<p>Dari informasi didapat bahwa pasien kategori pengobatan sembuh dapat kembali TB jika melakukan pola hidup yang tidak sehat</p>	<p>Untuk kategori pasien sembuh bisa kembali menjadi kambuh atau positif melalui pemeriksaan secara mikroskopis atau rontgen yang diakibatkan oleh pola hidup pasien yang kurang baik seperti suka begadang, kurang istirahat, pola makan tidak bagus, tidak</p>

		<p>bawah istirahat itu memang harus cukup untuk membangun antibodi tubuh kita masing-masing. Nah, kalau memang kurang istirahat, pola makan tidak bagus, di sekitar kita ada orang terinfeksi TB dan bisa menularkan ke kita dan kita tidak melakukan protokol kesehatan dengan baik, itu kan bisa menular lagi kepada si pasien. Jadi sebenarnya kita semua ini sudah ada kuman TB di dalam tubuh kita masing-masing tinggal dia bangkit menunggu keadaan atau kondisi tubuh kita tidak baik. Kalau tubuh kita tidak baik antibodi turun, kalau ada orang TB di dekat kita maka kita akan terinfeksi. Jadi faktor-faktor itulah yang bisa membuat pasien kambuh, jangankan pasien kambuh pasien yang kita obati Kategori-1, kategori-2, ada lagi pasien yang nantinya resisten karena sudah diobati dengan Kategori 1, kategori 2, berarti mestinya kalau di sudah diobati Kategori 1 kategori 2 dia mestinya pola hidupnya memang benar-benar pola hidup yang sehat. Nah, kalau setelah obat kategori 2 ini dia kembali TB lagi, nah itu belum ada obatnya di dalam program. Kalau</p>			<p>melakukan protokol kesehatan yang baik terhadap orang yang teridentifikasi pasien positif TB. Pasien TB kategori-1 apabila kembali kambuh maka dilakukan pengobatan kategori-2 namun jika setelah pengobatan kategori-2 masih kembali kambuh maka belum ada obat di dalam program. Sedangkan untuk pasien yang sensitif terhadap rifampisin atau TB-Resistance/TB Multi Drug Resistance (TB-MDR) itu pengobatannya berada di RS.Raden Mattaher</p>
--	--	--	--	--	---

		dia kembali TB tetapi masih sensitif terhadap rifampisin itu tidak ada obatnya di dalam program, akan tetapi ada pengobatannya, sekarang di provinsi Jambi ini adanya di Raden Mattaher, itulah yang kita katakan dengan pasien TB-Resistance, TB Multi Drug Resistance atau TB-MDR			
c. Kapan seorang pasien bisa putus berobat dan apa alasannya?	<p>C03: “Satu dari hasil dahaknya negatif ya, BTA-nya negatif. Kedua, dari Rontgen sudah mulai nampak membaik, terus kita lihat kondisi pasien.....”</p> <p>D01: “Dio lupu, kato dio tu Lupo. Iyo kadang sehari tu 3 kali harusnya dio makan sekali cuman dimakannyo. Kan Ibu kesitu Ibu bikin jadwal, misal 5 hari ni terus Ibu tengok disitu obatnyo dibungkus tu 5 kadang cuman habis. Seharusnyo kan kalo 5 hari tu habisnyo harus 15 bungkus obat. Dio tu tadi karena tuo tu lupu nak minum obat”</p> <p>D02: “Kebanyakan yang saya tanya tu kelupaan, “Perasaan sudah dimakan” kato orang tu padahal</p>	<p>Ketika mulai terlihat kondisi pasien mulai membaik</p> <p>Lupa dalam meminum obat tepat waktu</p> <p>Lupa dalam meminum obat tepat waktu</p>	<p>Dari keseluruhan informan didapatkan informasi bahwa seorang pasien bisa berhenti minum obat jika terlihat kondisi sudah membaik dan alasan mereka putus berobat karena mereka lupa dan malas dalam meminum obat tepat waktu</p>	<p>Seorang pasien bisa putus dalam berobat bila hasil pemeriksaan mikroskopis BTA negatif dan dari rontgen sudah terlihat membaik. Sedangkan untuk alasan pasien default/putus berobat dikarenakan pasien tersebut lupa dan malas untuk minum obat,</p>	

		<p>obat tu misal obat untuk 5 harikan harusnyo habis 15 kan soalnya 3 kali sehari. Tapi pas Ibu tengok cuman 7 lah kadang 8 padahal dio harus rutin, telat bae sekali dak minum obat tu ngulang dari awa</p> <p>D03: “Kadang karano malas. Pertama kali tu malas, yang jelasnyo malas, malas berobat dan makan obat. Karena obatnyo tu besak-besak ha jangan sampai putus, sekali putus ngulang lagi dari awal.....”</p>	<p>Malas dalam memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan serta dalam meminum obat tepat waktu</p>		
--	--	--	--	--	--

INTERPRETASI HASIL INDEPTH INTERVIEW

NO	TOPIK PERTANYAAN	INTERPRETASI
1	<p>PERTANYAAN</p> <p>Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Jambi di Puskesmas Kenali Besar bahwa jumlah seluruh kasus TB terjadi peningkatan sebesar 46 kasus (tahun 2016), 71 kasus (2017), 59 kasus (2018), 60 kasus (tahun 2019), dengan angka penemua kasus baru (CDR) sebesar 53,33% (tahun 2019) dan angka kesembuhan sebesar 68,85% (tahun 2019) yang belum mencapai target nasional masing-masing sebesar 70% (CDR) dan 85% (Angka Kesembuhan). Sedangkan sebelumnya sudah Ibu jelaskan bahwa untuk Tenaga Kesehatannya sendiri sudah cukup, Sudah mendapatkan pelatihan juga, dan untuk Sarana & Prasarana tergolong baik tidak ada kendala, Apa tanggapan Bapak/Ibu terhadap kejadian tersebut?</p> <p>a. Bu, kalau boleh tahu program Dots itu programnya seperti apa ?</p>	<p>Masih rendahnya penemuan kasus serta angka kesembuhan di Puskesmas Kenali Besar disebabkan oleh beberapa faktor yakni kurangnya kesadaran dari masyarakat untuk mau berobat atau memeriksakan dirinya ke Puskesmas ketika ada gejala-gejala yang mengarah ke TB, minimnya informasi pasien yang beranggapan bahwa penyakit TB ini merupakan penyakit guna-guna atau penyakit buatan orang, Kepatuhan minum obat yang masih rendah dikarenakan obat TB harus diminum selama 6 bulan secara rutin apabila terputus harus mengulang dari awal kembali serta obat TB ini juga memiliki efek samping seperti mual, muntah, lemas, tidak bisa berdiri,dll sehingga pasien sukar dalam meminum obat, Malu untuk mengakui bahwa dirinya menderita TB dikarenakan takut nantinya akan dikucilkan oleh masyarakat, dan juga di Jambi untuk sanitasi lingkungan belum sepenuhnya rumah sehat, serta wilayah di puskesmas dan jumlah penduduk cukup besar sehingga tidak akan tercover jika hanya dari petugas kesehatan</p> <p>Program DOTS itu sendiri merupakan strategi yang dibuat oleh pemerintah melalui keputusan dari WHO, program ini apabila dilakukan dengan maksimal maka pasien akan bisa sembuh. DOTS juga telah diterapkan di seluruh Puskesmas Kota Jambi, Rumah Sakit Pemerintah serta di beberapa Rumah Sakit swasta seperti Theresia, Arafah, Kambang, Siloam dan juga mempunyai sebuah klinik yang membantu rangkaian pengobatan bernama PPTI (Persatuan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia) di</p>

2	<p>SUMBER DAYA MANUSIA (SDM)</p> <p>a. Apakah Puskesmas mempunyai tim DOTS?</p>	<p>belakang DKT. Program ini dilakukan secara gratis di seluruh faskes yang ada di Kota Jambi.</p> <p>Program DOTS diterapkan di puskesmas yang ada di Kota Jambi sejak tahun 2004, namun menurut keterangan dari informan yang ada bahwa program DOTS sudah ada sejak puskesmas berdiri untuk tahun pastinya pada rentang tahun 2004-2010</p> <p>Selama program ini berjalan manfaatnya pengobatan TB dapat dilakukan sesegera mungkin dilakukan melalui pemeriksaan laboratorium atau secara mikroskopis, namun untuk sekarang ada namanya TCM sebuah alat yang mampu mendeteksi pemeriksaan BTA secara cepat dan akurat. Walaupun demikian kenyataannya di lapangan jumlah kasus masih tinggi</p> <p>Untuk faskes yang telah menerapkan program DOTS harus menerapkan 5 komponen didalam strategi DOTS yang sesuai dengan pedoman baku di Indonesia dan seluruh dunia yaitu komitmen politis dari pengambil kebijakan, penegakan berdasarkan mikroskopis, pencatatan dan pelaporan, ketersediaan obat, serta monitoring dan evaluasi.</p> <p>Untuk bentuk komitmen politis yang diterapkan di Puskesmas Kenali Besar bahwa pasien harus menandatangani diatas materai 6000 sebagai bentuk persetujuan bahwa mereka bersedia untuk diobati dan mematuhi aturan yang akan diberikan serta harus menelan obat secara langsung di depan tenaga kesehatan</p> <p>Fasilitas kesehatan dalam menanggulangi TB di Puskesmas dibagi menjadi 3 yaitu Puskesmas Satelit, Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM), dan Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM). Puskesmas Satelit, hanya melakukan pemeriksaan sampai pembuatan sediaan. Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM), Puskesmas rujukan pemeriksaan dahak dari Puskesmas Satelit hingga pembacaan hasil. Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM), Puskesmas yang melakukan pemeriksaan hingga pembacaan hasil. Puskesmas di Kota Jambi semuanya sudah memiliki tenaga Laboratorium yang lengkap sehingga tidak ada lagi Puskesmas Satelit.</p> <p>Untuk Syarat sebuah Puskesmas dalam melakukan pemeriksaan terkait program DOTS</p>
---	---	---

<p>b. Siapa saja yang terlibat dalam tim ini?</p> <p>c. Bagaimana peran tenaga kesehatan dalam program ini Bu?</p> <p>d. Apakah tim tersebut bekoordinasi antara satu sama lain?</p> <p>e. Apakah tim tersebut sudah terlatih dalam program ini?</p> <p>f. Menurut Bapak/Ibu seberapa penting pelatihan dalam program penanggulangan TB ini?</p> <p>g. Dalam sisi kuantitas, apakah jumlah tenaga kesehatan sudah mencukupi?</p> <p>h. Apakah tenaga kesehatan memiliki kendala selama menjalankan program ini?</p>	<p>itu harus ada sebuah tim DOTS</p> <p>Sebuah Puskesmas dalam melakukan pemeriksaan terkait program DOTS itu harus ada sebuah tim yang meliputi Dokter, Petugas Labor, Petugas Program TB. Namun ada juga yang berpendapat bahwa tim di Puskesmas terkait program DOTS ini, ada kurang atau lebih dari 3</p> <p>Peran tim tersebut dalam program ini dimana dokter sebagai penegak diagnosis serta pengambil keputusan pengobatan, Petugas Program TB sebagai yang melakukan pencatatan, melakukan pemeriksaan fisik, serta memberikan pengobatan, sedangkan untuk Petugas Labor sendiri sebagai pemeriksa labor seperti membuat fiksasi, mewarnai, membaca hasil, memberikan hasilnya ke Petugas TB</p> <p>Tim ini juga berkoordinasi antara satu sama lain dalam melacak pasien TB, selain itu tim ini juga harus berkoordinasi dengan Kepala Puskesmas</p> <p>Tim ini mendapatkan pelatihan dari Dinas Kesehatan tujuan agar mereka mengetahui beban kerja serta tugas mereka masing-masing</p> <p>Pelatihan ini sangat penting bagi tenaga kesehatan karena jika mereka tidak dilatih, mereka tidak akan tahu tugas mereka di dalam program ini. Selain itu dengan adanya pelatihan ini juga dapat menambah wawasan serta ilmu-ilmu yang baru seperti cara mengajak pasien untuk periksa dahak, menemukan dan memastikan pemberian obat TB pada pasien.</p> <p>Untuk jumlah tenaga kesehatan di Kota Jambi sudah mencukupi, semua Puskesmas di Kota Jambi sudah mempunyai tim DOTS yang terdiri dari Dokter, Petugas TB, dan Laboratorium. Namun tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Kenali Besar menyatakan bahwa jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Kenali Besar kurang dari tenaga yang turun langsung ke lapangan</p> <p>Untuk kendala sendiri yang dihadapi oleh petugas kesehatan di Puskesmas Kenali Besar dalam menjalani program ini yaitu kurangnya kesadaran pasien dalam mengantarkan dahak tepat waktu ke Puskesmas sehingga hasil pemeriksaan mikroskopis kurang memuaskan</p>
---	--

3	<p>i. Apakah ada SOP (Standar Operasional Pelayanan) yang diterapkan Puskesmas dalam menanggulangi TB Paru?</p> <p>j. Bagaimana alur pemeriksaan penderita TB Paru di Puskesmas?</p> <p>k. Menurut pendapat Bapak/Ibu bagaimana dengan pelayanan/pemeriksaan yang diberikan oleh petugas kesehatan kepada pasien?</p> <p>l. Bagaimana dengan pemeriksaan dahak TB Paru, berapa kali dilakukan?</p> <p>m. Bagaimana untuk pemilihan PMO untuk pasien/penderita TB Paru?</p> <p>n. Untuk seorang PMO, apakah perlu pelatihan khusus Bu?</p> <p>SARANA DAN PRASARANA</p> <p>a. Bagaimana dengan kelengkapan sarana dan prasarana di Puskesmas?</p> <p>b. Bagaimana dengan kondisi sarana dan prasarana yang ada di Puskesmas?</p> <p>c. Apakah ada kendala terkait sarana dan</p>	<p>Dalam menjalankan program DOTS ini, Puskesmas Kenali Besar memiliki SOP (Standar Operasional Pelayanan) yakni SOP Pengobatan TB, Pemeriksaan BTA, SOP Pencarian TB, SOP Penemuan, SOP Penatalaksanaan, SOP Kunjungan Kontak serumah, SOP Penatalaksanaan TB-NGA, dan SOP Pelacakan kasus mangkir.</p> <p>Alur pemeriksaan seseorang penderita TB di Puskesmas jika ada masyarakat yang bergejala mengarah ke TB seperti batuk lebih dari 2 minggu, demam malam, berat badan menurun, dll. Nantinya akan disarankan untuk melakukan pemeriksaan dahak dan di cek di Laboratorium jika hasil positif maka akan dilakukan pengobatan namun jika hasil negatif maka akan dirujuk ke fasilitas kesehatan lain agar di rontgen atau pemeriksaan secara TCM</p> <p>Dari segi pelayanan/pemeriksaan yang diberikan petugas kesehatan kepada pasien di Puskesmas Kenali besar sudah tergolong bagus</p> <p>Untuk waktu pemeriksaan dahak pasien itu bukan SPS (Sewaktu-Pagi-Sewaktu) lagi tapi hanya PS (Pagi-Sewaktu) yaitu pada jam 6 dan 8 pagi</p> <p>Pemilihan seorang PMO sendiri itu sesuai program harusnya dari tenaga kesehatan, akan tetapi kenyataannya di lapangan bahwa PMO ini diambil dari keluarga yang disegani oleh penderita atau dari kader TB Puskesmas</p> <p>Untuk PMO sendiri tidak mendapatkan pelatihan khusus, akan tetapi hanya konseling dari tim Dokter dan Perawat Puskesmas</p> <p>Untuk sarana dan prasarana setiap Puskesmas terkait program DOTS itu di Laboratorium harus memiliki mikroskop binokuler serta alat penunjang di laboratorium seperti reagent, gel merchant, objek gelas, dll</p> <p>Kondisi Sarana dan Prasarana di Puskesmas Kenali Besar masih bagus dari mikroskop, regen, pot dahak steril</p> <p>Menurut Kepala Puskesmas, petugas program TB, dan petugas laboratorium berpendapat</p>
---	---	--

4	<p>prasarana yang dihadapi di Puskesmas ini?</p> <p>d. Bagaimana dengan ketersediaan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) di Puskesmas?</p> <p>e. Apakah ada kendala terkait OAT yang dihadapi di Puskesmas ini?</p> <p>f. Bagaimana alur memperoleh OAT di Puskesmas?</p> <p>g. Berapakah total keseluruhan serta fungsi masing-masing Form TB</p> <p>KATEGORI PASIEN</p> <p>a. Bagaimana dengan hasil pengobatan TB Paru?</p>	<p>bahwa tidak ada kendala, akan tetapi menurut Dokter yang ada di Puskesmas menyatakan bahwa kendala Sarana dan Prasarana di Puskesmas Kenali besar yaitu ruangannya yang terlalu kecil, ventilasi udara,serta pencahayaan agak sedikit kurang. Menurut kader PMO bahwa kendala dari Sarana dan Prasarana yang ada di Puskesmas dari segi pelayanannya yang lumayan lama</p> <p>Untuk ketersediaan Obat Anti TB (OAT) di Puskesmas Kenali Besar sudah cukup dan obat tersebut diberikan secara gratis kepada pasien.</p> <p>Kendala terkait OAT ini di Puskesmas Kenali Besar yaitu pada obat kategori-2 dimana ketersediaan obat belum tersedia dengan baik diakarenakan minimnya jumlah pasien yang membutuhkan obat kategori-2 sehingga apabila di Stock maka obatnya akan kadaluwarsa</p> <p>Di Puskesmas Kenali Besar memiliki satu ruangan khusus untuk program DOTS dan juga Form register TB-06 di pemegang program dan TB-04 pada petugas Laboratorium</p> <p>Total Form TB ada 16 dengan fungsi yang berbeda antara satu dengan yang lain dimana Form TB-01 merupakan kartu pengobatan pasien, TB-02 merupakan kartu jadwal mengambil obat pasien, TB-03 buku laporan pasien, TB-04 merupakan buku register Labor, TB-05 rujukan mengantar sampel ke laboratorium, TB-06 daftar suspek, TB-07,08,11 Format pelaporan Dinkes Kota ke Dinkes Provinsi, TB-09 format pindah pasien, TB-10 Format pasien setelah pindah, TB-12 kroscek, TB-13 pelaporan obat, TB-14 sumber daya program TB di Puskesmas atau faskes, TB-15 untuk kontak pasien anak, TB-16 Kontak investigasi, form ini baku dipakai di seluruh dunia</p> <p>Untuk hasil pengobatan TB sendiri meliputi pasien meninggal, pasien sembuh, pasien pengobatan lengkap, pasien putus berobat/default, pasien pindah berobat. Pasien dikatakan meninggal jika dalam masa pengobatan 6 bulan dia meninggal, pasien sembuh jika dalam penegakkan diagnosis mikroskopis dari BTA(+) menjadi BTA(-), pasien pengobatan lengkap jika pemeriksaan mikroskopisnya hanya 1 kali pada bulan kedua pengobatan sedangkan pada bulan kelima dan keenam pasien tidak memeriksakan dahak secara mikroskopis, pasien defaul/putus berobat jika pasien tidak menyelesaikan 6 bulan</p>
---	--	--

	<p>b. Hasil pengobatan kategori sembuh, apakah masih ada kemungkinan pasien tersebut dapat kembali terjangkit TB atau sembuh total?</p> <p>c. Kapan seorang pasien bisa putus berobat dan apa alasannya?</p>	<p>pengobatan, sedangkan untuk pasien pindah itu jika dalam masa pengobatan di faskes tempat pasien berobat awal pindah ke faskes pengobatan lain</p> <p>Untuk kategori pasien sembuh bisa kembali menjadi kambuh atau positif melalui pemeriksaan secara mikroskopis atau rontgent yang diakibatkan oleh pola hidup pasien yang kurang baik seperti suka begadang, kurang isitirahat, pola makan tidak bagus, tidak melakukan protokol kesehatan yang baik terhadap orang yang teridentifikasi pasien positif TB. Pasien TB kategori-1 apabila kembali kambuh maka dilakukan pengobatan kategori-2 namun jika setelah pengobatan kategori-2 masih kembali kambuh maka belum ada obat di dalam program. Sedangkan untuk pasien yang sensitif terhadap rifampisin atau TB-Resistance/TB Multi Drug Resistance (TB-MDR) itu pengobatannya berada di RS.Raden Mattaher</p> <p>Seorang pasien bisa putus dalam berobat bila hasil pemeriksaan mikroskopis BTA negatif dan dari rontgen sudah terlihat membaik. Sedangkan untuk alasan pasien default/putus berobat dikarenakan pasien tersebut lupa dan malas untuk minum obat</p>
--	--	--

LEMBAR OBSERVASI

Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) dalam Upaya Menurunkan Angka Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi

No.	Sarana & Prasarana	KETERSEDIAAN	
		ADA	TIDAK
1.	Ruang Layanan Tuberkulosis (Unit DOTS)	✓	
2.	Laboratorium	✓	
3.	Tempat Pengumpulan Dahak (Sputum)	✓	
4.	Buku Pedoman Pengendalian Tuberkulosis :		
	a. Pedoman teknis pencegahan dan pengendalian infeksi TB di pelayanan kesehatan primer/puskesmas	✓	
	b. Panduan pengelolaan logistik TB	✓	
	c. Juknis terpadu penanggulangan TB resistansi obat (MPTRO)	✓	
5.	Format Pencatatan dan Pelaporan TB (Form TB 01, Form TB 02, Form 03.UPK, Form TB 04, Form TB 05, Form TB 06, Form TB 09, Form TB 10)	✓	