

IMPLEMENTASI PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS DI PUSKESMAS GLUGUR DARAT KOTA MEDAN

Muchti Yuda Pratama¹, Fitriani Pramita Gurning², Suharto³
Akademi Keperawatan Kesdam I/Bukit Barisan^{1,3}
Universitas Islam Negeri Sumatera Utara²
muchtiyuda@kesdammedan.ac.id¹

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi kebijakan penanggulangan Tuberkulosis di Puskesmas Glugur Darat. Desain penelitian ini menggunakan metode pendekatan kuantitatif dan kualitatif, dimana metode pendekatan kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan implementasi kebijakan penanggulangan Tuberkulosis di Puskesmas Glugur Darat belum berjalan semaksimal mungkin. Angka kesembuhan penderita Tuberkulosis di Puskesmas Glugur Darat 46,15% dan kurang dari target nasional sebesar >85% dan angka keberhasilan pengobatan 65,38% juga kurang dari target nasional yaitu 85%. Simpulan, kepala puskesmas, petugas tuberkulosis, dan kader sudah menggunakan pedoman tuberkulosis nasional dan strategi DOTS dengan baik, namun implementasi belum berjalan dengan baik karena masih terdapat masyarakat yang kurang partisipasi dalam kegiatan promosi kesehatan.

Kata Kunci : Glugur Darat, Implementasi, Penanggulangan Kebijakan Tuberkulosis

ABSTRACT

This study aims to determine the implementation of tuberculosis control policies at Puskesmas Glugur Darat. This research design uses quantitative and qualitative approaches, where the method is a qualitative approach. The results showed that the implementation of the tuberculosis control policy at the Glugur Darat Community Health Center had not run as well as possible. The cure rate for tuberculosis patients at Puskesmas Glugur Darat was 46.15% and less than the national target of > 85% and the treatment success rate of 65.38% was also less than the national target of 85%. In conclusion, the head of the puskesmas, tuberculosis officers, and cadres have used the national tuberculosis guidelines and the DOTS strategy well, but implementation has not gone well because there are still people who do not participate in health promotion activities.

Keywords: Land Glug, Implementation, Countermeasures for Tuberculosis Policy

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *mycobacterium tuberculosis*, yang menyerang organ paru-paru dan juga menyerang organ lain. Berdasarkan data WHO tahun 2016 terdapat 6,3 juta kasus baru tuberkulosis setara dengan 61% dari perkiraan kejadian 10,4 juta. Terdapat 1,4 juta kematian ditambah 0,4 juta kematian akibat tuberkulosis pada orang yang dengan positif HIV (WHO, 2017). Walaupun setiap orang dapat mengidap TBC, penyakit tersebut berkembang pesat pada orang yang hidup dalam kemiskinan, kelompok terpinggirkan, dan populasi rentan lainnya. Kepadatan penduduk di Indonesia sebesar 136,9 per 2 km dengan jumlah penduduk miskin pada September 2017 sebesar 10,12% (Susenas, 2017).

Pengobatan tuberkulosis memerlukan waktu yang relatif panjang, dengan dua tahap, yaitu tahap awal (intensif) dan tahap lanjutan (Suryadi et al., 2019). Kepatuhan penderita sangat dibutuhkan untuk kesembuhan pasien tuberkulosis paru, jika pasien TB Paru tidak patuh minum obat atau sampai putus berobat maka akan menyebabkan pasien carier, sehingga akan menularkan penyakit TB Paru ke orang lain disekitarnya (Indrawaty, 2012).

Penyakit tuberkulosis (TB) adalah masalah kesehatan masyarakat dunia, yang ditetapkan sebagai *global emergency* (kedaruratan dunia), meskipun pengendalian dengan strategi *directly observed treatment short course therapy* (DOTS) telah diterapkan secara global selama 21 tahun. WHO (2015) memperkirakan terdapat 8,6 juta kasus TB positif di dunia, dimana 1,1 juta orang adalah penderita TB dengan HIV positif. Sebanyak 450.000 orang di dunia telah menderita penyakit TB MDR (*multy drug resistency*) dengan 170.000 diantaranya ditemukan meninggal. Demikian tingginya kasus TB membuat WHO dalam Kemenkes RI (2014) mengingatkan negara-negara berkembang termasuk Indonesia untuk menyusun dan memastikan langkah-langkah penanggulangan TB.

Menurut WHO Global TB Report 2018 memperkirakan insiden TBC di Indonesia mencapai 842.000 kasus dengan mortalitas 107.000 kasus. Dengan adanya data tersebut, Indonesia adalah negara dengan beban TBC tertinggi ketiga di dunia, setelah India dan Tiongkok. Sehingga kondisi tersebut memprihatinkan, terlebih bisa berdampak pada sosial maupun ekonomi. Sebagian besar kasus TBC terjadi di usia produktif, yaitu antara 15 sampai 54 tahun. Kondisi ini membuat pasien kehilangan waktu produktif, karena kecacatan dan kematian dini yang berdampak pada kerugian ekonomi.

Indonesia adalah negara yang termasuk dalam *high burden countries* (negara dengan masalah TB terbesar), dimana sekitar 75% penderita TB adalah kelompok usia paling produktif secara ekonomi yaitu umur 15-50 tahun. Keadaan ini membuat penyakit TB merupakan hambatan utama untuk mencapai masyarakat sehat yang produktif secara sosial maupun ekonomi sebagaimana yang diamanatkan oleh Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan. Kemenkes RI (2011) memperkirakan bahwa rata-rata kelompok masyarakat penderita TB dewasa kehilangan waktu kerjanya mencapai 3-4 bulan, sehingga menyebabkan kehilangan pendapatan rumah tangga sekitar 20-30%. Indonesia juga dihadapkan pada tantangan utama yaitu banyaknya kasus TB tidak ditemukan dan atau tidak dilaporkan.

Menurut Kemenkes RI (2014) angka kasus TB yang tidak ditemukan dan atau tidak dilaporkan (TB hilang) mencapai 130.000 kasus. Hal ini diakibatkan oleh masalah internal pada Kabupaten/Kota diantaranya yaitu fasilitas pelayanan kesehatan terutama Puskesmas yang belum maksimal menjalankan strategi pengendalian TB dengan strategi DOTS,

terutama dalam hal penemuan sedini mungkin kasus TB dimasyarakat dan pengobatan sesuai standar dan masalah ketenagaan di Puskesmas.

Sedangkan di Sumut, pada 2016 jumlahnya mencapai 23.097 kasus dengan angka kematian 5.714 orang. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara menargetkan kepada para stakeholder terkait agar mencari penderita tuberculosis (TBC) sebanyak 70.000 orang di seluruh kabupaten/ kota di tahun 2018. Sementara sejauh ini penderita TBC di Sumut baru ditemukan sebanyak 30.000 orang, sehingga sisanya rampung pada tahun ini sesuai dengan yang ditargetkan.

Dengan demikian untuk mencapai eliminasi TBC di tahun 2030, diperlukan strategi akselerasi melalui enam langkah yakni, penguatan peran dan kepemimpinan program berbasis kabupaten atau kota, peningkatan akses layanan bermutu, pengendalian faktor resiko penularan TBC, peningkatan kemitraan, penguatan manajemen program dan penguatan sistem dan manajemen TBC melalui berbagai upaya termasuk penelitian dan pengembangan.

Dilihat dari kondisi tersebut, WHO merekomendasikan strategi dan program dalam menangani kasus TB dengan strategi DOTS (*Directly, Observed, Treatment, Shortcourse*) sebagai strategi dalam penanggulangan kasus TB sejak tahun 1995. Menggunakan Gerakan Terpadu Nasional (GERDUNAS) TB yang dibentuk oleh pemerintah pada tanggal 24 Maret 1999, maka pemberantasan penyakit TB telah berubah menjadi program penanggulangan TB. Ada lima komponen dalam strategi DOTS yaitu : 1. Komitmen politis dari pemerintah untuk menjalankan program TB; 2. Diagnosis TB melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopis; 3. Pengobatan TB dengan paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang diawasi langsung oleh Pengawas Minum Obat (PMO); 4. Kesenambungan persediaan OAT; 5. Pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan TB (Kemenkes RI, 2014).

Penerapan strategi DOTS dilakukan untuk menekan penularan penyakit. Walaupun program penanggulangan TB Nasional telah berhasil mencapai target angka kesembuhan (*Cure Rate*) dan angka keberhasilan pengobatan (*Success Rate*), namun penatalaksanaan TB di sebagian besar puskesmas maupun rumah sakit belum sesuai dengan strategi DOTS dan penerapan standar pelayanan berdasarkan *Internasional Standards .or Tuberculosis Care* (ISTC) (Kemenkes RI, 2013).

Pada tahun 2017 diperoleh angka *Case Notification Rate/CNR* (kasus baru) TB Paru BTA (+) di Sumatera Utara sebesar 104,3 per 100.000. Pencapaian tertinggi CNR diperoleh Kota Sibolga sebesar 192/100.000 penduduk, diikuti Kabupaten Mandailing Natal 187/100.000 penduduk dan Kabupaten Nias sebesar 174/100.000 penduduk. Adapun pencapaian CNR terendah diperoleh Kota Binjai sebesar 22/100.000, diikuti Kabupaten Padang Lawas sebesar 37/100.000 penduduk dan Kabupaten Labuhan Batu Selatan sebesar 40/100.000. Untuk mengetahui CNR TB Paru BTA (+) per kabupaten/kota di Sumatera Utara Tahun 2017.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 67 Pasal 6 Tahun 2016 tentang penanggulangan tuberculosis, penyelenggaraan penanggulangan TB dilakukan melalui kegiatan promosi kesehatan, surveilans TB, pengendalian faktor resiko, penemuan dan penanganan kasus TB, pemberian kekebalan dan pemberian obat pencegahan. Dari kegiatan tersebut, indikator MDGs untuk TB di Indonesia saat ini baru target penurunan angka insidensi yang sudah tercapai (Kemenkes, 2016). Sehingga puskesmas sebagai fasilitas

kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat diharapkan dapat meningkatkan program penanggulangan TB paru dengan berbagai upaya dan bekerjasama dengan berbagai kemitraan untuk menemukan kasus TB dan segera mengobatinya sampai sembuh.

Menurut penelitian Aditama tahun 2013 mengenai evaluasi program penanggulangan TB di Boyolali ada beberapa hal yang menjadi penghambat puskesmas belum mencapai target penemuan kasus baru, diantaranya kurangnya dana, kurangnya tenaga kesehatan yang telah mengikuti pelatihan serta masih banyaknya petugas yang memiliki tugas rangkap dalam penyelenggaraan program penanggulangan TB Paru (Aditama et al., 2013). *Input* dalam surveilans program TB yang meliputi *man, money, material, dan method* karena hal tersebut memiliki pengaruh cukup besar terhadap proses dan *output* (Novanty & Ningrum, 2016).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini menggunakan metode pendekatan kuantitatif dan kualitatif, dimana metode pendekatan kualitatif dengan cara wawancara yang mendalam dengan informan agar diketahui secara jelas dan mendalam terhadap analisis implementasi kebijakan penyakit menular TB di Puskesmas Glugur Darat. Sedangkan metode pendekatan kuantitatif dengan memberlakukan kuantitatif pada variabel-variabelnya, menguraikan distribusi variabel secara numerik serta menguji hubungan antar variabel menggunakan formula statistik.

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Glugur Darat, Jl. Pendidikan No. 8 Glugur Darat I, Kecamatan Medan Timur Kota Medan, Sumatera Utara 20238. Waktu penelitian dilakukan pada tanggal 27 Juni sampai dengan 02 Juli 2019.

HASIL PENELITIAN

Analisis Univariat

Tabel. 1
Data Tenaga Kesehatan

No	Tenaga Kesehatan	Jumlah
1	Jumlah Dokter Spesialis	-
2	Jumlah Dokter Umum	3
3	Jumlah Dokter Gigi	2
4	Jumlah Asisten Apoteker	2
5	Jumlah Sarjana Non Medis	1
6	Jumlah Paramedik	20
7	Jumlah Tenaga Kerja Sanitasi/ Kesling	-

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa tenaga kesehatan di Puskesmas Glugur Darat Kecamatan Medan Timur adalah mayoritas Paramedis yakni sebanyak 20 orang. Sementara untuk dokter umum berjumlah 3 orang yang salah satu diantaranya memiliki keahlian akupunktur.

Tabel. 2
Data Sarana Pelayanan Kesehatan

No	Sarana Kesehatan	Jumlah
1	Puskesmas	1
2	Puskesmas pembantu	1
3	Posyandu	1

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa sarana pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Glugur Darat terdiri dari: 1 Puskesmas Induk, 1 Puskesmas Pembantu, dan posyandu.

Tabel. 3
Data Karakteristik Informan

No	Nama	Jenis kelamin	Umur	Pendidikan	Jabatan
1	dr. Rosita Nurjannah S	Perempuan	58	S1 Kedokteran	Kepala Puskesmas
2	Raskita Ginting	Perempuan	42	D3 Akper	Petugas TB
3	Siti Maria	Perempuan	66	SMA	Kader Puskesmas
4	Diana Harahap, SKM	Perempuan	40	S1 Kesehatan Masyarakat	Wasor TB

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara terhadap informan yang dijadikan narasumber penelitian. Jumlah informan dalam penelitian ini adalah 3 orang. Adapun informan tersebut yaitu: 1 orang Kepala Puskesmas Glugur Darat, 1 orang pemegang program TB di Puskesmas Glugur Darat, 1 orang Kader Puskesmas Glugur Darat. Pada pengumpulan data di Dinas Kesehatan Kota Medan jumlah informan 1 orang.

Hasil wawancara mendalam tentang sarana dan prasarana dalam program penanggulangan TB di Puskesmas Glugur Darat diperoleh informasi dari Ibu Kepala Puskesmas:

“Kalo untuk TB kita sudah cukup, kayak untuk buat pot dahak nya banyak sekali sudah udah entah dimana-mana. Itukan dari program juga. Dana dari BPD programnya.”

Hasil wawancara mendalam tentang pendanaan dalam program penanggulangan TB di Puskesmas Glugur Darat diperoleh informasi oleh petugas TB:

“Ada dana untuk progam penanggulangan TB. Dana , Karena kami ada program TB itu yang di biyai oleh bop setiap bulan, kayak pemberian makanan tambahan untuk pasien TB. Terus TB mangkir, itulah yang ada biaya-biayanya untuk pasien. PMO tu kita laksanakan. Bentuk biaya, itu dalam hal apapasien TB. Kalo ada yang berobat disini misalnya gk ada BPJS diterima, pake KTP, dari luar kota, dari mana saja kita terima. TB gak boleh ditolak. Banyak juga pasien kita yang kayak gitu, umpama dari deli serdang, dari aceh dia kuliah disini, KTP pun bisa pake KTP dari aceh, jadi kita terima aja.”

Penemuan kasus dalam program penanggulangan TB di Puskesmas Glugur Darat diperoleh informasi melalui wawancara mendalam yaitu:

“Saat ditemukan ada tindakan yang dilakukan misalnya Ada,kita asal ada pasien baru, kita minta no hp kalo gak datang dia nanti kita telepon.kalo dia gak mau datang juga kita datangi ke rumahnya, itu namanya TB mangkir kita harus datangi, kenapa gk datang. Karena TB ini kan gk bisa kalo berhenti nanti gagal pengobatannya (informan Petugas TB)”.

“Jika menemukan kasus TB,Iya pertama ibu kasih dahak, bawa ke Puskesmas, terdeteksi TB ibu ambilkan obatnya karena kalo disinikan jamnya tertentu. Kalo sudah ibu ambilkan nanti dia ke rumah ibu aja. kalo udah ibu ambilkan kan dia ke rumah ibu aja, bebas. Kasus TB juga ibu mencari tidak hanya di sekitar rumah saja, tetapi Jauh juga kadang-kadang sampai medan deli, sebenarnya bukan kawasan kita tapi karena kita dapat laporan kan disini buk adalah pasien TB, ya kita cari alamatnya. Kita cari udah ketemu, kita bawa berobat. Ada 2 kasus secara pasif atau aktif. Kalo hanya pasif itu kadang-kadang hanya seperti orang merokok, kalo merokoknya langsung dia aktif, kalo dia yang Cuma menghirup udaranya aja dia kan pasif. Jadinya kan tergantung kadang-kadang kita menemukan pasien dengan penyakit TB ada yang tertular. Yang lebih banyak yang aktif. Karena kalo udah ada satu yang aktif di rumah, pasti ada yang menular (Informan Kader TB)”.

Hasil wawancara mendalam tentang pemberian OAT diawasi secara langsung dalam program penanggulangan TB di Puskesmas Glugur Darat diperoleh informasi:

“ Jika menemukan kasus TB, Iya pertama ibu kasih dahak, bawa ke Puskesmas, terdeteksi TB ibu ambilkan obatnya karena kalo disinikan jamnya tertentu. Kalo sudah ibu ambilkan nanti dia ke rumah ibu aja. kalo udah ibu ambilkan kan dia ke rumah ibu aja, bebas. Kasus TB juga ibu mencari tidak hanya di sekitar rumah saja, tetapi jauh juga kadang-kadang sampai medan deli, sebenarnya bukan kawasan kita tapi karena kita dapat laporan kan disini buk adalah pasien TB, ya kita cari alamatnya. Kita cari udah ketemu, kita bawa berobat. Ada 2 kasus secara pasif atau aktif. Kalo hanya pasif itu kadang-kadang hanya seperti orang merokok, kalo merokoknya langsung dia aktif, kalo dia yang Cuma menghirup udaranya aja dia kan pasif. Jadinya kan tergantung kadang-kadang kita menemukan pasien dengan penyakit TB ada yang tertular.Yang lebih banyak yang aktif. Karena kalo udah ada satu yang aktif di rumah, pasti ada yang menular.”(Informan: Kader TB)

Hasil wawancara mendalam tentang pencatatan dan pelaporan dalam program penanggulangan TB di Puskesmas Glugur Daratdiperoleh informasi:

“Bentuk pencatatan untuk program TBBanyak si, Ada yang triwulan,bulanan, komputer STT di HP. Pihak ibu mengirim ke dinas . ada kartu kontrol untuk pengobatan TB Ada, 01, 02, 03”(Informan: Petugas TB)

Hasil wawancara mendalam tentang hambatan dalam pengobatan TB di Puskesmas Glugur Darat diperoleh informasi:

“Banyak yang sembuh, tapi banyak juga bandel. Dan adajuga yang kambuh lagi” (informan: kader Puskesmas).

PEMBAHASAN

Fasilitas pelayanan kesehatan tipe puskesmas pelaksana mandiri (PPM), kebutuhan minimal tenaga pelaksana terlatih terdiri dari satu dokter, satu petugas TB dan satu tenaga laboratorium. Dokter mempunyai tugas dalam mendiagnosa penderita TB sedangkan petugas TB mempunyai tugas untuk melakukan penemuan kasus ke setiap lingkungan, pengumpulan dahak, melakukan fiksasi slide dan memberikan penyuluhan kepada masyarakat. Selain petugas TB, kader juga melakukan pengambilan atau pengumpulan dahak suspek TB. Petugas laboratorium mempunyai tugas pewarnaan, membaca sediaan dahak, memberitahu hasil bacaan kepada petugas TB dan menyimpan sediaan untuk di *crosscheck*. Jumlah petugas yang sedikit, dan pekerjaan yang banyak menjadi permasalahan dalam melakukan penemuan kasus secara aktif dan pelaksanaan program menjadi tidak optimal. Kedua, pelatihan dalam tugas. Ada pelatihan dasar dan ada pelatihan lanjutan. Pelatihan dasar termasuk didalamnya yaitu *On the Job Training* (OJT) yaitu telah mengikuti pelatihan sebelumnya tetapi masih ditemukan masalah dalam kinerjanya, dan cukup diatasi hanya dengan melakukan supervisi. Pelatihan lanjutan yaitu pelatihan untuk mendapatkan pengetahuan dan keterampilan program yang lebih tinggi. Materi ini berbeda dengan pelatihan dasar (Abraham, 2018).

Penerapan strategi DOTS dilakukan untuk menekan penularan penyakit. Walaupun program penanggulangan TB Nasional telah berhasil mencapai target angka kesembuhan (*Cure Rate*) dan angka keberhasilan pengobatan (*Success Rate*), namun penatalaksanaan TB di sebagian besar puskesmas maupun rumah sakit belum sesuai dengan strategi DOTS dan penerapan standar pelayanan berdasarkan *Internasional Standards .or Tuberculosis Care* (ISTC) (Kemenkes RI, 2013).

Pelaksanaan program penanggulangan TB khususnya penemuan kasus dan pemeriksaan dahak tidak terlepas dari ketersediaan sarana dan prasarana untuk mendukung keberhasilan program tersebut. Sarana yang dimaksud merupakan segala sesuatu yang digunakan sebagai alat untuk mencapai tujuan tertentu, sedangkan prasarana merupakan segala sesuatu yang digunakan sebagai penunjang dalam melaksanakan suatu kegiatan. Menurut Kemenkes RI Tahun 2011 dalam manajemen program pengendalian TB, logistik dikelompokkan menjadi dua jenis pertama, logistik Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yaitu ketersediaan OAT di puskesmas. Kedua, logistik non OAT yaitu alat laboratorium (mikroskop, pot dahak, kaca sediaan, oliemersi, tisu, lampu spiritus, ose, pipet, kertas saring, dan lain-lain), bahan diagnostik (reagensia ZN, PPD, RT) , bahan cetakan (buku pedoman, formulir pencatatan dan pelaporan, booklet, brosur, poster, lembar balik, kertas, map, dan lain-lain).

Alokasi pengadaan obat ini menurun dalam beberapa tahun terakhir sehingga menimbulkan ancaman bagi kesinambungan program pengendalian TB. Program pengendalian TB nasional semakin perlu penguatan kapasitas untuk melakukan advokasi dalam meningkatkan pembiayaan dari pusat maupun daerah (Kemenkes RI, 2013).

Penemuan Kasus

Penemuan penderita TB merupakan langkah pertama dalam kegiatan program penanggulangan TB. Penemuan penderita TB akan dapat menurunkan kesakitan dan kematian akibat TB, penularan TB di masyarakat dan sekaligus merupakan kegiatan pencegahan penularan TB yang paling efektif di masyarakat. Penemuan penderita TB ini

bertujuan untuk mendapatkan penderita TB dengan serangkaian kegiatan mulai dari penjarangan terhadap terduga penderita TB, pemeriksaan fisik dan laboratoris, menentukan klasifikasi penyakit serta tipe penderita TB, sehingga dapat dilakukan pengobatan agar sembuh sehingga tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain (Kemenkes RI, 2014).

Pemberian OAT

Diawasi secara langsung penderita TB dalam mencapai kesembuhannya sangat membutuhkan dukungan dari berbagai pihak terkait. Diantaranya adalah dukungan dari pihak keluarga untuk mengingatkan dan mengawasi penderita dalam meminum obat atau yang lebih dikenal dengan Pengawas Menelan Obat (PMO). Selain memberikan dukungan dan semangat kepada penderita juga mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan. Pengobatan dengan paduan OAT jangka pendek melalui pengawasan langsung oleh PMO untuk menjamin keteraturan meminum obat merupakan salah satu komponen DOTS yang sangat penting. Menurut Kemenkes RI Tahun 2014 sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan seperti bidan di desa, perawat, pekarya, sanitarian, juru imunisasi dan lain-lain. Namun bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, tokoh masyarakat atau anggota keluarga (Siregar et al., 2018).

Pencatatan dan Pelaporan

Seluruh kegiatan program harus di monitor dan dievaluasi dari aspek masukan (*input*), proses, maupun keluaran (*output*) dengan cara menelaah laporan, pengamatan langsung dan wawancara ke petugas kesehatan maupun masyarakat yang menjadi sasaran. Salah satu komponen utama untuk melakukan *monev* adalah pencatatan dan pelaporan (Kemenkes RI, 2011). Indikator penanggulangan TB secara nasional ada 2 yaitu angka penemuan penderita baru BTA positif (*Case Detection Rate = CDR*) dan angka keberhasilan pengobatan (*Success Rate = SR*). Disamping itu beberapa indikator proses untuk mencapai indikator nasional yaitu: a) Angka penjarangan suspek, b) Proporsi penderita TB BTA positif diantara suspek yang diperiksa dahaknya, c) Proporsi penderita TB BTA positif diantara seluruh penderita TB, d) Proporsi penderita TB anak diantara seluruh penderita, e) Angka notifikasi kasus (*Case Notification Rate = CNR*), f) Angka konversi, g) Angka kesembuhan, h) Angka kesalahan laboratorium. (Kemenkes RI, 2014).

Hambatan

Menurut Aditama (2002) evaluasi pengobatan itu termasuk didalamnya yaitu evaluasi efek samping obat dan evaluasi keteraturan berobat. Evaluasi efek samping obat yaitu efek samping yang ringan dan efek samping yang serius. Efek samping ringan seperti gangguan lambung yang dengan dapat diatasi secara simptomatik seperti mual, gangguan sendi karena pirazinamid dapat diatasi dengan pemberian salisilat atau allopurinol. Sedangkan efek samping yang serius adalah hepatitis imbas obat. Bila sesuatu obat harus diganti maka paduan obat harus diubah hingga jangka waktu pengobatan perlu dipertimbangkan kembali dengan baik.

SIMPULAN

Simpulan, kepala puskesmas, petugas tuberkulosis, dan kader sudah menggunakan pedoman tuberkulosis nasional dan strategi DOTS dengan baik, namun implementasi belum berjalan dengan baik karena masih terdapat masyarakat yang kurang partisipasi dalam kegiatan promosi kesehatan

SARAN

Diharapkan kepada Kepala Puskesmas Glugur Darat menjalin kerjasama lintas sektor dan lintas program seperti membentuk kader khusus untuk penyakit TB agar lebih maksimal dalam melakukan penemuan kasus TB. Seperti lintas sektor agama yang dilakukan melalui kegiatan pengajian atau sektor pendidikan yaitu di sekolah-sekolah.

Diharapkan kepada petugas TB agar lebih meningkatkan penemuan kasus, pemberian informasi kepada PMO tentang tugasnya sebagai PMO dan pemberian informasi kepada masyarakat untuk peningkatan capaian angka penemuan kasus.

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, R. (2018). Implementasi Kebijakan Penanggulangan Penyakit Tuberkulosis di Puskesmas Kamonji Kota Palu. *Katalogis*, 5(5), 118-123
- Aditama, W., Zulfikar, Z., & Baning, R. (2013). Evaluasi Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru di Kabupaten Boyolali. *Kesmas Nasional Public Health Journal*, 7(6), 243-250. <http://dx.doi.org/10.21109/kesmas.v7i6.33>
- Aditama, Y. T. (2002). *Rumah Sakit dan Konsumen*. Jakarta: PPFKM Universitas Indonesia
- Departemen Kesehatan RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Indrawaty, L. (2012). *Hubungan Motivasi Kesembuhan dengan Kepatuhan Minum Obat Tuberkulosis Paru di Ruang Rawat Inap Mawar RSUD Kota Bekasi*
- Kemendes RI. (2011). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*, Edisi 2, Jakarta
- Kemendes RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemendes Republik Indonesia.
- Kemendes RI. (2014). Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014. Jakarta: Kemendes Republik Indonesia.
- Kemendes RI. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan RI No 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta: Kemendes
- Novanty, F., & Ningrum, D. N. (2016). Evaluasi Input Sistem Surveilens Penemuan Suspek Tuberkulosis (TB) di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang. *Unnes Journal of Public Health*, 5(2), 120-129
- Siregar, P. A., Gurning, F. P., Eliska., Pratama, M. Y. (2018). Analysis of Factors Related to the Incidence of Pediatric Pulmonary Tuberculosis in Sibuhuan General Hospital. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 6(2)
- Suryadi, M. A., Grace, D. K., Wulan, P. J., & Kaunang, K. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Penderita TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Siko Kota Ternante. *Jurnal Kesehatan*, 2(1), 72

- Susenas. (2017). *Survei Sosial Ekonomi Nasional, Badan Pusat Statistik*.
<https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/dasar/pdf?kd=1558&th=2017>. Tanggal akses
20 Oktober 2019
- World Health Organization. (2015) *Global Tuberculosis Report*. Geneva: WHO
- World Health Organization. (2017). *Global Tuberculosis Report 2017*, 15-49. Geneva
- World Health Organization. (2018). *Global Tuberculosis Report 2018*