



Evaluasi Pelaksanaan dan Pengelolaan Kebijakan Pengendalian Tuberkulosis di Kabupaten Manokwari Provinsi Papua Barat

Karolina Baransano[✉], Cicilia Windiyaningsih, Laila Ulfa
Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Respati Indonesia, Indonesia

Article Info

History article :
Submit: 2025-09-29
Accepted: 2025-12-01
Publish: 2025-12-30

Keywords:
coordination, implementation, Manokwari, resources, tuberculosis

DOI:
<https://doi.org/10.15294/ijphn.v5i2.34428>

Abstrak

Latar Belakang: Tuberkulosis (TB) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat utama di Indonesia, dengan Papua Barat termasuk di antara provinsi dengan angka notifikasi kasus tertinggi. Di Kabupaten Manokwari, tercatat 927 kasus TB paru dengan tingkat kematian 3% pada tahun 2023. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi pelaksanaan kebijakan pengendalian TB di Manokwari berdasarkan kerangka implementasi kebijakan Van Meter dan Van Horn.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain kualitatif yang dilaksanakan pada April–Juni 2025 melalui diskusi kelompok terarah (FGD) dengan 26 partisipan dan wawancara mendalam (IDI) dengan 3 partisipan, terdiri atas tenaga kesehatan, pasien TB, pendamping pengobatan, tokoh masyarakat, LSM, dan pejabat Dinas Kesehatan Kabupaten. Data dianalisis secara tematik menggunakan pendekatan Braun dan Clarke, mengacu pada kerangka Policy Implementation Process dan model Input–Process–Output–Outcome, dengan triangulasi sumber dan metode untuk validitas.

Hasil: Program TB masih bergantung pada regulasi nasional tanpa adaptasi lokal yang kuat, menghadapi keterbatasan sumber daya, infrastruktur, dan koordinasi lintas sektor yang belum optimal.

Kesimpulan: Diperlukan penyusunan regulasi daerah, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, dan penguatan koordinasi lintas sektor sebagai prioritas jangka pendek, serta integrasi program TB ke dalam rencana pembangunan kesehatan daerah untuk menjamin keberlanjutan program.

Abstract

Background: Tuberculosis (TB) remains a major public health problem in Indonesia, with West Papua among the provinces reporting the highest case notifications. In Manokwari Regency, 927 pulmonary TB cases were recorded with a 3% mortality rate in 2023. This study aimed to evaluate the implementation of TB control policies in Manokwari using the Van Meter and Van Horn policy implementation framework.

Methods: A qualitative design was conducted from April to June 2025 through focus group discussions (FGDs) with 26 participants and in-depth interviews (IDIs) with 3 participants, including healthcare workers, TB patients, treatment supporters, community leaders, NGOs, and local health officials. Data were analyzed thematically using the Braun and Clarke approach, guided by the Policy Implementation Process framework and the Input–Process–Output–Outcome model, with source and method triangulation to ensure validity.

Results: The TB program largely relied on national regulations without strong local adaptation and faced limitations in human resources, infrastructure, and cross-sector coordination.

Conclusion: It is recommended to establish local regulations, enhance healthcare workforce capacity, and strengthen cross-sector coordination as short-term priorities, while integrating the TB program into the local health development plan to ensure program sustainability.

©2025 Universitas Negeri Semarang

[✉] Correspondence Address:
Universitas Respati Indonesia, Indonesia.
Email : karolinabaransano4@gmail.com

Pendahuluan

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang ditularkan melalui udara ketika seseorang yang terinfeksi batuk atau bersin. Sekitar seperempat populasi dunia diperkirakan terinfeksi TB, dengan risiko tertinggi berkembang menjadi penyakit aktif terjadi dalam dua tahun pertama setelah infeksi (World Health Organization [WHO], 2023). TB dapat menyerang paru-paru (TB paru) maupun organ tubuh lainnya. Secara global, TB tetap menjadi penyebab kematian kedua tertinggi akibat penyakit menular setelah COVID-19. Pada tahun 2022, diperkirakan 10,6 juta orang mengidap TB, menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya (WHO, 2023). Kawasan Asia Tenggara, termasuk Indonesia, menyumbang proporsi terbesar kasus TB global. Indonesia sendiri termasuk dalam tiga negara dengan beban TB tertinggi di dunia, bersama India dan Filipina (WHO, 2023).

Laporan nasional menunjukkan peningkatan signifikan dalam deteksi kasus TB paru di Indonesia. Pada tahun 2022, teridentifikasi 724.309 kasus TB paru, meningkat menjadi 821.200 kasus pada tahun 2023, dengan cakupan nasional naik dari 68% menjadi 77%. Perkiraan jumlah kasus TB paru untuk 2023–2024 diproyeksikan melebihi 1 juta kasus (Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, 2023). Papua Barat menempati peringkat sebagai provinsi dengan cakupan notifikasi tertinggi sebesar 112%. Secara khusus, di Kabupaten Manokwari tercatat 927 kasus TB paru pada tahun 2023 dengan tingkat kematian sebesar 3%, menunjukkan bahwa meskipun cakupan deteksi tinggi, masih terdapat tantangan besar terkait efektivitas pengobatan dan pengendalian angka kematian (Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, 2023).

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pelaksanaan kebijakan pengendalian TB masih menghadapi berbagai hambatan di berbagai tingkat. Penelitian di Kota Medan menemukan rendahnya partisipasi masyarakat dalam kegiatan program TB (Pratama et al., 2019). Di Puskesmas Tlogosari Kulon, keterbatasan sumber daya manusia dan

infrastruktur menyebabkan pelaksanaan program kurang optimal (Sofiyatun, 2019). Sementara itu, penelitian di Kabupaten Sijunjung menemukan bahwa program TB hanya berpedoman pada regulasi nasional tanpa kebijakan lokal yang adaptif, sehingga efektivitas program menjadi rendah (Deswinda et al., 2019). Penelitian lain menyoroti pentingnya komunikasi antarorganisasi dan keterlibatan masyarakat dalam mendukung keberhasilan program, sebagaimana ditunjukkan di Kota Semarang (Putri et al., 2020).

Selain faktor sumber daya dan komunikasi, disposisi dan komitmen pelaksana juga menjadi faktor penting. Sofiyatun (2019) menekankan bahwa integritas, komitmen, dan konsistensi tenaga kesehatan berperan besar dalam menjamin keberlanjutan program meskipun dihadapkan pada tantangan di lapangan. Di sisi lain, Adrian et al. (2020) di Yogyakarta menegaskan bahwa tujuan kebijakan pengendalian TB hanya dapat dicapai melalui koordinasi dan sinergi yang efektif antara pemerintah dan masyarakat. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar penelitian sebelumnya hanya membahas aspek parsial, seperti sumber daya, komunikasi, atau partisipasi masyarakat, sedangkan evaluasi komprehensif yang mengintegrasikan standar kebijakan, sumber daya, koordinasi antarinstansi, karakteristik organisasi, serta disposisi pelaksana masih terbatas, khususnya dalam konteks Papua Barat.

Untuk menilai efektivitas pelaksanaan program, penelitian ini mengacu pada kerangka Policy Implementation Process dari Van Meter dan Van Horn, yang menekankan enam variabel utama: tujuan dan standar kebijakan, sumber daya, karakteristik lembaga pelaksana, komunikasi antarorganisasi, kondisi eksternal, serta disposisi pelaksana (Van Meter & Van Horn, 1975). Dengan mengadaptasi teori tersebut, penelitian ini berfokus pada lima aspek utama: (1) standar dan tujuan kebijakan, (2) dukungan sumber daya, (3) hubungan dan koordinasi antarinstansi, (4) karakteristik organisasi pelaksana, serta (5) disposisi dan komitmen pelaksana. Pendekatan ini bertujuan memberikan gambaran yang lebih komprehensif mengenai capaian dan hambatan dalam pelaksanaan kebijakan pengendalian TB

di Kabupaten Manokwari.

Berdasarkan latar belakang tersebut, isu utama yang dikaji adalah bagaimana kebijakan dan manajemen program pengendalian TB dilaksanakan di Kabupaten Manokwari, mengingat tingginya jumlah kasus yang dilaporkan serta tantangan yang dihadapi di lapangan. Pertanyaan penelitian meliputi: (1) bagaimana standar dan tujuan kebijakan serta dukungan sumber daya dalam pelaksanaan program TB; (2) bagaimana fungsi hubungan dan koordinasi antarinstansi; (3) bagaimana karakteristik organisasi pelaksana berkontribusi terhadap keberhasilan program; dan (4) bagaimana disposisi serta komitmen pelaksana memengaruhi efektivitas implementasi kebijakan pengendalian TB di Manokwari.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi pelaksanaan kebijakan pengendalian TB di Kabupaten Manokwari dengan menitikberatkan pada lima aspek utama, yaitu: standar dan tujuan kebijakan, dukungan sumber daya, hubungan dan koordinasi antarinstansi, karakteristik organisasi pelaksana, serta disposisi dan komitmen pelaksana. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan berharga bagi pemerintah daerah dan pemangku kepentingan dalam memperkuat strategi pengendalian TB, sekaligus mengisi kesenjangan penelitian sebelumnya yang cenderung hanya membahas aspek parsial.

Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan Focus Group Discussion (FGD) dan In-Depth Interview (IDI) terhadap para pemangku kepentingan yang terlibat dalam pelaksanaan kebijakan pengendalian tuberkulosis (TB) di Kabupaten Manokwari, Provinsi Papua Barat. Pendekatan ini dipilih untuk menggali pandangan, pengalaman, dan persepsi para pemangku kepentingan mengenai keberhasilan, tantangan, serta faktor kontekstual yang memengaruhi pelaksanaan program. Kerangka analisis didasarkan pada teori Policy Implementation Process dari Van Meter dan Van Horn yang dimodifikasi, dilengkapi dengan model Input-Process-Output-Outcome (IPOO).

Penelitian dilakukan di Kabupaten

Manokwari, ibu kota Provinsi Papua Barat, yang hingga kini belum dievaluasi secara komprehensif terkait pelaksanaan program TB. Penelitian dilaksanakan antara April hingga Juni 2025, mencakup tahap persiapan, pengumpulan data, dan analisis.

Partisipan dipilih secara purposive untuk mewakili beragam perspektif terkait program TB, dengan kriteria inklusi mencakup peran dalam pelayanan atau penerimaan program, pengalaman sebagai pasien atau pendamping pengobatan, dan keterwakilan lembaga masyarakat/LSM. Daftar calon partisipan disusun dari seluruh puskesmas, rumah sakit, dan organisasi masyarakat di wilayah studi, lalu dipilih secara sistematis untuk memastikan variasi usia, jenis kelamin, lokasi, dan pengalaman keterlibatan. Empat FGD dilakukan dengan total 26 partisipan: (1) tenaga kesehatan dan petugas program TB ($n = 6$); (2) pasien TB aktif dan mantan pasien ($n = 6$); (3) pendamping pengobatan/kader komunitas ($n = 6$); (4) tokoh masyarakat, tokoh agama, dan perwakilan LSM ($n = 8$). Wawancara mendalam dilakukan dengan tiga pemangku kepentingan kunci: Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Manokwari, Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, dan Koordinator Program TB.

Instrumen penelitian terdiri atas pedoman FGD dan IDI yang dikembangkan berdasarkan komponen utama kebijakan TB. Validitas dan kredibilitas data dijamin melalui triangulasi metodologis, sumber, dan teori. Triangulasi dilakukan dengan membandingkan informasi yang diperoleh dari FGD, IDI, serta dokumen kebijakan dan laporan program TB untuk memastikan konsistensi dan akurasi temuan. Setiap FGD berlangsung selama 90–120 menit, difasilitasi oleh moderator dengan peneliti utama mengawasi proses dan pencatat mendokumentasikan diskusi. Wawancara mendalam dilakukan secara langsung maupun daring, masing-masing berlangsung sekitar 90 menit per informan, melalui tahapan terstruktur mulai dari persiapan, pelaksanaan, pencatatan, hingga verifikasi informasi.

Data dianalisis menggunakan analisis tematik sesuai pendekatan Braun & Clarke (2008). Semua wawancara dan FGD ditranskrip verbatim, kemudian dianalisis dengan bantuan

NVivo 12 Pro. Proses analisis mengikuti enam tahap Braun & Clarke: (1) familiarisasi dengan data, (2) pengkodean awal, (3) pencarian tema, (4) peninjauan tema, (5) penamaan dan definisi tema, dan (6) penyusunan laporan hasil. Tema-tema utama kemudian diinterpretasikan berdasarkan kerangka Input–Process–Output–Outcome (IPOO) dan teori Van Meter & Van Horn, sehingga memungkinkan identifikasi pola, hubungan antartema, dan faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan kebijakan pengendalian TB di Kabupaten Manokwari.

Hasil dan Pembahasan

Karakteristik Informan

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode wawancara mendalam (In-Depth Interview/IDI) dan diskusi kelompok terarah (Focus Group Discussion/FGD) untuk mengeksplorasi pelaksanaan kebijakan pengendalian tuberkulosis (TB) di Kabupaten Manokwari. Wawancara mendalam dilakukan dengan tiga informan kunci di tingkat kabupaten, yaitu Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten (IDI_02), Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular (IDI_03), dan Pengelola Program TB di Dinas Kesehatan (IDI_04). Informan-informan ini dipilih secara purposif karena memiliki peran strategis dalam arah kebijakan, perencanaan, serta pengelolaan operasional program TB.

Pengumpulan data juga dilakukan melalui FGD yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan di tingkat pelaksana maupun komunitas. Peserta FGD terdiri atas tenaga kesehatan dan petugas program TB di puskesmas (FGD_01, 7 peserta) yang bertanggung jawab atas pelaksanaan teknis layanan; pasien TB dan mantan pasien (FGD_02, 6 peserta) yang mewakili penerima manfaat langsung layanan TB; pengawas minum obat (PMO) atau kader TB (FGD_03, 7 peserta) yang berperan penting dalam memantau kepatuhan dan memberikan dukungan selama pengobatan; serta tokoh masyarakat seperti pemuka agama, LSM lokal, dan organisasi profesi (FGD_04, 6 peserta) yang berkontribusi dalam penyebarluasan informasi, mobilisasi sosial, advokasi, serta dukungan kebijakan di tingkat komunitas.

Pelaksanaan FGD menghadapi beberapa

kendala teknis karena tidak semua peserta dapat hadir sesuai jadwal. Untuk mengatasinya, beberapa kelompok digabung, seperti tenaga kesehatan dengan pengelola program, serta tokoh masyarakat dengan perwakilan LSM dan organisasi profesi.

Pemilihan informan bertujuan untuk menangkap perspektif yang komprehensif mengenai program pengendalian TB, mencakup pandangan pelaksana, penerima layanan, dan aktor sosial yang memengaruhi keterlibatan masyarakat. Dengan mengombinasikan wawancara mendalam dan FGD, penelitian ini berhasil mengumpulkan pengalaman yang beragam serta meningkatkan validitas temuan melalui triangulasi sumber data.

Topik Standar dan Tujuan Kebijakan

Sebagian besar partisipan menyatakan bahwa hingga saat penelitian dilakukan, Kabupaten Manokwari belum memiliki regulasi daerah khusus pengendalian tuberkulosis (TB). Akibatnya, pelaksanaan program sepenuhnya bergantung pada kebijakan nasional dan provinsi. Seorang petugas TB menegaskan:

"Kalau kebijakan tahun kemarin itu, dari provinsi itu ada. Untuk TB, penanggulangan TB, di Provinsi Papua Barat. Kalau kabupaten sendiri belum ada." (FGD_01)

Beberapa tenaga kesehatan juga menyoroti kesulitan dalam menerapkan strategi nasional tanpa adaptasi terhadap konteks lokal.

"Kalau kebijakan pusat atau strategi nasional diterapkan mentah-mentah di daerah, belum tentu efektif." (FGD_01)

Temuan ini menunjukkan bahwa implementasi kebijakan TB di Manokwari masih bersifat top-down dengan adaptasi lokal terbatas. Menurut Van Meter dan Van Horn (1975), kejelasan dan kontekstualisasi standar kebijakan menjadi kunci keberhasilan implementasi. Tanpa regulasi lokal seperti surat keputusan bupati atau peraturan kepala dinas, legitimasi institusional dan fleksibilitas adaptasi terhadap kondisi sosial-budaya dan geografis daerah menjadi lemah. Kondisi serupa dilaporkan di Yogyakarta, di mana ketidadaan regulasi lokal menghambat deteksi kasus TB (Kurniawati et al., 2019).

Beberapa informan menyebut adanya dokumen administratif pendukung, seperti surat edaran dan standar operasional prosedur

(SOP), namun mereka menilai dokumen tersebut masih bersifat terfragmentasi dan tidak konsisten. Salah satu petugas TB menyebutkan:

“Kalau dari Kabupaten itu sudah beberapa kali ada.” (FGD_01)

Namun, informan lain menggambarkan bahwa surat edaran tersebut terbatas:

“Surat edaran... ada edarannya.” (FGD_01)

Selain itu, penugasan petugas TB di puskesmas sebagian besar hanya didasarkan pada surat keputusan internal kepala puskesmas.

“Saat ini mereka sudah di-SK-kan oleh kepala puskesmas. Kami mengimbau tiap PIC TB punya SK; dari dinas belum ada.” (IDI_03)

Kondisi ini menunjukkan bahwa instrumen administratif memang ada tetapi belum terstandarisasi dan berkelanjutan, sehingga kelembagaan menjadi lemah dan bergantung pada inisiatif masing-masing fasilitas. Hal ini sejalan dengan pandangan Grindle (1980) bahwa konteks politik dan administratif lokal berpengaruh kuat terhadap hasil kebijakan. Sebaliknya, studi di Kabupaten Bone menunjukkan bahwa penerbitan surat keputusan lintas sektor memperkuat koordinasi dan meningkatkan konsistensi program TB (Syafruddin & Arsyad, 2022).

Sebagian besar peserta FGD mengakui bahwa TB merupakan program prioritas karena termasuk dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM). Seorang pejabat Dinas Kesehatan menyatakan:

“Karena TB itu masuk dalam SPM. Jadi saya rasa memang cukup prioritas, ya.” (IDI_03)

Namun, beberapa peserta menekankan bahwa prioritas tersebut lebih bersifat administratif daripada strategis:

“Dinas Provinsi, nanti ke Kabupaten, dari Kabupaten biasanya nanti akan turun ke Puskesmas.” (FGD_01)

Hal ini mengindikasikan bahwa TB menjadi prioritas terutama karena mandat nasional, bukan karena dorongan politik lokal. Meskipun masuknya TB ke dalam SPM menjamin perhatian administratif, tanpa integrasi ke dalam dokumen perencanaan daerah seperti RPJMD atau Renstra Dinas Kesehatan, program TB berisiko tetap menjadi tugas kepatuhan semata, bukan agenda strategis kesehatan masyarakat yang berkelanjutan (Ayuningtyas & Bachtiar, 2025).

Topik Dukungan Sumber Daya

Ketersediaan dan distribusi sumber daya manusia muncul sebagai perhatian utama dalam pengendalian TB di Kabupaten Manokwari. Meskipun setiap fasilitas telah menugaskan satu staf sebagai penanggung jawab program TB, sebagian besar peserta FGD menyoroti tantangan signifikan terkait beban kerja, rotasi staf, dan distribusi tenaga. Seorang tenaga kesehatan menggambarkan luasnya cakupan kerja yang tidak sebanding dengan jumlah petugas:

“Karena kami itu mencakup bukan hanya satu tapi empat distrik, total jumlah penduduk sekitar enam puluh ribu.” (FGD_01)

Sebagian besar peserta FGD menegaskan bahwa beban kerja jauh lebih tinggi dibandingkan kapasitas tenaga yang tersedia. Selain itu, petugas TB sering berbagi ruang terbatas dan harus menangani beberapa penyakit sekaligus:

“Satu ruangan untuk empat penyakit, dan hanya ada dua petugas.” (FGD_01)

Rotasi staf yang sering juga diidentifikasi hampir oleh seluruh informan sebagai faktor yang mengganggu keberlanjutan program:

“Kadang-kadang petugas TB diganti. Yang sudah dilatih pindah, lalu diganti orang baru. Itu menjadi tantangan.” (FGD_01)

Beberapa peserta menekankan perlunya penambahan staf:

“Kalau saya, berharap ada penambahan staf.” (FGD_01)

Di tingkat kabupaten, Dinas Kesehatan mengakui bahwa tenaga dokter spesialis masih terpusat di wilayah perkotaan:

“Secara umum, pasti kurang. Dokter paru pun hanya ada di kota, padahal harus melayani semua masyarakat.” (IDI_02)

Namun, tidak semua pandangan seragam. Sebagian kecil informan menilai bahwa ketersediaan tenaga kesehatan di lapangan masih memadai:

“Ketersediaan tenaga kesehatan di lapangan sejauh ini cukup memadai.” (IDI_04)

Temuan ini menunjukkan bahwa tantangan sumber daya manusia dalam pengendalian TB di Manokwari tidak hanya berkaitan dengan jumlah tenaga, tetapi juga distribusi beban kerja, rotasi yang sering, serta kurangnya pelatihan bagi pengganti. Kondisi ini sejalan dengan kerangka Van

Meter dan Van Horn (1975) yang menekankan pentingnya sumber daya yang memadai untuk implementasi kebijakan yang efektif. Temuan serupa dilaporkan oleh Pradipta et al. (2021) bahwa kesenjangan sumber daya manusia, khususnya ketika staf memegang banyak tanggung jawab, menghambat kinerja program TB.

Keterbatasan infrastruktur juga menjadi tema yang paling sering disebutkan dalam FGD. Peserta dari hampir semua kelompok menyoroti tidak tersedianya ruang khusus untuk layanan TB, sehingga staf harus berbagi ruang terbatas dengan program lain:

“Satu ruangan untuk empat penyakit, jadi pasien TB bercampur dengan pasien lain.” (FGD_02)

Sebagian besar peserta juga menyebutkan keterbatasan fasilitas laboratorium:

“Di puskesmas kami belum ada alat untuk pemeriksaan dahak, jadi harus kirim ke kota.” (FGD_02)

Kondisi ini tidak hanya memperlambat diagnosis, tetapi juga menurunkan motivasi pasien untuk menyelesaikan proses pemeriksaan, terutama di daerah terpencil. Menurut WHO (2023), penyediaan layanan memerlukan fasilitas dan teknologi yang memadai untuk menjamin cakupan yang efektif. Di Indonesia, Siahaan et al. (2022) menemukan bahwa fasilitas kesehatan di wilayah pedesaan sering kekurangan ruang isolasi dan peralatan diagnostik, sehingga meningkatkan risiko penularan.

Kekurangan tenaga khusus TB juga menjadi keluhan dominan di seluruh FGD. Banyak tenaga kesehatan merangkap tanggung jawab di luar program TB, yang mengurangi fokus dan efektivitas kerja:

“Petugas TB itu rangkap jabatan, jadi sering kewalahan karena ada banyak program lain yang harus ditangani.” (FGD_01)

Kondisi ini sejalan dengan temuan di Ethiopia oleh Abebe et al. (2020) dan di Indonesia oleh Wahyuni et al. (2021) bahwa beban kerja dan perangkapan tugas membatasi efektivitas manajemen kasus TB.

Beberapa fasilitas kesehatan juga masih menggunakan ruang bersama tanpa ventilasi memadai. Alat diagnostik seperti GeneXpert tersedia terbatas, dan sebagian tidak berfungsi

optimal. Hambatan logistik juga disebut oleh sebagian peserta FGD di wilayah terpencil:

“Di puskesmas kami belum ada alat untuk pemeriksaan dahak, jadi harus kirim ke kota.” (FGD_02)

Menurut WHO (2023), fasilitas dan alat diagnostik yang memadai merupakan pilar penting pengendalian TB. Kondisi di Manokwari menggambarkan tantangan struktural di daerah pedesaan Indonesia yang berdampak pada keterlambatan diagnosis dan penurunan efisiensi pengendalian infeksi.

Sebagian informan menyebutkan bahwa ketersediaan obat TB relatif terjamin, meski ada keterlambatan reagen atau bahan laboratorium:

“Obat biasanya aman, tapi reagen lab sering terlambat datang.” (IDI_03)

Selain itu, sebagian besar fasilitas kini menggunakan aplikasi pelaporan digital SITB, meski sistem manual masih dijalankan di beberapa tempat:

“Sekarang sudah pakai SITB, tapi kami masih tulis manual juga sebagai cadangan.” (FGD_01)

Hal ini menunjukkan bahwa integrasi sistem informasi kesehatan belum merata di semua fasilitas. WHO (2023) menegaskan pentingnya sistem informasi yang terintegrasi untuk akuntabilitas dan pemantauan program.

Secara keseluruhan, temuan dari tiga wawancara mendalam dan empat FGD menunjukkan bahwa tantangan terbesar dalam dukungan sumber daya untuk pengendalian TB di Manokwari mencakup alokasi tenaga kerja, infrastruktur, pendanaan, dan logistik. Meskipun ada kemajuan dalam ketersediaan obat dan pelaporan digital, kesenjangan sumber daya manusia dan infrastruktur tetap menjadi hambatan utama. Hal ini menegaskan argumen Van Meter dan Van Horn (1975) bahwa sumber daya yang tidak memadai menghambat efektivitas implementasi kebijakan, serta memperkuat temuan di Indonesia oleh Pradipta et al. (2021) dan Kusumadewi et al. (2022) tentang pentingnya pemerataan sumber daya dan infrastruktur kesehatan untuk keberhasilan program TB.

Topik Hubungan dan Koordinasi Antar Lembaga

Koordinasi antara Dinas Kesehatan Kabupaten, puskesmas, dan rumah sakit

sangat penting untuk memastikan sinergi dalam pelaksanaan program pengendalian TB. Temuan menunjukkan bahwa koordinasi memang terjadi, namun sebagian besar bersifat informal dan digerakkan oleh kebutuhan di lapangan. Media komunikasi digital seperti grup WhatsApp menjadi platform utama untuk pertukaran informasi, sementara pertemuan formal masih terbatas.

Seorang petugas kesehatan menggambarkan pembagian tugas di dalam puskesmas setelah penunjukan penanggung jawab program TB (PJ TB):

“Biasanya didiskusikan sama saya. Itu PJ. Biasanya kalau sudah PJ-nya dapat, akan dibagi untuk kita yang perawat di ruangan.” (FGD_01)

Hal ini menunjukkan bahwa koordinasi vertikal di dalam fasilitas berjalan cukup baik, terutama dalam pembagian peran antarstaf. Namun, hampir seluruh peserta FGD menyebutkan bahwa pertemuan koordinasi rutin antar-lembaga belum berjalan optimal:

“Kalau pertemuan rutin seperti sebulan sekali, sepertinya tidak. Tapi kemarin dari Puskesmas Wosi ada satu kegiatan yang mengundang klinik dan dokter praktik mandiri untuk membahas TB-HIV, TB-DM, dan sejenisnya.” (FGD_01)

Temuan ini menegaskan bahwa inisiatif kolaboratif memang ada, terutama dalam pengelolaan komorbiditas seperti TB-HIV atau TB-DM, tetapi belum dilakukan secara teratur.

Dari sisi pasien, sebagian besar peserta FGD mengonfirmasi bahwa sistem rujukan dan komunikasi dari rumah sakit ke puskesmas berjalan dengan baik:

“Saya dikasih surat untuk bawa ke Puskesmas, kayak surat pengantar begitu untuk setiap bulan saya harus bawa obat.” (FGD_02)

“Di P2P kami mendapat penyuluhan. Banyak penyuluhan yang diberikan oleh petugas kepada kami.” (FGD_02)

Pada tingkat kabupaten, beberapa informan kunci menjelaskan bahwa evaluasi dilakukan secara berkala, sementara komunikasi operasional banyak bergantung pada grup WhatsApp:

“Kalau secara keseluruhan mungkin sekali setahun dalam melakukan evaluasi monitoring, tapi kalau secara bidang teknis... kita kan punya WA Group mau mengantar sampel ya.” (IDI_02)

Pernyataan ini diperkuat oleh pejabat lain:

“Koordinasi cukup baik. Kami punya beberapa grup WhatsApp: pengiriman sampel, logistik, dan PIC.” (IDI_03)

Seorang pengelola program juga menekankan bahwa komunikasi tetap intensif dan efektif:

“Komunikasi koordinasi cukup intens ya, melalui WA Group, adanya pertemuan-pertemuan, jadi komunikasinya cukup.” (IDI_04)

“Sampai saat ini tidak ada hambatan.” (IDI_04)

Secara keseluruhan, hampir seluruh informan menyebut bahwa koordinasi pada dasarnya berjalan, tetapi sangat bergantung pada komunikasi informal digital dibandingkan mekanisme formal yang terstruktur. Menurut Goggin et al. (1990), keberhasilan implementasi kebijakan sangat bergantung pada komunikasi antar-organisasi yang memerlukan sistem institusional, bukan interaksi ad hoc semata. Kurangnya pertemuan rutin melemahkan pemantauan dan integrasi lintas fasilitas secara sistematis.

Kolaborasi lintas sektor juga menjadi pilar penting dalam pengendalian TB. Sebagian besar peserta FGD menyebutkan bahwa keterlibatan dengan tokoh masyarakat, organisasi profesi, LSM, dan instansi nonkesehatan sudah dimulai, namun belum merata. Dalam kegiatan Linsek, puskesmas mengundang perwakilan pemerintah daerah untuk menyampaikan capaian program TB:

“Biasanya dalam kegiatan Linsek diundang pihak kelurahan. Disampaikan data capaian TB di masing-masing wilayah.” (FGD_01)

Beberapa peserta menyoroti pentingnya pelibatan tokoh masyarakat dan agama dalam mendukung kepatuhan pengobatan:

“Kemudian pelibatan tokoh-tokoh agama, tokoh masyarakat... lewat kebijakan yang bisa mereka keluarkan... satu pasien TB... tidak mau berobat... dari pemerintahannya itu membekukan NIK-nya.” (FGD_01)

Kolaborasi dengan organisasi profesi dan jaringan seperti KOPI-TB juga diakui oleh sebagian besar peserta:

“Harapannya, perwakilan dari masing-masing organisasi profesi ini juga ikut serta dalam penanggulangan TB.” (FGD_04)

“KOPI-TB ini tidak hanya ada di Papua

Barat saja... kita di sini sudah terbentuk dan pembentuknya dari pusat, dari Kementerian.” (FGD_04)

Kolaborasi lain dilakukan dengan dinas sosial dan pengelola dana desa:

“Kerjasama antara dari program TB sendiri dari kesehatan dengan dinas-dinas lain, misalnya dari dinas sosial atau dari dana kampung dan sebagainya.” (FGD_04)

Kepala Dinas Kesehatan menekankan pentingnya keterlibatan berbagai aktor:

“Katakanlah kalau di kampung mungkin tokoh masyarakat bisa, tokoh kerja bisa, tokoh anak bisa, tokoh muda bisa, tokoh perempuan bisa.” (IDI_02)

Temuan menunjukkan bahwa inisiatif lintas sektor memang ada, tetapi masih bersifat sporadis dan bergantung pada dukungan donor. Menurut Ansell dan Gash (2007), tata kelola kolaboratif memerlukan interaksi yang terstruktur, berbasis kepercayaan, dan terinstitusionalisasi. Di Manokwari, kolaborasi sudah dimulai tetapi belum terlembaga secara formal, sehingga keberlanjutannya masih terbatas.

Beberapa peserta FGD juga menyebut bahwa forum komunikasi teknis dan multisektoral telah dilaksanakan, namun tidak rutin dan bergantung pada pendanaan donor:

“Biasanya ada kegiatan dari Global Fund yang mengundang semua layanan RS, Puskesmas, klinik, dan TPMD...” (FGD_01)

“Kami pernah mengadakan pertemuan PPM di Swiss-Belhotel, untuk menyatukan layanan publik dan swasta.” (FGD_04)

“Kemarin sempat ada pertemuan yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi. Semua organisasi profesi diundang untuk membahas rancangan Pergub penanggulangan TB.” (FGD_04)

“Untuk tahun lalu memang juga ada pendanaan dari GF untuk pertemuan evaluasi.” (IDI_03)

Ketergantungan pada forum berbasis donor menunjukkan lemahnya kapasitas institusional daerah untuk mempertahankan koordinasi secara mandiri. Menurut teori tata kelola kolaboratif (Ansell & Gash, 2007), kerja sama antar-lembaga yang berkelanjutan memerlukan tujuan bersama serta dukungan kelembagaan dan finansial yang stabil. Tanpa alokasi anggaran daerah, forum koordinasi berisiko terhenti dan menghambat integrasi

fasilitas swasta ke dalam sistem pelaporan nasional seperti SITB.

Secara keseluruhan, sebagian besar informan menilai bahwa hubungan dan koordinasi antar-lembaga di Kabupaten Manokwari berfungsi namun belum sepenuhnya terlembaga. Komunikasi informal melalui platform digital efektif untuk kegiatan operasional, tetapi ketiadaan forum rutin yang terstruktur melemahkan sistem pemantauan dan evaluasi. Kolaborasi lintas sektor telah dimulai, khususnya dengan organisasi profesi, LSM, dan tokoh masyarakat, namun masih bersifat sporadis dan sangat bergantung pada donor. Temuan ini sejalan dengan literatur (Goggin et al., 1990; Mahendradhata et al., 2017; Ansell & Gash, 2007; WHO, 2023) yang menekankan bahwa pengendalian TB yang berkelanjutan memerlukan mekanisme koordinasi yang terinstitusionalisasi, integrasi lintas sektor, dan dukungan anggaran pemerintah.

Topik Karakteristik Lembaga Pelaksana

Sebagian besar informan menggambarkan bahwa struktur organisasi program pengendalian tuberkulosis (TB) di Manokwari telah terbentuk di berbagai tingkat layanan, namun efektivitasnya masih terkendala oleh keterbatasan tenaga dan tingginya rotasi staf. Seorang petugas puskesmas menyebutkan besarnya beban kerja karena luasnya wilayah tanggung jawab:

“Karena kita itu mencakup bukan satu kelurahan, tapi empat kelurahan, di mana itu semuanya sekitar enam puluh ribu sekian.” (FGD_01)

Beberapa peserta lain menyoroti bahwa pergantian petugas yang sering tanpa pelatihan pengganti menyebabkan gangguan kontinuitas:

“Kadang PJ-nya juga sering diganti. Yang sudah terlatih dipindah, lalu ganti orang baru. Itu jadi kendala.” (FGD_01)

Meskipun demikian, dari perspektif dinas kesehatan, struktur dan kapasitas tenaga dianggap sudah cukup berjalan:

“Teman-teman di Dinas Kesehatan rasanya lumayan bagus lah, karena juga sudah dilatih.” (IDI_03)

Namun sebagian besar informan sepakat bahwa efektivitas program lebih banyak bergantung pada individu dibandingkan kelembagaan. Berdasarkan model Van Meter

dan Van Horn (1975), karakteristik organisasi dan sumber daya manusia berpengaruh signifikan terhadap hasil kebijakan, dan dalam konteks desentralisasi seperti di Manokwari, lemahnya manajemen SDM menyebabkan rendahnya stabilitas kelembagaan. Hal ini sejalan dengan temuan Basri (2009), yang menunjukkan bahwa kekurangan tenaga dan rotasi staf tinggi dapat menurunkan capaian program TB. Oleh karena itu, mekanisme pelatihan berkelanjutan dan sistem suksesi staf perlu diperkuat untuk menjaga kesinambungan layanan.

Sebagian besar tenaga kesehatan menyebutkan bahwa pelaksanaan program TB telah mengikuti standar operasional prosedur (SOP) dan mekanisme kerja yang disepakati, meskipun dokumentasinya belum selalu tertulis secara formal.

"Biasanya didiskusikan sama saya. Itu PJ. Biasanya kalau sudah PJ-nya dapat, akan dibagi untuk kita yang perawat di ruangan." "Dijelaskan juga. Dikirim serta dijelaskan." (FGD_01)

Pasien juga mengonfirmasi keberadaan mekanisme pelayanan dan rujukan:

"Saya dikasih surat untuk bawa ke Puskesmas, kayak surat pengantar begitu untuk setiap bulan saya harus bawa obat." (FGD_02)

Walaupun kepatuhan terhadap SOP diakui tinggi, sebagian informan menilai bahwa penerapan masih bergantung pada komunikasi informal dan inisiatif petugas, bukan pada dokumentasi kelembagaan yang baku. Sistem informal ini berpotensi menurunkan mutu layanan terutama saat terjadi rotasi staf. WHO (2023) menegaskan bahwa kepatuhan terhadap pedoman tertulis dan pelatihan berkelanjutan merupakan faktor kunci menjaga mutu pengobatan TB. Oleh karena itu, penguatan dokumentasi, formalisasi SOP, dan integrasi pelatihan teknis rutin menjadi kebutuhan mendesak untuk menjaga konsistensi implementasi.

Sebagian besar informan juga mengungkapkan bahwa kegiatan evaluasi program TB sudah dilakukan, tetapi belum terjadwal secara sistematis di semua tingkat layanan. Evaluasi lebih sering bersifat administratif, berfokus pada pencapaian indikator kinerja:

"Dari Dinas, mereka melihat kinerja kami

dari capaian indikator." (FGD_01)

Sebagian peserta menilai bahwa pemantauan yang dilakukan masih bersifat ad hoc dan belum memberikan umpan balik yang terstruktur:

"Kalau monitoring evaluasi secara sistematis tidak ada. Tapi Mutu biasanya datang ke ruangan minta data TB yang selesai pengobatan. Masih sebatas itu." (FGD_01)

Dinas Kesehatan mengonfirmasi bahwa evaluasi dilakukan setidaknya setahun sekali, disertai pemantauan harian berbasis sistem pelaporan digital:

"Minimal kalau secara keseluruhan mungkin sekali setahun... tapi kalau bidang teknis atau mengikuti programnya setiap hari melakukan evaluasi." (IDI_02)

"Evaluasi kinerja biasanya ya kita lewat sistem pelaporan... di sistem itu kan juga ada menu reminder..." (IDI_03)

Temuan-temuan ini menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar unit telah melakukan evaluasi rutin, mekanisme tersebut masih berfokus pada angka dan belum mengintegrasikan analisis kualitatif untuk perbaikan kebijakan. Evaluasi juga belum terkoordinasi lintas sektor, sehingga rekomendasi perbaikan sering tidak ditindaklanjuti. Hasil ini sejalan dengan temuan Kasim et al. (2012) dan Pradipta et al. (2021), yang menunjukkan bahwa pemantauan berkelanjutan, pelatihan staf, dan koordinasi lintas unit dapat meningkatkan keberhasilan pengobatan serta menekan angka putus berobat.

Topik Disposisi dan Komitmen Pelaksana

Sebagian besar informan menggambarkan bahwa pelaksana di lini terdepan menunjukkan tingkat kepatuhan yang tinggi terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam program pengendalian tuberkulosis (TB). Kepatuhan ini tidak hanya didorong oleh kewajiban profesional, tetapi juga oleh nilai kemanusiaan dan empati terhadap pasien. Seorang petugas menjelaskan:

"Sebenarnya ini tuntutan profesi juga. Tapi motivasinya karena kemanusiaan dan ingin membantu. Melihat pasien sembuh, itu jadi semangat kami." (FGD_01)

Sebagian pelaksana lain menambahkan bahwa keterbatasan tenaga menjadi tantangan dalam menjaga konsistensi penerapan SOP:

"Kalau saya sendiri sih ya itu, Mas, apa namanya, tambahan tenaga." (FGD_01)

Dari sisi penerima layanan, pasien juga menunjukkan kepatuhan terhadap arahan tenaga kesehatan, yang mencerminkan kepercayaan terhadap sistem layanan berbasis SOP:

"Akhirnya sudah, saya ikuti kepatuhan yang suster dengan dokter dan tim di Puskesmas Wosi dong bicara." (FGD_02)

Pejabat kesehatan menegaskan bahwa kepatuhan terhadap SOP adalah keharusan profesional untuk mencegah kesalahan pengobatan:

"Saya rasa patuh. Karena mau tidak mau, enggak mungkin enggak patuh. Karena kalau ada kesalahan pengobatan kan fatal." (IDI_03)

Temuan-temuan ini menunjukkan bahwa sebagian besar pelaksana memiliki disposisi positif terhadap pelaksanaan program TB, yang berakar pada profesionalisme dan rasa tanggung jawab moral terhadap keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian Halim Ismail dan Hassan (2021), yang menegaskan bahwa motivasi intrinsik seperti rasa kasih terhadap pasien dan kebanggaan profesi berperan penting dalam menjaga kepatuhan terhadap standar klinis. Namun, tanpa dukungan kelembagaan yang kuat—seperti ketersediaan tenaga dan sistem supervisi berkelanjutan—motivasi intrinsik tersebut berisiko tidak berkelanjutan. Penelitian Basri et al. (2009) juga menemukan bahwa kurangnya tenaga dan pelatihan sistematis dapat menghambat kesinambungan layanan TB. Berdasarkan pandangan Edwards (1980), disposisi pelaksana merupakan faktor sentral dalam keberhasilan implementasi kebijakan, dan di Manokwari, faktor ini tergolong kuat namun masih rentan tanpa dukungan struktural.

Pada tingkat kabupaten, sebagian besar informan menilai bahwa komitmen pemerintah daerah terhadap program TB masih bersifat normatif dan belum diikuti dengan kebijakan formal yang mengikat. Beberapa informan menyoroti belum adanya Peraturan Bupati (Perbup) tentang TB:

"Belum. Manokwari belum membuat Perbup karena Pergub ini juga baru disahkan dan masih dalam proses sosialisasi. Masih terlalu

dini untuk implementasi sampai ke tingkat kabupaten." (FGD_04)

Sebagian lainnya menekankan bahwa keberadaan Perbup akan menjadi indikator nyata komitmen pemerintah, terutama dari aspek pembiayaan dan kelembagaan:

"Benar. Perbup adalah bentuk komitmen dari pemerintah kabupaten, termasuk dalam hal pendanaan. Kalau Perbup sudah ada, berarti sudah ada kesiapan finansial dan struktural dari pemerintah daerah untuk mendukung penanggulangan TB hingga ke level paling bawah." (FGD_04)

Kepala Dinas Kesehatan menegaskan bahwa sektor kesehatan tetap menjadi prioritas pembangunan daerah, meskipun bentuk komitmen tersebut belum sepenuhnya diimplementasikan dalam tataran operasional:

"Kalau komitmennya saya yakin pelayanan kesehatan ini adalah hal yang sangat berdasar untuk masyarakat, jadi pendidikan kesehatan menjadi prioritas utama dari kita daerah." (IDI_02)

Temuan ini mengindikasikan adanya kesenjangan antara komitmen normatif dan regulasi konkret di tingkat kabupaten. Bukti dari daerah lain menunjukkan bahwa kerangka hukum lokal seperti Perbup dapat memperkuat alokasi sumber daya dan koordinasi lintas sektor (Kiranti & Andriani, 2024; Sri & Slamet, 2024). Hal ini sejalan dengan Grindle (1980), yang menekankan pentingnya konteks politik dan dukungan institusional dalam menentukan hasil implementasi kebijakan. Dengan demikian, di Manokwari, meskipun disposisi pelaksana kuat, ketiadaan regulasi daerah yang mengikat membatasi keberlanjutan dan skalabilitas program.

Sebagian besar pelaksana juga menekankan bahwa motivasi kerja terutama bersumber dari faktor intrinsik seperti kepuasan melihat pasien sembuh:

"Ya itu, semangat kalau ada yang sembuh." (FGD_01)

Namun, motivasi tersebut dapat menurun ketika menghadapi tantangan sosial atau perilaku pasien yang tidak kooperatif:

"...tapi kalau ada yang [tertawa] sudah bertengkar, tiba-tiba hilang. Aduh." (FGD_01)

Beberapa pelaksana menyoroti pentingnya insentif finansial mengingat beban

kerja yang tinggi:

"Kalau bisa ada insentif juga. Karena kita ini kerja kadang sampai sore, bahkan malam, tapi tidak ada tambahan penghasilan." (FGD_01)

Selain dukungan finansial, semangat kerja juga diperkuat oleh dukungan sejawat dan rasa kebersamaan dalam tim:

"Oh minum tuh minum yang rajin, jangan putus-putus, biar cepat sembuh." (FGD_02)

Rasa bangga terhadap capaian kinerja daerah turut memperkuat motivasi:

"Sekarang kita sudah di peringkat empat nasional untuk penemuan kasus. Itu luar biasa." (FGD_04)

Temuan ini sejalan dengan literatur yang menunjukkan bahwa motivasi intrinsik seperti rasa bangga dan kepuasan kerja perlu diperkuat dengan insentif eksternal dan lingkungan kerja yang mendukung untuk mencegah burnout (Purnaningsih et al., 2022; WHO, 2023). Ketergantungan semata pada motivasi personal tanpa dukungan kelembagaan dapat menimbulkan risiko kelelahan dan menurunnya kinerja dalam jangka panjang.

Secara keseluruhan, hasil penelitian menunjukkan bahwa disposisi dan komitmen pelaksana program TB di Manokwari tergolong kuat di tingkat individu, tetapi belum sepenuhnya diimbangi oleh dukungan kelembagaan dan kebijakan. Kepatuhan terhadap SOP, rasa tanggung jawab profesional, dan dukungan sejawat menjadi fondasi penting keberhasilan program, namun ketiadaan regulasi daerah, keterbatasan tenaga, dan minimnya insentif finansial masih menjadi tantangan utama. Sejalan dengan teori Edwards (1980) dan Grindle (1980), efektivitas implementasi kebijakan sangat bergantung pada sinergi antara disposisi pelaksana, dukungan politik, dan struktur organisasi yang memadai. Oleh karena itu, penguatan regulasi di tingkat kabupaten, penyediaan sumber daya yang cukup, serta pengembangan sistem insentif dan penghargaan terstruktur menjadi langkah strategis untuk memastikan keberlanjutan program TB di Manokwari.

Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan program pengendalian tuberkulosis (TB) di Kabupaten Manokwari

masih menghadapi tantangan struktural dan kelembagaan yang signifikan. Ketidadaan regulasi lokal, keterbatasan adaptasi kebijakan nasional, serta instrumen administratif yang terfragmentasi telah mengurangi legitimasi institusional dan rasa kepemilikan daerah terhadap program. Selain itu, dukungan sumber daya belum optimal, ditandai dengan beban kerja tinggi pada tenaga kesehatan, rotasi pegawai yang sering terjadi, dan keterbatasan sarana prasarana terutama di wilayah terpencil. Meskipun demikian, terdapat kemajuan pada aspek ketersediaan obat dan penerapan sistem pelaporan digital, sementara komitmen individu pelaksana menunjukkan motivasi yang kuat dalam menjalankan program.

Berdasarkan temuan tersebut, diperlukan langkah strategis yang terukur dan berjenjang untuk memperkuat efektivitas dan keberlanjutan kebijakan pengendalian TB di tingkat daerah. Dalam jangka pendek (≤ 1 tahun), prioritas utama adalah penyusunan regulasi daerah seperti peraturan bupati atau keputusan kepala daerah sebagai dasar hukum pelaksanaan program, peningkatan kapasitas serta redistribusi tenaga kesehatan pada wilayah dengan beban kasus tinggi, dan penguatan koordinasi lintas sektor melalui forum rutin antarinstansi. Dalam jangka menengah (2–3 tahun), perlu dikembangkan mekanisme evaluasi kinerja berbasis indikator capaian program termasuk cakupan deteksi kasus, kepatuhan pengobatan, dan tingkat keberhasilan terapi serta peningkatan alokasi anggaran daerah untuk mendukung logistik dan transportasi petugas. Sementara itu, dalam jangka panjang (≥ 5 tahun), program pengendalian TB perlu diintegrasikan ke dalam rencana pembangunan kesehatan daerah (RPKD), dilengkapi dengan mekanisme insentif berbasis kinerja bagi pelaksana program dan dukungan investasi berkelanjutan dari pemerintah maupun mitra pembangunan.

Ucapan Terima Kasih

Penulis menyampaikan terima kasih yang tulus kepada Program Pascasarjana Universitas Respati Indonesia, Jakarta, Dinas Kesehatan Kabupaten Manokwari, serta seluruh informan penelitian. Dukungan kelembagaan dan kerja sama yang diberikan sangat berperan penting

dalam kelancaran pelaksanaan penelitian ini.

Daftar Pustaka

- Adrian, M. M., Purnomo, E. P., & Agustiyara, A. (2020). Implementasi kebijakan pemerintah PERMENKES No. 67 Tahun 2016 dalam penanggulangan tuberkulosis di Kota Yogyakarta. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 9(2), 83–88. <https://doi.org/10.22146/jkki.55965>
- Alfirdaus, M. (2025). Enhancing village-level TB control: An action research. In *Public health innovation in Indonesia* (pp. 213–225). AIJR Books. <https://doi.org/10.21467/proceedings.151.25>
- Alfirdaus, M., & Hanani, N. (2025). In search of a better tuberculosis governance in village level: A policy analysis. *Journal of Governance and Public Policy*, 12(1), 45–58. <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2025.03.013>
- Ansell, C. & Gash, A. (2007). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Public Administration Review*, 68(1), pp. 544–556. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Ayuningtyas, T.A.P. & Bachtiar, A. (2025) Contextualizing Policy Adoption: A Case Study of Tuberculosis Control Policy in Depok City. *Journal of Indonesian Health Policy and Administration*, 10(1), artikel 3. PDF tersedia di Scholarly Hub UI: <https://doi.org/10.7454/ihpa.v10i1.1137>
- Basri, C., Bergström, K., Walton, W., Surya, A., Voskens, J. and Metha, F., 2009. Sustainable scaling up of good quality health worker education for tuberculosis control in Indonesia: a case study. *Human Resources for Health*, 7, pp.1-9. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-85>
- Braun, V., & Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Deswinda, D., Rasyid, R., & Firdawati, F. (2019). Evaluasi penanggulangan tuberkulosis paru di puskesmas dalam penemuan penderita tuberkulosis paru di Kabupaten Sijunjung. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(2), 211–219. <https://doi.org/10.25077/jka.v8i2.994>
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular. (2023). Evaluasi capaian program tuberkulosis tahun 2023 dan progres tahun 2024. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. <https://tbindonesia.or.id/>
- Edwards III, G. C. (1980). *Implementing Public Policy*. Washington, DC: Congressional Quarterly Press.
- Goggin, M.L., Bowman, A.O., Lester, J.P. & O'Toole, L.J. (1990) Implementation Theory and Practice: Toward a Third Generation. *Glenview: Scott, Foresman and Company*. <https://doi.org/10.2307/1962902>
- Grindle, M.S. (1980) Politics and Policy Implementation in the Third World. *Princeton University Press*. <https://www.jstor.org/stable/j.ctt1m323qj>
- Halim Ismail, N.R. and Hassan, M.R. (2021) ‘Compliance of healthcare workers toward tuberculosis preventive measures in workplace: a systematic literature review’, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), p.10864. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010864>
- Kasim, F., Handayani, R., & Wahyuni, D. (2012). The impact of structured monitoring and evaluation on DOTS implementation in Subang District. *Indonesian Journal of Public Health*, 9(2), 77–85. <https://doi.org/10.22146/jkki.v1i3.36019>
- Kiranti, M. and Andriani, H. (2024) ‘Management overview of the lung tuberculosis control program at the DKI Jakarta Provincial Health Office in 2023’, *Journal of Indonesian Health Policy and Administration*, 9(2), Article 1. <https://doi.org/10.7454/ihpa.v9i2.7788>
- Kurniawati, A., Padmawati, R.S. & Mahendradhata, Y. (2019) Acceptability of mandatory tuberculosis notification among private practitioners in Yogyakarta, Indonesia. *BMC Research Notes*, 12:543. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4581-9>
- Lestari, B. W., Afifah, N., McAllister, S., Miranda, A. V., Herawati, E., Hadisoemarto, P. F., ... Hulscher, M. (2024). Determinants of adherence towards tuberculosis guidelines among Indonesian private practitioners: A qualitative study. *BMJ Global Health*, 9(12), e015261. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-015261>
- Mahendradhata, Y., Trisniantoro, L., Listyadewi, S., et al. (2017). The Republic of Indonesia Health System Review. *Health Systems in Transition*, 7(1). WHO. <https://wkc.who.int/resources/publications/i/item/9789290225164>
- Pradipta, I. S., Florencia, C. F., Mardhiyyah, C. A., Nurfadila, F. S., Aprilio, K., Abdulah, R., Lestari, B. W., Ruslami, R., Lestari, T., & Aarnoutse, R. (2025). Engaging community pharmacy in tuberculosis case detection (ENHANCE): A study protocol for an implementation study in Indonesia. *Archives of Public Health*, 83, 126. <https://doi.org/10.1186/s13690-025-01610-7>.

- Pratama, M. Y., Gurning, F. P., & Suharto, S. (2019). Implementasi penanggulangan tuberkulosis di Puskesmas Glugur Darat Kota Medan. *Jurnal Kesmas Asclepius*, 1(2), 196–205. <https://doi.org/10.31539/jka.v1i2.942>
- Putri, F. A., Suryawati, C., & Kusumastuti, W. (2020). Evaluasi pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis paru (P2TB) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(3), 311–322. <https://doi.org/10.14710/jkm.v8i3.28052>
- Siahaan, E.S., Bakker, M.I., Pasaribu, R., Khan, A., Pande, T., Hasibuan, A.M. and Creswell, J., 2020. Islands of tuberculosis elimination: An evaluation of community-based active case finding in North Sumatra, Indonesia. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 5(4), p.163. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed5040163>
- Setiawan, A., Rahman, A., & Yusuf, F. (2025). Health system responsiveness and TB treatment adherence in Indonesia. *Public Health in Practice*, 7,100397. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2025.100397>
- Sri, M. and Slamet, A. (2024) 'Evaluation of tuberculosis program implementation in primary health care, Semarang, Indonesia', *International Journal of Public Health Asia Pacific*, 3(5), pp.1–11. <https://doi.org/10.62992/qb8eay62>
- Sofiyatun, V. (2019). Implementasi program penanggulangan tuberkulosis paru. *HIGEIA: Journal of Public Health Research and Development*, 3(1), 74–86. <https://doi.org/10.15294/higeia.v3i1.29362>
- Sunjaya, D. K., Paskaria, C., Herawati, D. M. D., Pramayanti, M., Riani, R., Parwati, I., ... (2022). Initiating a district-based public-private mix to overcome tuberculosis missing cases in Indonesia: Readiness to engage. *BMC Health Services Research*, 22, 110. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07506-4>.
- Suryani, E., Nuraini, N., & Ramdan, I. (2020). Kendala Implementasi Program Penanggulangan Tuberkulosis di Daerah dengan Akses Terbatas. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 8(1), 33–40. <https://doi.org/10.15575/jispo.v9i1.4055>
- Syafruddin, S., & Arsyad, M. (2022). Local government policies and TB control: Evidence from Bone District. *Kesmas: National Public Health Journal*, 17(2), 89–96. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v17i2.5678>
- Van Meter, D. S., & Van Horn, C. E. (1975). The policy implementation process: A conceptual framework. *Administration & Society*, 6(4), 445–488. <https://doi.org/10.1177/009539977500600404>
- World Bank. (2023). Indonesia – Tuberculosis Program-for-Results. *Stop TB Partnership*. https://www.stoptb.org/sites/default/files/imported/document/36-5.6_world_bank_indonesia_20230326_rev.pdf
- World Health Organization. (2023). Global tuberculosis report 2023. *World Health Organization*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240078464>