



## Implementasi Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru

Vivi Sofiyatun <sup>1</sup>✉

<sup>1</sup>Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Univesitas Negeri Semarang, Indonesia

### Info Artikel

*Sejarah Artikel:*

Diterima 14 Agustus 2018

Disetujui 24 Januari 2019

Dipublikasikan 31

Januari 2019

*Keywords:*

*Implementation, Program, Tuberculosis.*

*DOI:*

<https://doi.org/10.15294/higeia/v3i1/24952>

### Abstrak

Angka penemuan kasus dan kesuksesan pengobatan pasien Tuberkulosis Paru di puskesmas Tlogosari Kulon masih jauh dibawah target. Pada tahun 2017 ditemukan 31 kasus (50%) dengan jumlah kesuksesan pengobatan 20 kasus (65%). Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui implementasi Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru tahun 2018 di puskesmas Tlogosari Kulon. Penelitian ini dimulai pada Juni s.d Agustus 2018. Peneliti menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan rancangan deskriptif dimana informan dipilih dengan teknik *purposive sampling*. Hasil penelitan menunjukkan bahwa kekurangan sumberdaya staf dan fasilitas, kurangnya konsistensi dalam komunikasi serta komitmen pelaksana program terhadap pasien yang kurang dapat menghambat implementasi sehingga belum dapat mencapai target yang ditentukan. Kurangnya penemuan kasus secara aktif dan transmisi informasi yang hanya dilakukan antar individu menjadikan tingkat pengetahuan masyarakat rendah. Komitmen yang terlalu longgar pada pasien dapat menurunkan angka keberhasilan pengobatan. Dengan begitu dapat disimpulkan bahwa implementasi program penanggulangan Tuberkulosis Paru di puskesmas Tlogosari Kulon sudah cukup baik namun untuk faktor komunikasi dan sumberdaya masih harus diperbaiki.

### Abstract

*The number of case discovery and successful treatment of patients with Pulmonary Tuberculosis at Tlogosari Kulon primary health care was below the target. In 2017, 31 cases (50%) were found with 20 cases of treatment success (65%). The purposed of this reserch was to determine the implementation of Pulmonary Tuberculosis Program 2018 at Tlogosari Kulon primary health care. This research was started in June until August 2018. Researchers used a qualitative research with descriptive design where the informants were selected by purposive sampling technique. The results of the research show that the lack of staff and facility resources, lack of consistency in communication and the commitment of program implementers to patients who was unable to impede implementation so that they cannot reach the specified target. Lack of active case discovery and information transmission that only carried out between individual made the level of public knowledge low. Too loose commitment to patients can reduced treatment success rates. That way it can be concluded that the implementation of the Pulmonary Tuberculosis control program at Tlogosari Kulon primary health care was good enough but for the communication and resource factors it must be improved.*

© 2019 Universitas Negeri Semarang

✉ Alamat korespondensi:  
Gedung F5 Lantai 2 FIK Unnes  
Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, 50229  
E-mail: [s.fiva@ymail.com](mailto:s.fiva@ymail.com)

## PENDAHULUAN

Tuberkulosis paru merupakan penyakit menular yang menjadi isu global dimana penyakit tersebut disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, dengan perkiraan sepertiga populasi terinfeksi dari 2,5 juta orang meninggal setiap tahunnya. Indonesia menempati peringkat empat terbanyak di seluruh dunia penderita TB (Tuberkulosis) setelah Cina, India, dan Afrika Selatan (Noveyani, 2013).

Menurut Kemenkes RI 2016, jumlah kasus TB di Indonesia pada tahun 2015 sebesar 324.539 kasus dan menjadi 330.910 kasus pada tahun 2016 (Kemenkes RI, 2016). Sedangkan untuk Jawa Tengah jumlah kasus pada tahun 2015 sebanyak 115 dan menjadi 116 per 100.000 penduduk di tahun 2016. Untuk angka kesuksesan pengobatan di Jawa Tengah masih dibawah target yaitu sebesar 68,69%. Di kota Semarang jumlah penemuan kasus TB tahun 2016 sebesar 864 kasus, mengalami peningkatan dari tahun 2015 yang berjumlah 826 kasus. Sedangkan angka kesuksesan pengobatan sebesar 83% dalam tiga tahun terakhir (Kemenkes, 2016).

Sejalan dengan meningkatnya kasus TB, pada awal 1995 WHO (*World Health Organization*) mengembangkan strategi pengendalian TB yang dikenal sebagai strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*). Fokus utama strategi ini yaitu penemuan dan penyembuhan pasien untuk memutuskan rantai penularan, sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat TB di masyarakat. (Kemenkes, 2016).

Dalam strategi DOTS terdapat lima komponen, yaitu : Komitmen politis dari pemerintah untuk menjalankan program TB nasional. Diagnosis TB melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Pengobatan TB dengan paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang diawasi langsung oleh Pengawas Minum Obat (PMO). Kesenambungan persediaan OAT. Pencatatan dan pelaporan menggunakan buku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan TB Paru.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 67 Pasal 6 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, 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 penanggulan 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, 2013). Tidak lengkapnya laporan kunjungan supervise tingkat atas, kartu identitas TB serta laporan bulanan membuat petugas harus lebih diawasi untuk memastikan kinerja program yang lebih baik (Hemlata, 2011). Input dalam surveilans program TB yang meliputi *man, money, material, dan method* karena hal tersebut memiliki pengaruh cukup besar terhadap proses dan output (Novanty, 2017).

Karena itu, meskipun program penanggulangan Tuberkulosis sudah ada sejak dulu namun sampai sekarang masih belum menunjukkan hasil yang efektif. Banyak faktor yang berperan penting dalam implementasi program namun faktor tersebut masih memiliki keterbatasan. Seperti halnya puskesmas Tlogosari Kulon kota Semarang, angka penemuan kasus dan kesembuhan pasien Tuberkulosis belum mencapai target. Tahun 2015 angka CDR (*Case Detected Rate*) yaitu 24 kasus (30%) dengan angka keberhasilan pengobatan (*Succes Rate*) sebesar 20 kasus (83%).

Pada tahun 2016, CDR sebesar 18 kasus (30%) dengan SR 14 kasus (78%). dan pada tahun 2017 CDR sebesar 31 kasus (50%) dengan SR 20 kasus (65%).

Puskesmas sudah menerapkan strategi DOTS namun belum mampu mencapai target angka penemuan kasus dan kesuksesan pengobatan. Hal tersebut dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain kurangnya pemahaman masyarakat mengenai TB sehingga malas memeriksakan diri ke puskesmas, kurangnya jumlah petugas maupun sarana prasarana serta kurangnya pemanfaatan kader kesehatan dalam program penanggulangan TB tersebut menjadi beberapa penyebab belum tercapainya target penemuan kasus dan kesuksesan pengobatan.

Menurut Gorge C. Edwards III dalam implementasi kebijakan ada empat variabel yang berperan penting dalam pencapaian keberhasilan implementasi. Empat variabel tersebut adalah komunikasi, sumberdaya, disposisi dan struktur birokrasi (Indiahono, 2009). Komunikasi menunjukkan bahwa setiap kebijakan akan dapat dilaksanakan dengan baik jika terjadi komunikasi yang efektif antara pelaksana program (kebijakan) dengan para kelompok sasaran (*target group*). Sumberdaya menunjukkan setiap kebijakan harus didukung oleh sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia maupun sumberdaya finansial. Disposisi yaitu karakter yang paling dimiliki oleh implementor, terdiri dari kejujuran, komitmen tinggi dan jujur akan senantiasa bertahan diantara hambatan yang ditemui dalam program/kebijakan. Dan struktur birokrasi adalah bagaimana mekanisme implementasi program.

Dari uraian diatas perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya yaitu waktu dan tempat penelitian serta rancangan penelitian. Dimana penelitian ini dilakukan di puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang pada tahun 2018. Sedangkan untuk rancangan penelitian, penelitian sebelumnya menggunakan studi kuantitatif sedangkan dalam penelitian ini menggunakan studi kualitatif. Oleh karena itu tujuan dari penelitian ini yaitu mengetahui

bagaimana implementasi program penanggulangan Tuberkulosis di puskesmas Tlogosari Kulon terkait dengan komunikasi, sumberdaya, disposisi dan struktur birokrasinya. Peneliti berharap penelitian ini dapat bermanfaat bagi analisis atau evaluasi puskesmas agar nantinya dapat mengimplementasikan program dengan lebih baik sehingga dapat meningkatkan angka penemuan dan kesuksesan pengobatan Tuberkulosis. Sedangkan untuk selanjutnya dapat digunakan sebagai acuan bagi penelitian selanjutnya.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian studi kasus yang menggunakan metode kualitatif dengan rancangan deskriptif. Metode tersebut digunakan untuk mendapatkan data mendalam dan suatu data yang memiliki makna. Fokus penelitian dari penelitian ini yaitu program penanggulangan Tuberkulosis Paru di puskesmas Tlogosari Kulon. Berada di wilayah kota Semarang. Penelitian dilakukan pada Juni sampai dengan Agustus 2018.

Terdapat sembilan informan dalam penelitian ini. Dimana tiga orang sebagai informan utama dan enam orang sebagai informan triangulasi. Tiga informan tersebut adalah tim program penanggulangan Tuberkulosis di puskesmas Tlogosari Kulon yang terdiri dari satu perawat, satu petugas laboratorium dan satu dokter. Sedangkan enam informan lain yaitu kepala puskesmas, petugas survey kesehatan, petugas dinas kesehatan, PMO (Pengawas Minum Obat) dan pasien menjadi informan triangulasi. Penentuan informan dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Dimana pemilihan informan dalam penelitian ini tidak berdasarkan pada jumlah tetapi berdasarkan asas kesesuaian dan asas kecukupan. Sumber informasi dalam penelitian ini dibedakan menjadi tiga. Untuk sumber informasi primer yaitu dari wawancara mendalam dengan para informan. Sedangkan untuk sumber informasi sekunder didapat dari data puskesmas, dinas kesehatan ataupun

laporan-laporan lain. Untuk data tersier yaitu literature-literatur yang berhubungan dengan penelitian ini.

Instrumen dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri. Peneliti mengumpulkan data menggunakan panduan wawancara. Sebagai instrumen pendukung dalam penelitian agar hasil wawancara dan observasi dapat terekam dan terdokumentasi dengan baik dan peneliti memiliki bukti telah melakukan wawancara dan observasi kepada informan serta diperlukan sarana prasarana seperti buku catatan, alat tulis, *tape recorder*, dan kamera. Peneliti melakukan wawancara mendalam kemudian dicatat. Setelah itu informasi yang didapat dirangkai menjadi satu pembahasan yang lengkap dan detail berbentuk laporan.

Prosedur penelitian dalam penelitian ini terbagi menjadi tiga tahap. Untuk tahap pra penelitian terdiri dari menyusun rancangan penelitian, memilih lokasi penelitian, menyusun perizinan penelitian, menyusun perlengkapan yang digunakan untuk proses penelitian. Untuk tahap penelitian terdiri dari pengamatan (observasi) dan wawancara mendalam yang dilakukan dengan para informan. Kemudian hasil yang didapat dicatat pada lembar wawancara, studi dokumen dan observasi. Sedangkan untuk tahap pasca penelitian terdiri dari menganalisis data yang didapat, dengan mengacu pada sumber data yang ada di Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang dan kemudian memberi rekomendasi pada Puskesmas yang dapat dijadikan bahan untuk melakukan evaluasi.

Dalam penelitian ini, proses pengolahan data berlangsung secara simultan dan bersifat interaktif antara pengolahan data dan analisis data. Analisis data menggunakan analisis isi (*content analysis*), dibantu analisis taksonomi. Langkah-langkah dalam proses analisis data dalam penelitian ini terdiri dalam tiga tahap. Tahap pertama yaitu reduksi data. Reduksi data adalah proses merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan di lapangan dengan langkah mengurangi atau menghilangkan hal-

hal yang tidak perlu. Tahap kedua yaitu, penyajian data dimana yang sering digunakan adalah bentuk uraian singkat yang bersifat naratif. Tahap terakhir yaitu penarikan kesimpulan dan verifikasi.

Untuk pemeriksaan keabsahan data, dalam penelitian ini menggunakan uji *credibility* (validitas internal), *transferability* (validitas eksternal), *dependability* (reliabilitas), dan *confirmability* (objektivitas). *Credibility* yaitu teknik pemeriksaan data yang memanfaatkan sesuatu lain diluar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembandingan terhadap data tersebut (triangulasi). *Transferability* yakni menerapkan hasil penelitian ini, maka yang peneliti lakukan dalam membuat laporan ini dengan memberikan laporan yang rinci, jelas dan sistematis. Sedangkan *dependability* dilakukan dengan melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian di lapangan, agar dapat memberikan data. Dan yang terakhir yaitu *confirmability* berarti menguji hasil penelitian, dikaitkan dengan proses penelitian yang dilakukan.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Puskesmas Tlogosari Kulon merupakan salah satu puskesmas induk di Kota Semarang dengan fasilitas rawat inap, yang terletak di Kecamatan Pedurungan dengan luas tanah 1256m<sup>2</sup> dan luas bangunan 865m<sup>2</sup>. Puskesmas Tlogosari Kulon terletak di jalan Satrioamanah No.2 kelurahan Tlogosari Kulon. Berdasarkan Surat Keputusan Walikota Semarang tahun 2001 wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Kulon berada di Kecamatan Pedurungan yang meliputi 4 kelurahan, yaitu: Kelurahan Tlogosari Kulon (luas wilayah 2,80 Km<sup>2</sup>), Kelurahan Muktiharjo Kidul (luas wilayah wilayah yang terluas adalah Kelurahan Tlogosari Kulon dan yang terkecil adalah Kelurahan Kalicari. Berikut tabel jumlah penduduk wilayah kerja puskesmas Tlogosari Kulon.

Informan dalam penelitian ini terdiri dari 6 orang dari berbagai golongan berbeda, berikut adalah tabel 1 karakteristik para informan.

**Tabel 1.** Jumlah Penduduk di Wilayah Kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Tahun 2017

No	Kelurahan	Luas Wilayah (Km <sup>2</sup> )	Kepadatan Penduduk	Jumlah Penduduk		
				L	P	Total
1	Tlogosari Kulon	2,80	12.813	17.194	18.682	35.876
2	Muktiharjo Kidul	2,04	16.627	16.711	17.209	33.920
3	Kalicari	0,80	11,428	4.563	4.579	9.142
4	Gemah	1,01	14.474	7.147	7.472	14.619
	Total	6,65	14.069	45.615	47.942	93.557

Kemampuan implementor memiliki pengaruh besar dalam melaksanakan suatu kebijakan. Untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan implementasi program penanggulangan tuberkulosis paru di puskesmas Tlogosari Kulon menurut Permenkes No.67 Tahun 2016 dapat diukur melalui faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi. Dengan demikian, maka kepada informan diajukan pertanyaan yang berkaitan dengan pengetahuan kepemimpinan serta keterampilan komunikasi dalam penyampaian informasi penanggulangan tuberkulosis di puskesmas Tlogosari Kulon. Ada beberapa hal yang ditanyakan, yaitu mengenai komunikasi, *sumberdaya*, disposisi/sikap implementor dan struktur birokrasi.

Dalam faktor komunikasi sendiri terdapat tiga hal yang sangat penting. Pertama transmisi informasi di puskesmas Tlogosari Kulon kota Semarang sudah baik. Dimulai dengan pemberian informasi. Biasanya informasi mengenai Penanggulangan tuberkulosis paru disampaikan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang. Informasi tersebut diberikan dari Dinas Kesehatan kepada pemegang program atau pelaksana program Program Penanggulangan Tuberkulosis (P2TB) setiap puskesmas di kota Semarang.

Kemudian informasi tersebut akan di informasikan oleh pelaksana program kepada pegawai puskesmas yang lain pada saat apel

pagi atau lokakarya mini (lokmin). Seangkan untuk menyampaikan informasi kepada masyarakat dapat melalui gasurkes di masing-masing kelurahan maupun melalui bagian promosi kesehatan puskesmas. Untuk pemberian informasi pada masyarakat, Gasurkes biasanya menyampaikan saat melakukan peninjauan jentik nyamuk atau saat melakukan skrining dan kontak serumah.

Dari tim TB puskesmas memang belum pernah mengadakan pertemuan atau sosialisasi untuk melanjutkan informasi mengenai TB dari dinas kesehatan kepada para kader atau masyarakat karena keterbatasan dana. Namun pemegang program selalu menyampaikan informasi tersebut secara langsung kepada setiap pasien saat datang untuk pengambilan obat. Kurang tepatnya persebaran dana serta transmisi informasi dan pengawasan menghambat kesuksesan dalam pengobatan TB (Luisa, 2015). Kurangnya persebaran Informasi tentunya mempengaruhi pemahaman masyarakat mengenai penyakit TB. Semakin jarang sosialisasi maka semakin rendah pula tingkat pemahaman.

Hal kedua yang penting dalam komunikasi yaitu kejelasan. Menurut para informan baik informan utama maupun triangulasi, informasi yang disampaikan selama ini sudah cukup jelas. Informasi dari dinas kesehatan biasanya dilakukan dengan mengumpulkan para pemegang program TB

**Tabel 2.** Karakteristik Informan Utama

No	Informan	Jabatan	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan
1.	Informan Utama 1	Perawat	Perempuan	45	Sarjana
2.	Informan Utama 2	Petugas Laboratorium	Laki-laki	32	Diploma
3.	Informan Utama 3	Dokter	Perempuan	44	Profesi

**Tabel 3.** Karakteristik Informan Triangulasi

No	Informan	Jabatan	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan
1.	Informan Triangulasi 1	Kepala Puskesmas	Laki-laki	48	Sarjana
2.	Informan Triangulasi 2	Dinkes Kota	Laki-laki	49	Master
3.	Informan Triangulasi 3	Gasurkes	Perempuan	24	Sarjana
4.	Informan Triangulasi 4	PMO	Perempuan	36	Sarjana
5.	Informan Triangulasi 5	Pasien	Laki-laki	36	Diploma
6.	Informan Triangulasi 6	Pasien	Laki-laki	32	SMP

puskesmas se-kota Semarang. Kemudian pihak dinas menjelaskan informasi tersebut secara terperinci. Misalnya untuk perhitungan target suspek. Menurut pemegang program dan tim TB lain informasi dari dinas kesehatan sudah jelas. Jika dari pihak tim TB puskesmas ada yang tidak paham atau kurang jelas dapat langsung menghubungi pihak dinas kesehatan atau pemegang program di TB di dinas kesehatan.

Untuk dipuskesmas sendiri menurut para informan, informasi dan komunikasi yang selama ini dilakukan sudah jelas. Terkadang untuk pertemuan para pemegang program TB dipuskesmas yang mendapat undangan dari dinas kesehatan tidak hanya pelaksana program saja, namun juga dengan tenaga laboratorium atau dokter dalam tim TB sehingga informasi tidak hanya didapat pelaksana program. Dengan begitu pelaksana program dan tenaga laboratorium akan saling melengkapi dalam menjelaskan apa yang mereka dapat dari dinas kesehatan untuk kemudian di sebarluaskan kepada semua petugas di puskesmas.

Karena informasi disampaikan pada saat lokmin atau apel maka semua petugas akan mengetahuinya baik non medis maupun para medis. Menurut pelaksana program untuk paramedic biasanya memahami dengan baik informasi yang disampaikan namun untuk tenaga non medis mungkin ada yang kurang jelas. Biasanya pelaksana program akan menjelaskan kembali pada orang tersebut apabila orang tersebut bertanya pada pelaksana program sehingga akan dijelaskan kembali secara personal agar lebih jelas.

Untuk penyampaian informasi atau komunikasi dengan pasien pun sudah baik. Pasien mengaku sudah cukup jelas dengan apa

yang dijelaskan oleh pelaksana program seperti misalnya saat pelaksana program menjelaskan efek dari konsumsi obat TB, efek saat tidak minum obat secara tertur, penjelasan mengenai tes lanjutan dan lain-lain. Pelaksana program selalu menjelaskan dengan apa adanya, tanpa ditutup-tutupi agar pasien merasa lebih nyaman. Sedangkan untuk persebaran informasi dengan Gasurkes pun sudah jelas karena memang Gasurkes hanya berhubungan dengan pelaksana program.

Hal penting terakhir dari komunikasi yaitu konsistensi. Jika implementasi kebijakan ingin berlangsung efektif maka perintah-perintah pelaksanaan harus konsisten dan jelas. Jika perintah-perintah implementasi kebijakan tidak konsisten akan mendorong para pelaksana mengambil tindakan yang sangat longgar dalam menafsirkan dan mengimplementasikan kebijakan. Bila hal ini terjadi, maka akan berakibat pada ketidak efektifan implementasi kebijakan karena tindakan yang sangat longgar besar memungkinkan tidak dapat digunakan untuk melaksanakan tujuan-tujuan kebijakan (Winarno, 2012).

Hal yang disampaikan dalam komunikasi tentu harus konsisten, tidak boleh berubah-ubah. Ketidakkonsistenan informasi dalam komunikasi tentunya akan membuat para pelaksana bingung. Konsistensi dalam komunikasi dapat dilihat dari beberapa hal, misalnya dengan adanya jadwal pertemuan yang tidak berubah-ubah, informasi serta aturan yang konsisten dan lain-lain. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa evaluasi merupakan alat yang tak tergantikan untuk mengelola sistem kesehatan sebagai konsekuensi dari kebijakan program, layanan, dan tindakan (Tondong, 2014).

Konsistensi dalam penyampaian informasi mengenai P2TB di puskesmas Tlogosari Kulon sudah baik. Dari DKK (Dinas Kesehatan Kota) Semarang sudah ada jadwal pertemuan rutin dengan para pemegang program P2TB di seluruh puskesmas kota Semarang. Jadwal tersebut yaitu tiga bulan sekali pada minggu kedua bulan berjalan. Hal tersebut sudah sesuai dengan yang tertera dalam Permenkes No. 67 Tahun 2016. Dalam pertemuan tersebut tidak hanya sebagai sarana untuk bertukar informasi namun juga dapat dijadikan sebagai sarana pengontrolan bagi DKK.

Dengan adanya media sosial saat ini tentunya mempermudah komunikasi. Hal tersebut juga diungkapkan oleh pelaksana program TB puskesmas Tlogosari Kulon. Jika dalam pertemuan rutin tersebut masih ada yang belum dipahami atau muncul suatu masalah saat di puskesmas maka dapat langsung menghubungi yang bersangkutan untuk berkonsultasi. Untuk pelaksana program dan petugas laboratorium memang ada pertemuan rutin namun untuk dokter tidak. Biasanya untuk dokter yang masuk dalam tim P2TB puskesmas diadakan pelatihan mengenai strategi DOTS atau sosialisai-sosialisasi mengenai program penanggulangan TB, namun hal tersebut tidak terjadwal. Apabila semua petugas TB di puskesmas maupun balai paru telah mengikuti pelatihan dan menerapkan dalam pelayanan kesehatan maka diharapkan angka penurunan kesakitan karena TB sebesar 30% dan angka kematian karena TB sebesar 40% (Faradis, 2018).

Hal yang tidak konsisten dalam komunikasi ini yaitu seringnya server yang berubah untuk pengumpulan laporan bulanan TB ke DKK Semarang. Para narasumber mengungkapkan bahwa memang sering ada gangguan dalam server SITT (Sistem Informasi Terpadu Tuberkulosis) yang digunakan sebagai sarana pengiriman database pasien TB di puskesmas ke DKK. Karena faktor jaringan yang sering tidak stabil menyebabkan server sering mengalami *error* sehingga para pelaksana program di puskesmas harus menggunakan cara

lain yang lebih rumit. Hal ini tentu saja menjadi salah satu sebab ketidaktepatan dalam pelaporan jumlah pasien TB karena pelaksana program akan malas meng-*update* data jika harus mengulanginya kembali.

Menurut hasil penelitian (Wijayanti, 2016) bahwa penilaian menurut atribut sistem surveilans menunjukkan sistem tidak sederhana, tidak fleksibel, tidak akseptabel, tidak stabil, dengan kualitas data yang buruk, meskipun predictive positive value tinggi dan ketepatan waktu pengumpulan data sudah baik hal ini sesuai dengan kondisi SITT yang sering mengalami gangguan system termasuk dalam system surveilans yang kurang baik.

Faktor yang kedua mempengaruhi implementasi adalah sumberdaya. Sumberdaya yaitu menunjuk setiap kebijakan harus didukung oleh sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia maupun sumberdaya finansial. Sumberdaya manusia adalah kecakupan baik kualitas maupun kuantitas implementor yang dapat melingkupi seluruh kelompok sasaran. Sumberdaya finansial adalah kecakupan model investasi atas sebuah program/kebijakan. Keduanya harus diperhatikan dalam implementasi program/kebijakan pemerintah. Sebah kedalam implementor, kebijakan menjadi kurang enerjik dan berjalan lambat dan seadanya. Sedangkan, sumberdaya finansial menjamin keberlangsungan program/kebijakan. Tanpa ada dukungan finansial yang memadai, program tak dapat berjalan efektif dan cepat dalam mencapai tujuan dan sasaran.

Sesuai penelitian Minardo tanggung jawab dalam menyelesaikan pekerjaan kurang karena beban pekerjaan yang banyak, bekerja tanpa target dan motivasi. Petugas tidak mendapatkan kompensasi, membutuhkan dukungan dari pimpinan untuk mengeluarkan ide dan gagasan dalam penemuan kasus (Minardo, 2015). Sumberdaya sangat erpengaruh terhadap implementasi program. Seperti hasil penelitian dari Tondong dkk, 2014 menyatakan bahwa faktor – faktor yang menghambat implementasi PPM (*Public Private Mix*) pengendalian TB adalah keterbatasan sumber daya manusia, anggaran, logistik TB

dan sarana prasarana unit DOTS serta ketergantungan sumber daya terhadap pihak donor, tidak adanya pedoman operasional yang mengatur mekanisme kerjasama, kurangnya komitmen pemerintah maupun mitra dalam implementasi PPM pengendalian TB, kurangnya komunikasi dan koordinasi antara jejaring PPM dalam menjaga keteraturan dan keberlangsungan pengobatan penderita TB (Tondong, 2014).

Dalam faktor sumberdaya juga terdapat empat hal yang penting. Yang pertama adalah staf atau sumberdaya manusia. Sumberdaya manusia atau staf di puskesmas Tlogosari Kulon sudah memenuhi standar yang ditetapkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan No 67 Tahun 2016. Srandar tersebut yaitu petugas dalam tim TB minimal terdiri dari tiga orang, satu perawat, satu analis dan satu dokter. Pelaksana program TB di puskesmas Tlogosari Kulon adalah seorang perawat, terdapat satu analis dan satu dokter yang masuk tim P2TB. Meskipun sudah sesuai standar minimal namun ternyata para petugas masih merasa perlu adanya staf tambahan.

Pelaksana program TB puskesmas Tlogosari Kulon mengaku kerepotan dalam mengurus semua pasien TB sendirian. Mulai dari pencatatan, pengaturan jadwal untuk uji dahak, mempersiapkan obat serta melakukan pelaporan. Tentu saja karena pelaksana program tersebut juga memiliki program lain yang harus dijalankan karena beliau juga merupakan pelaksana program pneumonia. Adanya tanggungjawab rangkap ini tentunya semakin memberatkan pelaksana program. Belum lagi pelaksana program harus menjalankan tugasnya sebagai perawat di bagian pemeriksaan umum setiap harinya.

Pelaksana program mengaku kesulitan saat harus meninggalkan puskesmas untuk rapat atau melakukan tugas diluar, sedangkan di puskesmas tidak ada yang menggantikan dirinya untuk menerima pasien TB, baik untuk yang mengambil obat maupun yang akan berkonsultasi setelah mengambil hasil diagnosa. Menurut penuturan beliau selain karena sudah memiliki kesibukan masing-masing, masih

banyak para petugas yang takut pada penyakit TB sehingga tidak mau berurusan dengan pasien TB. Kepala puskesmas menyatakan bahwa dalam perhitungan kapasitas, seharusnya di puskesmas Tlogosari Kulon memiliki 58 pegawai namun dalam kenyataannya hanya ada 54 pegawai. Kekurangan pegawai inilah yang berdampak pada adanya tugas dan tanggungjawab rangkap. Selain itu juga tidak maksimal dalam pencarian suspek dan pelacakan kasus.

Gasurkes mengaku bahwa sangat kekurangan tenaga saat melakukan skrining dan pencarian suspek. Apalagi satu kelurahan hanya terdapat satu atau dua Gasurkes. Pihak puskesmas pun tidak ada yang ikut turun kelapangan untuk membantu. Apalagi jika masyarakatnya banyak dan susah untuk diajak bekerja sama maka Gasurkes menjadi malas untuk berjalan kerumah-rumah sendirian.

Menurut Permenkes No 67 Tahun 2016 pihak puskesmas seharusnya juga melakukan penemuan kasus secara aktif dengan turun ke masyarakat, baik untuk melakukan skrining maupun kontak serumah. Namun karena keterbatasan staf maka petugas puskesmas hanya mengandalkan kinerja dari Gasurkes. Tugas Gasurkes hanya untuk menemukan kasus dan memastikan status pasien tersebut. Untuk pengobatan dan pemantauan adalah tugas dari puskesmas namun yang terjadi selama ini adalah semua yang berhubungan dengan masyarakat di lapangan diserahkan pada Gasurkes. Misalnya mengontrol pasien apakah meminum obat secara teratur atau mengantarkan obat bagi pasien yang tidak bisa mengambil obat.

Gambaran diatas sesuai dengan hasil penelitian Noveyani, 2014 yang menyatakan bahwa faktor penghambat pengendalian TB yaitu jarak menuju puskesmas sebagian besar (65,6%) pasien adalah > 1 km. Pencatatan dan pelaporan menggunakan sistem elektronik dan dilaporkan secara online. Sehingga untuk meningkatkan keberhasilan pengobatan TB ini diharapkan semua pasien tuberkulosis memiliki pengawas menelan obat dan optimalisasi peran pengawas menelan obat (Noveyani, 2014).



Kemudian hal kedua yang penting dalam sumberdaya adalah wewenang. Wewenang merupakan sebuah hak khusus yang diberikan kepada seseorang karena hal-hal tertentu. Kurangnya wewenang yang efektif oleh para pejabat maka mereka membutuhkan kerjasama dengan pelaksana-pelaksana lain jika mereka ingin melaksanakan program-program dengan berhasil. Lindblom mengemukakan ciri-ciri kewenangan, yakni : kewenangan selalu bersifat khusus, kewenangan baik suka rela maupun paksaan, merupakan konsensi dari mereka yang bersedia tunduk, kewenangan itu rapuh dan kewenangan diakui karena berbagai sebab. Sebab-sebab kewenangan terdiri dari dua hal pokok, salah satunya yaitu sebagian orang beranggapan bahwa mereka lebih baik jika ada seseorang yang memerintah.

Begitu pula dengan wewenang yang diberikan kepada pelaksana program TB sebagai penanggungjawab P2TB. Beliau mendapat wewenang penuh untuk menjalankan program tersebut. Bukti dari wewenang tersebut adalah dengan adanya Surat Keputusan (SK) yang diberikan sebagai bentuk pemberian wewenang dalam menjalankan P2TB. Dalam SK tersebut juga terdapat tugas pokok dan fungsi (tupoksi) dari pelaksana program TB. Tidak hanya pelaksana program TB saja, semua petugas dipuskesmas Tlogosari Kulon, khususnya tim P2TB sudah memiliki SK masing-masing.

Hal penting yang ketiga dalam sumberdaya adalah informasi. Informasi mempunyai dua bentuk, yang pertama yaitu informasi mengenai bagaimana melaksanakan suatu kebijakan. Pelaksana perlu mengetahui apa yang dilakukan dan bagaimana mereka harus melakukannya. Kurangnya pengetahuan tentang bagaimana mengimplementasikan kebijakan mempunyai beberapa konsekuensi langsung. Implementasi kebijakan juga seringkali membutuhkan informasi tentang ketaatan dari organisasi-organisasi atau individu-individu dengan hukum. Akan tetapi data tentang ketaatan biasanya sulit diperoleh karena kurangnya staf yang mampu memberikan informasi mengenai ketidaktaatan hukum yang mungkin dilakukan.

Di puskesmas Tlogosari Kulon tim P2TB sudah cukup mengetahui informasi mengenai apa saja yang harus dilakukan serta bagaimana melakukan program tersebut. Misalnya untuk pelaksana program apabila ada pasien yang tidak mengambil obat maka dihubungi, jika masih tidak bisa maka Gasurkes akan kerumah pasien tersebut. Jika ada pertanyaan atau informasi apapun dari pasien maupun Gasurkes pelaksana program akan berusaha menanggapinya karena hanya pelaksana program yang berinteraksi dan berkomunikasi dengan mereka.

Untuk informasi mengenai ketaatan pihak-pihak yang berhubungan dengan program ini, pelaksana program tidak memilikinya. Untuk ketaatan para pasien TB, pelaksana program hanya memiliki rekap pengambilan obat dan pemeriksaan sehingga menghasilkan data jumlah pasien yang sembuh, masih dalam pengobatan atau termasuk kasus mangkir. Untuk ketaatan dalam meminum obat sudah diawasi oleh PMO yang telah disepakati. Sedangkan ketaatan petugas TB lain, pelaksana program tidak memiliki catatan atau informasi apapun. Begitupun dengan pihak puskesmas. Rekap yang dimiliki hanya kehadiran.

Hal keempat yang penting dari sumberdaya adalah fasilitas. Fasilitas fisik merupakan sumber-sumber kepentingan dalam implementasi karena sebagai faktor pendukung terlaksananya implementasi kebijakan yang efektif. Penyediaan fasilitas bagi implementasi kebijakan yang efektif tidaklah mudah (Winarno, 2012). Seringkali penyediaan fasilitas terhambat dengan keterbatasan dana, keterbatasan tenaga maupun terkadang datang larangan dari masyarakat. Namun penyediaan fasilitas menjadi sangat penting ketika implementasi program memang harus menggunakan fasilitas khusus.

Di puskesmas Tlogosari Kulon penyediaan fasilitas untuk program P2TB sudah cukup baik. Namun memang ada beberapa yang belum memenuhi standar. Misalnya yaitu ruangan khusus untuk merawat TB MDR. Di puskesmas Tlogosari Kulon belum memiliki ruangan tersebut padahal tercatat ada satu

pasien TB MDR yang masih dalam masa perawatan.

Menurut penjelasan dari DKK untuk setiap puskesmas seharusnya mempunyai ruang khusus untuk TB MDR tapi memang untuk penyediaannya tergantung pada kondisi puskesmas. Ada yang memang sudah menyiapkan ruang khusus, ada juga yang baru menyiapkan setelah memiliki pasien TB MDR. Puskesmas Tlogosari Kulon sendiri sudah beberapa kali merawat pasien TB MDR, namun hingga saat ini uangan khusus tersebut belum disediakan. Pasien TB MDR terpaksa memakai ruangan lain yang kosong untuk menjalani perawatan. Itulah cara yang dapat dilakukan oleh pelaksana program TB untuk dapat melayani pasien dengan baik meski dengan fasilitas yang terbatas.

Menurut penjelasan dari kepala puskesmas ruangan khusus untuk TB MDR tersebut memang masih diusahakan. Puskesmas akan berusaha untuk memberikan pelayanan kepada pasien TB MDR tersebut agar tetap nyaman. Selain itu menurut kepala puskesmas, fasilitas untuk ruang tunggu pasien TB masih kurang. Karena hanya ada kursi di lorong puskesmas padahal biasanya efek samping dari meminum obat TB adalah mual dan pusing sehingga pasien perlu adanya tempat tidur. Ruang tunggu tersebut juga bercampur dengan pasien umum membuat pasien kurang nyaman. Terkadang pasien TB tidak memakai masker saat di puskesmas.

Selain kekurangan fasilitas diatas ada kekurangan fasilitas lain yaitu perlunya pojok dahak untuk diperbaiki agar lebih menarik. Pojok dahak adalah tempat penting yang sering digunakan para pasien TB atau yang masih terduga TB untuk dapat mengeluarkan dahak agar dapat segera diberikan pada bagian laboratorium. Dan kekurangan fasilitas terakhir yang cukup penting yaitu tidak adanya pendaftaran khusus untuk pasien TB sehingga bercampur dengan pasien umum.

Meskipun pelaksana program TB sudah menyuruh para pasien untuk memakai masker dan datang ke puskesmas setelah pukul 10.00 WIB namun tidak semuanya mematuhi anjuran

tersebut. Terutama memang masih ada beberapa pasien yang tidak menggunakan masker. Selain itu karena berbagai alasan banyak pasien TB yang datang pagi atau bersamaan dengan pasien umum sehingga memungkinkan banyak interaksi antara pasien umum dan pasien TB. Akan sangat berbahaya jika pasien tersebut masih berpotensi menularkan bakteri TB karena pengobatan yang belum lama.

Untuk peralatan maupun fasilitas di dalam laboratorium sudah cukup karena beberapa tahun terakhir puskesmas sudah melengkapi fasilitas di laboratorium. Selain itu, sekarang ini untuk tes mikroskopis sudah menggunakan TCM (Tes Cepat Molekuler) sehingga puskesmas akan langsung mengantarkan dahak ke rumah sakit rujukan yaitu RSUP Karyadi Semarang.

Faktor ketiga yang mempengaruhi implementasi adalah disposisi. Disposisi menunjukkan karakteristik yang menempel erat kepada implementor kebijakan/program. Karakter yang paling dimiliki oleh implementor adalah kejujuran, komitmen tinggi yang akan senantiasa bertahan diantara hambatan yang ditemui dalam program/kebijakan. Kejujuran mengarahkan implementor untuk tetap berada dalam arah program yang telah digariskan dalam *guideline* program. Komitmen dan kejujurannya membawanya semakin antusias dalam melaksanakan tahap-tahap program secara konsisten.

Menurut penuturan para informan kejujuran dan komitmen implementor P2TB sudah cukup baik, khususnya pelaksana program TB. Pelaksana program termasuk petugas yang rajin, ulet dan tidak sering mengeluh. Pelaksana program segera menyampaikan informasi yang didapat dari DKK, semangatnya juga tinggi dalam menjalankan program. Jika terjadi sesuatu juga bercerita dengan yang lain dengan jujur. Dengan pasien pelaksana program juga selalu jujur menyampaikan keadaan pasien, tidak ada yang ditutup-tutupi. Misalnya untuk sekarang ini pemeriksaan TB juga harus diikuti dengan pemeriksaan HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), gula, dan lain-lain maka pelaksana

program menjelaskan dengan rinci kepada pasien. Selain itu jika tidak menjalankan pengobatan maka dampaknya akan berbahaya bagi diri sendiri dan lingkungan. Semua beliau jelaskan secara gamblang agar jelas bagi pasien.

Namun dalam komitmen dengan pasien, beliau masih kurang tegas. Untuk pasien yang putus berobat atau tidak mau menjalani pengobatan, beliau tidak akan terlalu memaksa pasien tersebut. Beliau mengakui jika sudah diberi motivasi, peringatan serta pemahaman pasien masih saja tidak mau berobat maka beliau akan memberikan *informed concern* mengenai penolakan pengobatan. Beliau memiliki prinsip untuk menghormati segala Hak Asasi dan beliau juga menyadari bahwa tidak semua orang mau atau suka dipaksa, sehingga beliau memutuskan untuk membiarkan pasien tersebut. Beliau mengatakan jika pasien mau untuk berobat maka beliau akan membantu sekuat tenaga sampai sembuh namun jika pasien benar-benar tidak mau maka beliau tidak terlalu memaksa. Komitmen dari tingkat yang lebih tinggi menjalar ke bawah untuk kader penyedia layanan yang lebih rendah dapat membuat implementasi program efektif dan berkelanjutan (Seddiq, 2014). Faktor risiko terjadinya TB paru kambuh antara lain kurangnya pemberian motivasi supaya tidak putus obat (Naomi, 2016).

Biasanya untuk pelacakan kasus mangkir, beliau akan menelepon pasien untuk menanyakan penyebab pasien berhenti. Kemudian jika tetap tidak menemukan jawaban, beliau akan bekerja sama dengan Gasurkes yang bertugas di wilayah tersebut untuk dapat melakukan kunjungan kerumah. Dan jika pasien tetap tidak mau maka pasien akan diminta menandatangani *informed concern*. Para pasien dan PMO juga mengaku bahwa pelaksana program tidak memaksa dalam pengobatan namun mereka sendiri yang memiliki kemauan tinggi untuk sembuh sehingga tetap rajin menjalani pengobatan.

Dari penuturan DKK Semarang sendiri pelacakan kasus merupakan salah satu alternative yang sedang digalakkan untuk meningkatkan cakupan dari penemuan dan

keberhasilan pengobatan kasus TB. Alternative lain yang sedang dilakukan DKK yaitu pemilihan PMO dan *update* data pasien. Semua puskesmas diharapkan mampu melakukan pelacakan kasus mangkir sehingga dapat melanjutkan pengobatan dan meningkatkan cakupan keberhasilan pengobatan.

Faktor terakhir yang mempengaruhi implementasi kebijakan menurut Edwards yaitu struktur birokrasi. Menurut para informan di puskesmas Tlogosari Kulon, struktur birokrasi di puskesmas, khususnya untuk P2TB tidak kaku, fleksibel dan tidak membatasi. Sehingga para implementor tidak merasa terhambat dengan adanya struktur birokrasi. Hal itu juga terbukti dengan adanya SOP yang dibuat sendiri oleh tim TB puskesmas yang berbeda dengan puskesmas lain.

Menurut dinas kesehatan kota Semarang, untuk SOP program penanggulangan TB setiap puskesmas memang tidak sama persis. Dari DKK mengeluarkan SOP yang dianjurkan untuk digunakan di setiap puskesmas namun karena ada perbedaan geografis, kependudukan dan kebutuhan yang berbeda di setiap puskesmas maka puskesmas diperbolehkan untuk membuat SOP sendiri. SOP yang dibuat oleh puskesmas tersebut tentunya harus sesuai dengan SOP DKK. Dimana acuan dari SOP DKK Semarang yaitu Peraturan Menteri Kesehatan No. 67 Tahun 2016.

Di puskesmas Tlogosari Kulon, untuk SOP P2TB tidak sama dengan SOP DKK. Ada beberapa kata maupun nama yang diubah sesuai kebutuhan puskesmas. Menurut penuturan pelaksana program TB penyusunan SOP tersebut berdasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 67 Tahun 2016. Pelaksana program TB sendiri yang membuat draf SOP tersebut.

Untuk proses pembuatan SOP di puskesmas Tlogosari Kulon harus melewati beberapa tahap. Menurut hasil wawancara dengan para narasumber proses pembuatan SOP dimulai dari pengajuan draf SOP dari pelaksana program. Kemudian pelaksana program akan mengajukan draf P2TB tersebut kepada bagian UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) untuk

dikonsultasikan karena sasaran P2TB adalah masyarakat, bukan perorangan. Setelah SOP disetujui dan tidak ada revisi maka pelaksana program akan mengajukan ke bagian Tata Usaha puskesmas. Di bagian TU tersebut kemudian SOP dicetak dan diberi nomor untuk kemudian dimintakan persetujuan dari kepala puskesmas. Jika tidak ada revisi lagi dari kepala puskesmas maka SOP bisa langsung ditandatangani dan SOP siap untuk dijalankan.

Menurut pelaksana program untuk penyusunan SOP tersebut tidak terlalu sulit. Hanya saja karena harus menyusun drafnya sendiri-sendiri sehingga terasa sedikit berat. Tugas dari pelaksana program sendiri banyak, baik yang berhubungan dengan program penanggulangan TB maupun tugas puskesmas lainnya. Meskipun hanya pelaksana program yang membuat namun pelaksana program berharap SOP tersebut juga dijalankan oleh semua petugas tim P2TB puskesmas Tlogosari Kulon.

## PENUTUP

Simpulan dari penelitian ini yaitu implementasi program penanggulangan Tuberkulosis Paru di puskesmas Tlogosari Kulon sudah cukup baik namun masih ada beberapa faktor yang perlu diperbaiki agar dapat mencapai keberhasilan program. Untuk komunikasi akan lebih baik jika dilakukan secara berkelompok melalui sosialisasi maupun penyuluhan. Sumberdaya yang masih kurang harus segera diperbaiki karena tanpa sumberdaya yang memadai akan sulit untuk menjalankan program dengan baik. Untuk disposisi dan struktur birokrasi sudah cukup baik namun perlu untuk ditingkatkan lagi.

Keterbatasan dan kelemahan dalam penelitian ini yaitu peneliti masih pemula sehingga penggalian informasi kurang mendalam. Dari semua informan hanya pelaksana program yang dapat menjawab semua pertanyaan dengan jelas. Oleh karena itu perlu adanya penelitian selanjutnya yang menjelaskan lebih tajam mengapa implementasi program penanggulangan Tuberkulosis kurang optimal

serta menambahkan variabel yang belum ada dalam penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, W., Zulfikar., Baning, R. 2013. Evaluasi Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru di Kabupaten Boyolali. *Journal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7(6): 243–250.
- Faradis, N.A., Indarjo, S. 2018. Implementasi Kebijakan Permenkes Nomor 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 2(1): 307–319.
- Hemlata., Kavita. N., Sushma, K. 2011. A study on implementation of Revised National Tuberculosis Control Programme for the community of Dadu Majra Colony , UT Chandigarh , 2010. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 7(1): 34–52.
- Kemenkes. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan RI No 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta: Kemenkes.
- Luisa, G.D.O., Sonia, N., Luiz, A. B. 2015. Implementation contexts of a Tuberculosis Control Program in Brazilian prisons. *Journal Public Health Practice*, 49(66): 1–8.
- Minardo, J., Sariatmi, A., Arsa, S. 2015. Analisis Determinan Motivasi Petugas Tuberkulosis Paru dalam Penemuan Kasus di Kabupaten Semarang (Studi Kasus di Beberapa Puskesmas) . *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 3(1): 1–10.
- Naomi, D.A., Dilangga, P, Ramadhan, M.R., Marlina, N. 2016. Penatalaksanaan Tuberkulosis Paru Kasus Kambuh pada Wanita Usia 32 Tahun di Wilayah Rajabasa. *Jurnal Medula Unila*, 6(1): 20–21.
- Novanty, F., Ningrum, D. N. 2016. Evaluasi Input Sistem Surveilans Penemuan Suspek Tuberkulosis (TB) di Puskesmas Wilayah Kerja Dins Kesehatan Kabupaten Magelang. *Unnes Journal of Public Health*, 5(2): 120–129.
- Noveyani, A.E., Martini, S. 2014. Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis Paru dengan Strategi DOTS di Puskesmas Tanah Kalikeding Surabaya. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 2(2): 251–262.
- Seddiq, K.E., Donald, A.S., Karam, H., Zaeem, K., Wasiq, M. 2014. Implementing a Successful Tuberculosis Programme Within Primary Care Services In a Conflict Area Using the

- Stop TB Strategy: Afghanistan Case Study. *Conflict and Health*, 8(1): 1–9.
- Setyawan, A.D.B., Rengga, A., Rostyaningsih, D. 2015. Implementasi Program Penanggulangan Tuberkulosis Di Kabupaten Semarang Tahun 2013. *Journal of Public Policy and Management*, 4(2): 1–10.
- Tondong, M.A.P., Mahendradhata, Y., Ahmad, R. 2014. Evaluasi Implementasi Public Private Mix Pengendalian Tuberkulosis di Kabupaten Ende Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2012. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 3(1): 37–42.
- Wijayanti, R. 2016. Analisis Faktor Manajemen di Puskesmas dalam Meningkatkan Case Detection Rate (CDR) Tuberkulosis. *Jurnal Kesehatan*, 4(1): 61–72.
- Winarno, B. 2012. *Kebijakan Publik Teori dan Proses*. Yogyakarta: Medpress.