

EVALUASI INPUT CAPAIAN *CASE DETECTION RATE* (CDR) TB PARU DALAM PROGRAM PENANGGULANGAN PENYAKIT TB PARU (P2TB) PUSKESMAS TAHUN 2012 (STUDI KUALITATIF DI KOTA SEMARANG)

Krisna Eksapa Nugraini[✉], Widya Hary Cahyati, Eko Farida

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, Indonesia

Info Artikel

Sejarah Artikel:

Diterima September 2014

Disetujui September 2014

Dipublikasikan April

2015

Keywords:

Pulmonary TB CDR,
Disease Prevention, Health
Center

Abstrak

CDR TB Paru Kota Semarang tahun 2012 sebesar 70,22%, dengan puskesmas tertinggi 109% dan terendah 11%. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui evaluasi capaian *Case Detection Rate* (CDR) TB paru dalam program penanggulangan penyakit TB paru (P2TB) di puskesmas Kota Semarang tahun 2012. Jenis penelitian ini adalah kualitatif. Narasumber penelitian adalah pemegang program P2TB, petugas laboratorium, kepala TU, dan kepala puskesmas pada 6 puskesmas CDR > 75% dan 6 CDR < 75%. Teknik pengambilan data dengan wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi. Instrumen yang digunakan adalah pedoman wawancara, lembar observasi, dan dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan komponen pada puskesmas dengan CDR $\geq 75\%$ yang sesuai dengan ketentuan Kemenkes RI adalah tugas dan tanggung jawab pemegang program P2TB, petugas laboratorium, dan kepala puskesmas, pendanaan, penjangkaran suspek, diagnosis, dan pelaporan. Puskesmas dengan CDR < 75%, komponen yang sesuai dengan ketentuan Kemenkes RI adalah tugas dan tanggung jawab kepala puskesmas, pendanaan, dan diagnosis. Saran bagi pemegang program P2TB dan petugas laboratorium yaitu meningkatkan kinerja dalam pencapaian CDR TB paru, bagi kepala TU untuk meningkatkan koordinasi dengan pemegang program, bagi kepala puskesmas untuk meningkatkan motivasi dengan memberikan penghargaan terhadap kinerja petugas.

Abstract

CDR of pulmonary TB Semarang in 2012 amounted 70.22% with 109% the highest health centers and 11% the lowest. The purpose of this study to determine the performance evaluation CDR of TB in TB Pulmonary Disease Reduction program (P2TB) at Semarang City Health Center in 2012. This research is qualitative. Informant is research program P2TB holders, laboratory personnel, administration head and head health center at 6 CDR > 75% and 6 CDR < 75%. Techniques of data collection with in-depth interviews, observation, and documentation. The instruments used were interview, observation, and documentation sheets. The results showed component at health centers with CDR $\geq 75\%$ in accordance with provisions Health Ministry of Indonesia is duty and responsibility of the holder P2TB programs, laboratory staff, and head health centers, funding, networking suspected, diagnosis, and reporting. The health center with CDR < 75%, which in accordance with provisions of the components Health Ministry of Indonesia is duty and responsibility the head of community health centers, funding, and diagnosis. Suggestions to holders P2TB programs and laboratory personnel that improve performance in achieving pulmonary TB CDR, administration leaders to improve coordination with holder program, the health center leaders to increase motivation by rewarding performance officers.

© 2015 Universitas Negeri Semarang

[✉] Alamat korespondensi:

Gedung F1 Lantai 2 FIK Unnes

Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, 50229

E-mail: krisnaeksapanugraini@rocketmail.com

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Sumber penularannya adalah pasien TB BTA (Basil Tahan Asam) positif. Pasien TB paru dengan BTA positif memberikan kemungkinan risiko penularan lebih besar dari pasien TB paru dengan BTA negatif (Departemen Kesehatan RI, 2008: 5). Indikator yang digunakan dalam pengendalian adalah *Case Detection Rate* (CDR), yaitu presentase jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dan diobati dibandingkan dengan jumlah pasien baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut. CDR menggambarkan cakupan penemuan pasien baru BTA positif pada wilayah tersebut. Target CDR Program Penanggulangan Tuberkulosis Nasional minimal 75% (Kementrian Kesehatan RI, 2011: 10).

Di Jawa Tengah, Kota Semarang menempati urutan ke-10 dalam hal pencapaian CDR TB paru yaitu 70,22%. Puskesmas dengan capaian CDR tertinggi yaitu 109% dan terendah 11%. Untuk kabupaten atau kota yang termasuk dalam 10 besar lainnya tidak mempunyai puskesmas dengan capaian CDR tertinggi dan terendah (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2013). Wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Semarang terdiri dari 37 puskesmas. Penemuan suspek tahun 2011 sebanyak 15.001 orang mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2010 yaitu sebanyak 11.047 orang dari 1.562.000 penduduk. Penemuan penderita TB paru BTA positif pada tahun 2011 sebanyak 989 orang (61%), mengalami peningkatan 110 kasus (8%) bila dibandingkan tahun 2010 (53%), namun mengalami penurunan di tahun 2012, dengan penemuan penderita TB paru BTA positif sebanyak 597 orang. CDR TB paru di Kota Semarang dari tahun ke tahun juga mengalami peningkatan, yaitu tahun 2010 sebesar 53%, tahun 2011 sebesar 61%, dan tahun 2012 sebesar 70,22%. Di Kota Semarang terdapat 6 puskesmas yang sudah mencapai target nasional 75%, yaitu Puskesmas Karangdoro (109%), Puskesmas Kagok (100%), Puskesmas Banget Ayu (92%), Puskesmas

Karang Ayu (83%), Puskesmas Mangkang (82%), dan Puskesmas Bandarharjo (78%). Puskesmas dengan CDR < 75% ada 6, yaitu Puskesmas Miroto (31%), Puskesmas Tlogosari Kulon (31%), Puskesmas Krobokan (22%), Puskesmas Karanganyar (18%), Puskesmas Pegandan (12%), dan Puskesmas Pudakpayung (11%) (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2013).

Menurut Mulyadi dkk (2011: 105), penemuan pasien merupakan langkah pertama dalam kegiatan program penanggulangan TB paru. Penemuan dan penyembuhan pasien TB paru menular secara bermakna akan dapat menurunkan kesakitan dan kematian akibat TB paru, serta penularan TB paru dimasyarakat. Peningkatkan cakupan CDR dan angka kesembuhan, pada tahun 2012 telah dilakukan berbagai upaya seperti peningkatan kemampuan SDM, baik tenaga medis, paramedis, dan laboratorium, dengan mengadakan pertemuan jejaring antar unit pelayanan kesehatan dan asistensi ke rumah sakit (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2013). Capaian CDR TB paru puskesmas dipengaruhi oleh sistem yang terdiri dari *input*, proses, dan *output*. Sub sistem *input* capaian CDR TB paru puskesmas terdiri dari *man* (tenaga pelaksana kegiatan penemuan kasus baru), *money* (pendanaan pelaksanaan kegiatan penemuan kasus baru), *material and machines* (sarana dan prasarana pelaksanaan kegiatan penemuan kasus baru), dan *methode* (metode kegiatan penemuan kasus baru). Sub sistem proses pelaksanaan kegiatan penemuan kasus baru meliputi penjangkaran suspek TB paru, diagnosis TB paru, pencatatan, pelaporan, dan pengolahan data. Tanpa adanya sub sistem proses maka tidak dapat dihasilkan suatu *output* kegiatan penemuan kasus baru yaitu capaian CDR TB paru. Dari ketiga sub sistem tersebut yang mempunyai pengaruh langsung terhadap data hasil capaian CDR TB paru adalah sub sistem *input* dan proses. Sub sistem *input* merupakan sumberdaya utama yang paling diperlukan dan harus dimiliki dalam suatu sistem serta menjadi penentu dasar sub sistem proses yaitu hasil capaian CDR TB paru (Nizar, M, 2010).

Berdasarkan hal tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti evaluasi capaian *Case Detection Rate* (CDR) TB paru dalam program Penanggulangan Penyakit TB paru (P2TB) puskesmas tahun 2012 (studi kualitatif di Kota Semarang).

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian yang digunakan adalah studi evaluasi. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif. Teknik pengambilan informan secara *purposive sampling*. Teknik *purposive sampling* merupakan teknik yang berdasarkan pada pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri dalam menentukan sampel (Notoatmojo, S, 2005). Informan dalam penelitian ini adalah petugas pemegang program P2TB, petugas laboratorium, kepala tata usaha, dan kepala puskesmas. Sasaran dalam penelitian ini yaitu 12 puskesmas di Kota Semarang. Alasan peneliti mengambil 12 puskesmas karena dari 37 puskesmas di Kota Semarang terdapat 6 puskesmas dengan CDR TB paru yang memenuhi target nasional, dan 31 puskesmas lainnya belum memenuhi target nasional, sehingga untuk menyeimbangkan, diambil 6 puskesmas dengan CDR kurang dari 75% atau belum memenuhi target nasional sebagai pembandingnya secara acak.

Pengambilan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi. Instrumen yang digunakan adalah pedoman wawancara, lembar observasi, dan dokumentasi. Uji keabsahan data dilakukan dengan teknik triangulasi sumber, yaitu dengan cara membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan. Dengan menggunakan teknik triangulasi sumber, peneliti mengharapkan dapat melacak dan membuktikan kebenaran atau kepercayaan data temuan di lapangan ke data yang berkaitan. Dalam penelitian ini responden yang digunakan untuk triangulasi adalah petugas P2TB Dinas Kesehatan Kota Semarang.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. *Man* (Tenaga)

Tenaga atau manusia merupakan sarana penting dan utama dalam suatu manajemen untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Tanpa adanya manusia, aktivitas dalam manajemen tidak dapat berlangsung. Dalam kegiatan capaian CDR TB paru, tenaga atau manusia yang berperan dalam pelaksanaan capaian CDR TB paru adalah pemegang program P2TB puskesmas, petugas laboratorium, kepala tata usaha, dan kepala puskesmas.

Petugas pemegang program P2TB paru puskesmas merupakan petugas yang bertanggungjawab dan mengkoordinir seluruh kegiatan dari mulai perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi dalam program TB paru di puskesmas. Berdasarkan Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2008, kriteria pemegang program P2TB ditentukan oleh latar belakang pendidikan yaitu D3 keperawatan dan telah mengikuti pelatihan TB paru (Departemen Kesehatan RI, 2008). Ditinjau dari kriteria latar belakang pendidikan, dari 12 narasumber terdapat 8 narasumber yang berlatar belakang pendidikan D3 keperawatan, dan 4 narasumber yang berlatar belakang pendidikan S1 keperawatan. Ditinjau dari kriteria pelatihan, terdapat 8 narasumber yang telah mengikuti pelatihan, dan 4 narasumber belum mengikuti pelatihan. Petugas yang belum mengikuti pelatihan dikarenakan baru menjabat sebagai pemegang program P2TB puskesmas, akibat pergantian staf.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, dapat disimpulkan bahwa petugas yang memegang program P2TB puskesmas Kota Semarang belum sesuai dengan kriteria ketentuan Kementerian Kesehatan RI, karena masih terdapat 4 puskesmas yang belum memenuhi kriteria, yaitu terdapat pada 3 puskesmas dengan CDR < 75% dan 1 puskesmas dengan CDR ≥ 75%. Keempat petugas tersebut terdiri dari 2 narasumber yang telah menjabat selama 2 tahun yaitu narasumber

dari Puskesmas Bandarharjo dan narasumber dari Puskesmas Pudukpayung, dan 2 narasumber yang telah menjabat selama 5 tahun yaitu narasumber dari Puskesmas Pegandan dan narasumber dari Puskesmas Miroto. Lama kerja petugas memegang program P2TB tidak ditentukan batasnya, namun sesuai dengan ketentuan puskesmas masing-masing. Petugas yang belum memenuhi kriteria tersebut belum mengikuti pelatihan dikarenakan baru menjabat sebagai pemegang program P2TB, akibat pergantian staf. Petugas yang sudah mendapatkan pelatihan TB paru dipindahkan ke bagian pelayanan kesehatan lainnya. Sampai saat ini dinas kesehatan kota maupun provinsi belum mengadakan pelatihan TB paru karena adanya keterbatasan dana, hanya kegiatan *refreshing* setiap bulan sehingga pengetahuan, sikap, dan keterampilan petugas dalam menemukan kasus baru masih kurang dan capaian CDR TB paru belum mencapai target nasional. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan hasil penelitian Awusi RYE dkk (2009: 64) yang menyatakan bahwa petugas kesehatan yang dilatih tentang strategi DOTS namun adanya pergantian staf yang cepat dan keterbatasan jumlah tenaga kesehatan, sehingga banyak petugas kesehatan yang telah dilatih dimutasikan ke bagian pelayanan kesehatan lainnya dan diganti oleh petugas lain yang belum dilatih. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa capaian CDR TB paru tidak hanya ditentukan oleh pelatihan petugas pemegang program P2TB puskesmas, akan tetapi latar belakang pendidikan tetap menjadi prioritas utama kepala puskesmas dalam menentukan siapa yang menjadi petugas pemegang program P2TB puskesmas. Hal ini dikarenakan latar belakang pendidikan yang dimiliki yaitu D3 keperawatan dapat berpengaruh terhadap pengetahuan dan pengalaman yang dapat digunakan sebagai bekal petugas dalam memegang program P2TB puskesmas.

Pemegang program P2TB puskesmas memiliki tugas dan tanggung jawab dalam kegiatan capaian CDR TB paru. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi dapat diketahui

bahwa tugas dan tanggung jawab sangat berpengaruh terhadap keberhasilan capaian CDR TB paru. Pada kenyataannya masih terdapat petugas yang belum menjalankan tugas secara maksimal dan belum dijalankan sesuai periode waktu yang ditetapkan. sehingga masih terdapat puskesmas di Kota Semarang yang belum mencapai target nasional. Tugas dan tanggung jawab pemegang program P2TB yang sudah sesuai dengan Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis dari Departemen Kesehatan RI tahun 2008 yaitu memberikan penyuluhan kepada masyarakat, mengumpulkan dahak, mengirim sediaan hapus dahak suspek TB paru ke laboratorium dengan mengisi formulir TB 05, mengisi kartu penderita TB paru (TB 01) dan kartu identitas penderita TB paru (TB 02), memeriksa kontak terutama dengan penderita TB paru BTA positif, dan memantau jumlah penderita TB paru yang ditemukan. Tugas dan tanggung jawab yang belum sesuai dengan ketetapan Kementerian Kesehatan RI yaitu mengisi buku daftar suspek (TB 06), membuat sediaan hapus dahak dan memantau jumlah suspek TB paru yang diperiksa dalam periode waktu yang ditetapkan. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tugas dan tanggung jawab petugas pemegang program P2TB puskesmas dalam kegiatan capaian CDR TB paru di Kota Semarang belum sesuai dengan ketetapan dari Kementerian Kesehatan RI.

Tenaga dalam kegiatan capaian CDR TB paru yang ke dua yaitu petugas laboratorium. Petugas laboratorium puskesmas merupakan seseorang yang mempunyai latar belakang pendidikan sesuai ketentuan yang sudah diangkat menjadi pegawai negeri di puskesmas yang bersangkutan dan mempunyai pengalaman teknis di laboratorium, kemudian dilatih khusus di bidang labortorium. Apabila tidak memungkinkan dapat dilakukan pelatihan dengan sistem modul, atau dengan *training* yang terprogram (Maryun, Y, 2007). Berdasarkan ketetapan dari Kementerian Kesehatan RI tahun 2009, kriteria petugas laboratorium puskesmas ditentukan oleh latar belakang pendidikan yaitu D3 analis dan telah mengikuti pelatihan

mikroskopis TB paru (Kementrian Kesehatan RI, 2009). Ditinjau dari latar belakang pendidikannya, terdapat 11 narasumber yang berpendidikan D3 analis dan 1 narasumber yang berpendidikan S1 Kesehatan Masyarakat. Ditinjau dari status pelatihan yang pernah diikuti oleh narasumber, terdapat 8 narasumber yang telah mengikuti pelatihan dan 4 narasumber yang belum mengikuti pelatihan yaitu narasumber dari Puskesmas Karangdoro, narasumber dari Puskesmas Pudukpayung, narasumber dari Puskesmas Krobokan, dan narasumber dari Puskesmas Tlogosari Kulon.

Kriteria petugas laboratorium dapat disimpulkan bahwa berdasarkan hasil wawancara dan observasi terdapat 7 dari 12 narasumber yang memiliki kriteria sesuai dengan ketentuan Kementerian Kesehatan RI sebagai petugas laboratorium puskesmas. 5 petugas laboratorium yang belum memenuhi kriteria dikarenakan petugas berlatar belakang pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat dan belum mengikuti pelatihan. Dinas kesehatan kota maupun provinsi belum mengadakan pelatihan laboratorium TB paru kembali karena keterbatasan dana menjadi kendala sehingga hanya kegiatan *refreshing* setiap bulan yang berakibat pengetahuan, sikap, dan keterampilan petugas dalam melakukan pemeriksaan laboratorium suspek TB paru dan pencatatan kurang maksimal. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Junaidi (2005: 62) yang menyatakan bahwa rendahnya pelatihan yang didapat oleh petugas, perubahan dibidang pengetahuan, keterampilan, dan perilaku dalam program P2TB juga akan rendah. Kurangnya pengetahuan dan keterampilan petugas mempengaruhi hasil pewarnaan, pembacaan laboratorium, dan pencatatan pada formulir pemeriksaan laboratorium sehingga capaian CDR TB paru puskesmas kurang dari 75%. Menurut Wahyuni (2007: 58) bahwa pelatihan berhubungan dengan keterampilan petugas. Pelatihan selain meningkatkan pengabdian diperlukan untuk meningkatkan keahlian dan keterampilan petugas laboratorium.

Petugas laboratorium puskesmas memiliki tugas dan tanggung jawab dalam

kegiatan capaian CDR TB paru. Dilaksanakannya tugas dan tanggung jawab tersebut sangat penting kaitannya dengan jumlah penemuan kasus baru setiap puskesmas. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, tugas dan tanggung jawab petugas laboratorium yang sesuai dengan Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis dari Departemen Kesehatan RI tahun 2008 yaitu mengumpulkan dahak suspek TB paru, mengisi buku daftar suspek (TB 06), membuat sediaan hapus dahak suspek TB paru, mewarnai dan membaca sediaan dahak suspek TB paru, mengirim hasil bacaan ke petugas P2TB, menyimpan sediaan untuk *dicrosscheck*, sedangkan yang belum sesuai dengan ketentuan dari Kemenkes RI yaitu memberikan penyuluhan kepada masyarakat, dan mengisi buku register laboratorium (TB 04). Petugas laboratorium yang tidak mengisi formulir TB 04 yaitu Puskesmas Pegandan dan Puskesmas Miroto karena merupakan PS (Puskesmas Satelit) karena pengisian hanya bisa dilakukan oleh PRM (Puskesmas Rujukan Mikroskopis). tugas dan tanggung jawab sangat berpengaruh terhadap keberhasilan capaian CDR TB paru. Tugas dan tanggung jawab belum dijalankan petugas laboratorium secara maksimal dan belum dijalankan sesuai periode waktu yang ditetapkan. sehingga masih terdapat puskesmas di Kota Semarang yang belum mencapai target nasional. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tugas dan tanggung jawab petugas laboratorium puskesmas dalam kegiatan capaian CDR TB paru di Kota Semarang belum sesuai dengan ketentuan dari Kementerian Kesehatan RI.

Tenaga dalam kegiatan capaian CDR TB paru yang ke tiga yaitu kepala tata usaha. Kepala tata usaha memiliki peran penting dalam kegiatan pelaporan puskesmas. Berdasarkan ketentuan dalam Pedoman Sistem Pencatatan Pelaporan Puskesmas dari Departemen Kesehatan RI, yang berperan sebagai koordinator sistem pencatatan dan pelaporan di tingkat puskesmas yaitu kepala tata usaha dan terdapat tugas yang harus dikerjakan oleh kepala tata usaha dalam perannya sebagai koordinator sistem pencatatan dan pelaporan

puskesmas guna kelancaran pelaksanaan sistem pencatatan pelaporan. Menurut Departemen Kesehatan RI tahun 1999, sebagai koordinator pencatatan dan pelaporan memiliki tugas yaitu mengumpulkan laporan, menyimpan arsip laporan, bersama pemegang program membuat laporan, dan membantu mengirimkan laporan, membantu menyampaikan laporan ke dinas kesehatan, mengadakan pertemuan berkala dengan pemegang program, dan bertanggung jawab atas kelancaran pencatatan dan pelaporan puskesmas (Departemen Kesehatan RI, 1999). Namun berdasarkan kenyataannya tidak sesuai dengan teori yang ada.

Berdasarkan hasil wawancara, peran dan tugas sebagai koordinator belum dijalankan sepenuhnya oleh kepala tata usaha di puskesmas Kota Semarang, terdapat 7 dari 12 narasumber yang bertindak sebagai koordinator sistem pencatatan dan pelaporan hasil capaian CDR TB paru puskesmas. Ditinjau dari tugas dan tanggung jawabnya, terdapat 3 narasumber yang mengumpulkan laporan hasil capaian CDR TB paru, 2 narasumber yang menyimpan arsip laporan, 4 narasumber yang membantu menyampaikan laporan ke pengelola program P2TB kota melalui koordinator SP3 Kota Semarang, 7 narasumber yang bertanggung jawab atas kelancaran pelaksanaan SP3 kepada kepala puskesmas, 6 narasumber yang mengadakan pertemuan berkala dengan pelaksana program P2TB setiap 3 bulan sekali untuk mengevaluasi pelaksanaan kegiatan SP3, dan untuk pembuatan laporan hanya dikerjakan oleh pemegang program P2TB. Dalam hal ini, peran dan tugas kepala tata usaha sebagai koordinator belum sesuai dengan ketentuan dari Kemenkes RI. Kepala tata usaha yang tidak berperan sebagai koordinator dikarenakan kepala tata usaha melimpahkan peran dan tugas sebagai koordinator kepada petugas SP3, berakibat tugas dari koordinator SP3 tidak berjalan dengan maksimal karena petugas SP3 hanya mengentry data. Tanpa adanya koordinator SP3, ketepatan waktu, kelengkapan pencatatan dan pelaporan puskesmas tidak dapat terkoordinir dengan baik, sehingga akan mempengaruhi kinerja petugas dalam

melaporkan hasil kegiatan capaian CDR TB paru ($CDR < 75\%$). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa peran sebagai koordinator sistem pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan capaian CDR TB paru puskesmas belum sesuai dengan ketentuan Kementerian Kesehatan RI.

Tenaga dalam kegiatan capaian CDR TB paru yang ke empat yaitu kepala puskesmas. Berdasarkan Pedoman Sistem Pencatatan Pelaporan Puskesmas Propinsi Jawa Tengah dari Departemen Kesehatan RI bahwa kepala puskesmas berperan sebagai penanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan capaian CDR TB paru, bertanggung jawab atas pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan puskesmas serta memberikan bimbingan kepada pemegang program P2TB puskesmas dan koordinator sistem pencatatan dan pelaporan puskesmas (Departemen Kesehatan RI, 1999). Berdasarkan hasil wawancara diperoleh hasil bahwa semua narasumber bertanggung jawab atas semua kegiatan yang dilakukan di puskesmas, termasuk kegiatan capaian CDR TB paru dan memberikan bimbingan kepada koordinator sistem pencatatan dan pelaporan puskesmas, serta pelaksana program P2TB puskesmas.

Kepala puskesmas memberikan bimbingan rutin setiap akhir bulan guna mengevaluasi program P2TB termasuk capaian CDR TB paru. Bimbingan tersebut diikuti oleh semua petugas puskesmas, bukan hanya petugas TB paru saja. Seluruh kepala puskesmas melakukan peran dan tugasnya sebagai penanggung jawab kegiatan pencapaian CDR TB paru dengan maksimal. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa peran dan tugas kepala puskesmas sebagai penanggung jawab kegiatan capaian CDR TB paru di Kota Semarang sudah sesuai dengan ketentuan Kementerian Kesehatan RI. Kepala puskesmas dapat memotivasi petugas sehingga capaian CDR TB paru puskesmas dapat memenuhi target nasional. Pada penelitian Purwanto (2012: 12) dinyatakan bahwa motivasi sangat diperlukan dalam meningkatkan kinerja guna peningkatan penemuan kasus TB paru.

2. Money (Pendanaan)

Berdasarkan ketentuan dari Kemenkes RI, sumber dana yang digunakan dalam kegiatan pencapaian CDR TB paru berasal dari pemerintah, APBD/ dana dekonsentrasi/ DAU kabupaten/ kota, APBD provinsi, bantuan luar negeri, dan swadaya masyarakat (Maryun, Y, 2007). Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, pemegang program P2TB dan petugas laboratorium puskesmas dalam melakukan kegiatan capaian CDR TB paru secara keseluruhan mendapatkan dana dari APBD dan dana bantuan luar negeri yaitu GF-ATM (*Global Fan- Aids, Tuberculosis and Malaria*). Dana APBD yang diperoleh pemegang program didapat dari DKK dengan cara membuat SPJ (Surat Pertanggung Jawaban) setiap tribulan yang digunakan untuk kontak rumah, penemuan BTA, pasien mangkir, dan transportasi petugas. Selain dana dari APBD tidak ada dana lain untuk petugas pemegang program P2TB termasuk dana atau *reward* dari puskesmas. Alokasi penggunaan dana GF-ATM yaitu untuk penemuan BTA positif, pembuatan sediaan, pewarnaan, dan pembacaan sediaan. Kendala dari pendanaan yaitu dibatasinya jumlah dana dengan BTA positif yang ditemukan dan terjadinya keterlambatan dana.

Sumber dana dan alokasi dana bagi pemegang program P2TB dan petugas laboratorium dalam kegiatan capaian CDR TB paru di puskesmas Kota Semarang sudah sesuai dengan ketentuan dari Kementrian Kesehatan RI, sehingga dengan adanya dana tersebut dapat meningkatkan kinerja petugas dalam penemuan kasus baru TB paru dan capaian CDR TB paru dapat memenuhi target nasional. Jumlah dana yang didapat oleh masing-masing petugas sama, tergantung dari jumlah BTA yang ditemukan. Hal ini berarti tidak ada perbedaan pengaruh antara puskesmas dengan CDR yang memenuhi target dengan puskesmas yang belum memenuhi target, karena dana yang diberikan kepada masing-masing petugas sama nilainya tanpa memperhitungkan kinerja petugas. Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Kurniawati dan Wahyu C (2005: 74) yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan pengaruh antara

pendanaan bagi petugas P2TB terhadap penemuan penderita TB paru. Hal ini dikarenakan pendanaan yang diberikan kepada masing-masing petugas P2TB jumlahnya sama, sehingga memungkinkan petugas P2TB lain menjadi tidak peduli terhadap pencapaian target global angka penemuan penderita TB paru yang diharapkan (75%).

3. Material and Machine (Sarana dan Prasarana)

Sarana dan prasarana kegiatan capaian CDR TB paru merupakan salah satu hal yang diperlukan untuk mendukung sebuah program penanggulangan penyakit TB paru. Berdasarkan Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis dari Departemen Kesehatan RI tahun 2008, sarana dan prasarana laboratorium yang digunakan dalam kegiatan capaian CDR TB paru meliputi: (a) Alat laboratorium, yang terdiri dari mikroskop, *slide box*, pot sputum, kaca sediaan, rak pewarna dan pengering, lampu spiritus, ose, botol plastik bercorong pipet, kertas pembersih lensa mikroskop, dan kertas saring. (b) Bahan diagnostik terdiri dari reagensia Ziehl Neelsen, eter alkohol, minyak imersi, lysol, dan tuberkulin PPD RT 23. (c) Barang cetakan seperti buku pedoman, formulir pencatatan, dan pelaporan (TB 01 sampai TB 07) (Departemen Kesehatan RI, 2008).

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, alat dan bahan yang digunakan didapat dari Dinas Kesehatan Kota Semarang, kondisi alat dan bahan yang digunakan untuk kegiatan pencapaian CDR TB paru masih layak dan baik untuk digunakan akan tetapi masih terdapat puskesmas yang tidak memiliki sarana dan prasarana secara lengkap. Ditinjau dari ketersediaan sarana dan prasarana, terdapat beberapa komponen sarana prasarana yang belum tersedia untuk menunjang kegiatan pencapaian CDR TB paru di puskesmas Kota Semarang yaitu peralatan laboratorium mikroskopis TB paru (rak pengering, ose, botol plastik bercorong pipet, kertas pembersih lensa mikroskop, dan kertas saring), bahan diagnostik (eter alkohol, *lysol*, dan tuberkulin PPD RT 23), formulir pencatatan dan pelaporan (TB.03,

TB.04, TB.06, dan TB.07), serta buku pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis.

Kendala dari sarana dan prasarana yang digunakan dalam kegiatan capaian CDR TB paru yaitu kualitas cat yang kurang baik sehingga mudah menggumpal, kurangnya jumlah pot sputum, dan tidak lengkapnya formulir pencatatan pelaporan akibat keterlambatan distribusi. Kendala juga terletak pada pasien yaitu sulitnya pasien dalam mengeluarkan dahak dan kualitas dahak yang dikeluarkan tersebut kurang baik dikarenakan yang dikeluarkan pasien bukan dahak, melainkan air liur. Dalam hal ini tempat juga menjadi kendala, yaitu tidak adanya tempat khusus untuk pasien mengeluarkan dahak dan tidak adanya tempat pembuangan limbah. Dengan adanya kendala tersebut dapat menghambat petugas dalam menemukan kasus baru TB paru. Penelitian tersebut sesuai dengan hasil penelitian Arfimelda dan Ekowati (2010: 6) yang menyebutkan bahwa ketersediaan sarana penunjang seperti logistik reagensia, sarana penyimpanan dahak dan obat yang terjadi keterlambatan distribusi dari pusat ke lokasi puskesmas sehingga penemuan kasus TB menjadi tertunda.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi yang dilakukan, dapat disimpulkan bahwa ketersediaan sarana dan prasarana yang digunakan dalam kegiatan pencapaian CDR TB paru di puskesmas Kota Semarang belum sesuai dengan ketentuan Kementerian Kesehatan RI. Menurut Purwadi (2001: 73) menyatakan bahwa ada kaitan antara kelengkapan sarana dan prasarana dengan kinerja petugas puskesmas dalam melakukan kegiatan survailans. Sarana dan prasarana yang tidak lengkap, kualitas bahan diagnostik yang kurang baik, keterlambatan distribusi pot sputum, formulir pencatatan dan pelaporan yang tidak lengkap, dan buruknya kualitas dahak dari pasien dapat menghambat petugas dalam menemukan kasus baru, dan mempengaruhi capaian CDR TB paru ($CDR < 75\%$).

4. *Method* (Metode)

Metode yang digunakan oleh petugas pemegang program P2TB paru dalam kegiatan pencapaian CDR TB paru ada 2 macam, yaitu metode *active case finding* dan *passive case finding*. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti, terdapat 5 dari 12 narasumber yang menggunakan metode *active case finding*, yaitu narasumber dari Puskesmas Karangayu, narasumber dari Puskesmas Mangkang, narasumber dari Puskesmas Bandarharjo, narasumber dari Puskesmas Pudakpayung, dan narasumber dari Puskesmas Pegandan. Cara kerja metode ini yaitu petugas pemegang program P2TB aktif terjun ke lapangan melalui kegiatan posyandu dan kontak rumah untuk penjangkaran suspek TB paru guna penemuan kasus baru.

Pemegang program P2TB yang menggunakan metode *passive case finding* ada 2 narasumber, yaitu narasumber dari Puskesmas Karangdoro dan narasumber dari Puskesmas Bangetayu. Kedua narasumber menyatakan jika penemuan kasus baru TB paru terlalu aktif tidak efektif, yang terpenting dalam TB paru menemukan kasus dan mengobati secara lengkap dan tuntas. Cara kerja metode ini yaitu pasien datang ke puskesmas, kemudian petugas memeriksa dan menanyakan kepada pasien yang dicurigai menderita TB paru, selanjutnya petugas memotivasi pasien. Metode ini memiliki kelemahan yaitu jika pasien lari sulit untuk melacakinya. Pemegang program P2TB yang menggunakan 2 metode yaitu *active case finding* dan *passive case finding* ada 5 narasumber, yaitu narasumber dari Puskesmas Kagok, narasumber dari Puskesmas Karanganyar, narasumber dari Puskesmas Krobokan, narasumber dari Puskesmas Tlogosari Kulon, dan narasumber dari Puskesmas Miroto. Cara kerja metode ini yaitu selain penemuan kasus dilakukan di puskesmas dengan menunggu pasien datang untuk berobat, petugas juga aktif melakukan kegiatan di luar lapangan seperti posyandu dan kontak rumah untuk menjaring suspek TB paru.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, dapat disimpulkan bahwa metode yang digunakan dalam kegiatan capaian CDR

TB paru belum sesuai dengan Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis dari Departemen Kesehatan RI tahun 2008, yaitu penemuan pasien TB paru dilakukan secara pasif dengan promosi aktif di unit pelayanan kesehatan (Departemen Kesehatan RI, 2008). Dari 12 puskesmas, hanya terdapat 2 puskesmas yang menerapkan metode ini yang keduanya memiliki capaian CDR $\geq 75\%$. Penemuan kasus baru di luar lapangan hanya dilakukan bila sangat dibutuhkan pada wilayah-wilayah yang diduga ada kontak pasien TB paru. Petugas lebih menekankan penemuan secara pasif di puskesmas dengan memberikan penyuluhan dan memotivasi pasien secara aktif di puskesmas serta membentuk kader khusus TB paru untuk bekerja sama memberikan penyuluhan dan penemuan kasus baru di masyarakat. Kegiatan kunjungan rumah dilakukan petugas dengan menanyakan kepada penderita tentang ada atau tidaknya anggota keluarga yang dicurigai menderita penyakit TB paru dengan gejala yang disebutkan oleh petugas. Apabila dari anggota keluarga ada yang dicurigai, petugas meminta pasien untuk membawa anggota keluarganya untuk diperiksa ke puskesmas. Jika anggota keluarga yang dicurigai tidak bersedia datang ke puskesmas, petugas baru melakukan kunjungan rumah. Cara ini lebih efektif dan efisien waktu dalam menemukan kasus baru TB paru, sehingga capaian CDR TB paru dapat mencapai target nasional. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Firdaufan dan Hartanto (2011: 58) bahwa penggunaan metode *active case finding* tidak *cost* efektif, penemuan kasus baru secara pasif dengan promosi aktif lebih efektif dilakukan. Kegiatan penjarangan hanya dilakukan pada wilayah yang terdapat banyak penderita TB paru. Meskipun penggunaan metode ini membutuhkan biaya operasional yang lebih besar, namun menghasilkan angka penemuan penderita TB paru yang tinggi. Penemuan secara aktif atau penemuan dengan keduanya yaitu aktif dan pasif tidak efektif untuk penemuan kasus baru, dengan demikian metode yang digunakan petugas dapat mempengaruhi hasil capaian CDR TB paru puskesmas di Kota Semarang.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai capaian *Case Detection Rate* (CDR) TB paru dalam Program Penanggulangan Penyakit TB Paru (P2TB) Puskesmas di Kota Semarang Tahun 2012, diperoleh simpulan sebagai berikut: (1) Kriteria serta tugas dan tanggung jawab petugas pemegang program P2TB puskesmas belum sesuai dengan ketentuan dari Kemenkes RI. (2) Kriteria serta tugas dan tanggung jawab petugas laboratorium puskesmas belum sesuai dengan ketentuan Kemenkes RI. (3) Tugas dan tanggung jawab kepala tata usaha tidak dijalankan dan peran sebagai koordinator sistem pencatatan dan pelaporan puskesmas (SP3) dialihkan ke petugas SP3 sehingga tidak sesuai dengan ketentuan dari Kemenkes RI. (4) Tugas dan tanggung jawab yang dijalankan kepala puskesmas sudah sesuai dengan ketentuan dari Kemenkes RI. (5) Pendanaan kegiatan capaian CDR TB paru untuk petugas berasal dari APBD Kota Semarang dan dana bantuan luar negeri yaitu GF-ATM sudah sesuai dengan ketentuan Kemenkes RI. (6) Ketersediaan sarana dan prasarana belum memenuhi kriteria yang ditentukan oleh Kemenkes RI. (7) Metode yang digunakan dalam kegiatan capaian CDR TB paru belum sesuai dengan ketentuan dari Kemenkes RI, yaitu yang menggunakan metode *active case finding*.

DAFTAR PUSTAKA

- Arfimelda dan Ekowati RN, 2010, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Case Detection Rate Program Tuberkulosis Paru Puskesmas Provinsi Sumatera Selatan*, Volume 6, No 1, Maret 2010, hlm. 1-11.
- Awusi RYE, Yusrizal Djam'an Saleh, Yuwono Hadiwijoyo, 2009, *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penemuan Penderita TB Paru di Kota Palu Provinsi Sulawesi Tengah*, Volume 25, No 2, Juni 2009, hlm. 59-68.

- Departemen Kesehatan RI, 1999, *Pedoman Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas Propinsi Jawa Tengah*, Bakti Husada, Semarang.
- , 2008, *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2013, *Laporan P2P Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2013*, Dinas Kesehatan Kota Semarang, Semarang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2013, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012*, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Semarang.
- Firdaufan dan Hartanto R, 2011, *Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi DOTS di Eks Karisidenan Surakarta*, Volume 6, No 1, September 2011, hlm. 57-63.
- Junaidi, P, 2005, *Kualitas Tenaga Mikroskopis untuk Program Directly Observer Treatment Short-Course-Therapy (DOTS) di Puskesmas*, *Universa Medica*, Volume 24, No 2, April-Juni 2005, hlm. 62-72.
- Kementrian Kesehatan RI, 2009, *Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan*, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- , 2011, *Data/Informasi Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Kurniawati dan Wahyu C, 2005, *Evaluasi Penemuan Penderita Baru Tuberkulosis dengan Basil Tahan Asam Positif dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis (P2TB) Puskesmas di Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, Kesmas*, Volume 3, No 1, September 2005, hlm. 7-77.
- Maryun, Y, 2007, *Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Program TB Paru Terhadap Cakupan Penemuan Kasus BTA Positif di Kota Tasikmalaya*. Skripsi, Universitas Diponegoro Semarang.
- Mulyadi, Suangkupon R, Dermawan I, 2011, *Penemuan Penderita Tuberkulosis Paru di Pesisir Pantai Aceh Barat Daya (Kajian di Puskesmas Blangpidie)*, *Jurnal Respirologi*, Volume 31, No 2, April 2011, hlm. 105-108.
- Nizar, M, 2010, *Pemberantasan Dan Penanggulangan Tuberkulosis*, Gosyen Publishing, Yogyakarta.
- Notoatmojo, S, 2005, *Metode Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Purwadi, S, 2001, *Beberapa faktor yang Berkaitan dengan Pelaksanaan Kegiatan Surveilans Epidemiologi Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) Tingkat Puskesmas di Kabupaten Wonogiri*, Volume 2, September 2001, hlm. 69-74.
- Purwanto, AY, 2012, *Pengaruh Kepemimpinan Dan Motivasi Terhadap Kinerja Penyuluh Pertanian Lapangan (PPL) di Dinas Pertanian Daerah Kabupaten Nganjuk*, *Ilmu Manajemen*, Volume I, No. 2, September 2012, hlm. 1-15.
- Wahyuni, CU, 2007, *Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Laboratorium Puskesmas di Kabupaten Timor Selatan*, *Jurnal Administrasi Kebijakan Kesehatan*, Volume 5, No 1, Januari-April, hlm. 57-60.