



**ANALISIS PENATALAKSANAAN PROGRAM PENGENDALIAN
TUBERKULOSIS MULTI DRUG RESISTANT (TB MDR)
DI PUSKESMAS BANDARHARJO KOTA SEMARANG**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh:
Wiwid Komalasari
NIM 6411415081

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2020**

ABSTRAK

Wiwid Komalasari

Analisis Penatalaksanaan Program Pengendalian Tuberkulosis Multi Drug Resistant (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang

XVII + 179 halaman + 5 tabel + 2 gambar + 11 lampiran

Multidrug Resistance Tuberculosis TB (atau TB MDR) adalah salah satu jenis resistensi bakteri TB terhadap minimal dua obat anti TB lini pertama, yaitu Isoniazid dan Rifampicin yang merupakan dua obat TB yang paling efektif. Total kasus *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Kota Semarang dari tahun 2014 s.d tahun 2018 sebanyak 165 kasus. Dikaitkan dengan proporsi kejadian TB MDR pada kasus TB Baru dan TB Kambuh di tahun 2018 terdapat 71 kasus baru TB MDR. Angka kesembuhan kasus TB Kota Semarang dalam kurun waktu 5 (lima) tahun terakhir tidak pernah mencapai target nasional, CR pertahunnya baru sebesar 18,32%. Pada tahun 2019 di Puskesmas Bandarharjo, pasien TB MDR yang terdata sebanyak 10 kasus. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui penatalaksanaan program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.

Jenis dan rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Fokus dalam penelitian ini terdiri atas *input*, proses, dan *output*. Input dalam penelitian ini terdiri atas 4M (*man, money, method, dan material*). Proses terdiri atas komitmen politis, strategi penemuan kasus, pengelolaan pasien, jaminan ketersediaan OAT, pencatatan dan pelaporan. Serta *output* yaitu keberhasilan pengobatan. Informan terdiri dari 3 informan utama dan 5 informan triangulasi. Teknik keabsahan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi. Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menganalisis semua betuk komunikasi (data dari jawaban wawancara), data dari dokumen atau naskah, gambar, foto, dan jenis data lainnya yang bersifat informatif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penatalaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo sudah dilaksanakan dengan baik tetapi belum maksimal. Hal ini dilihat dari kurang tersedianya sarana dan prasarana yang mendukung, serta belum adanya pelatihan terkait TB yang diberikan kepada petugas TB, dan PMO.

Kata kunci : *Tuberculosis Multi Drug Resistant*, TB MDR, pengendalian TB MDR

ABSTRACT

Wiwid Komalasari

Analysis of Multi Drug Resistant Tuberculosis (MDR TB) Control Program Management in Bandarharjo Primary Healthcare Center Semarang City
XVII + 179 page + 5 tables + 2 image + 11 appendices

Multidrug Resistance Tuberculosis TB (or MDR TB) is one type of TB bacterial resistance to at least two first-line anti-TB drugs, namely Isoniazid and Rifampicin which are the two most effective TB drugs. Total cases of Multi Drug Resistant Tuberculosis (MDR TB) in Semarang City from 2014 to 2018 were 165 cases. Associated with the proportion of MDR TB cases in New TB and Kambuh TB cases in 2018 there were 71 new MDR TB cases. The cure rate of TB cases in the City of Semarang in the past 5 (five) years has never reached the national target, the annual CR is only 18.32%. In 2019 at Bandarharjo Health Center, MDR TB patients were recorded in 10 cases. The purpose of this study was to determine the management of the Multi Drug Resistant Tuberculosis (MDR TB) control program at the Bandarharjo Health Center in Semarang City.

The type and design of the study used in this study is qualitative descriptive. The focus in this research consists of input, process, and output. The input in this study consisted of 4M (man, money, method, and material). The process consists of political commitment, case finding strategies, patient management, guaranteed OAT availability, recording and reporting. And the output is the success of treatment. The informants consisted of 3 main informants and 5 triangulation informants. The data validity technique used in this study is triangulation. Data analysis technique used in this study is to analyze all forms of communication (data from interview answers), data from documents or manuscripts, pictures, photographs and other types of data that are informative.

The results showed that the management of the MDR TB control program at the Bandarharjo Public Health Center had been carried out well but was not maximized. This is seen from the lack of supporting facilities and infrastructure, and the absence of TB-related training provided to TB officers, and PMOs.

Keywords: Multi Drug Resistant Tuberculosis, MDR TB, MDR TB control

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi di lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian manapun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya di dalam daftar pustaka.

Semarang, November 2019

Peneliti



Wiwid Komalasari

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul "Analisis Penatalaksanaan Program Pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB-MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang" yang disusun oleh Wiwid Komalasari, NIM 6411415081 telah dipertahankan dihadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

hari, tanggal : Selasa, 07 April 2020

tempat : Daring

Panitia Ujian

Ketua,



Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd.
NIP 196103201984032001

Sekretaris,

Dr. Irwan Budiono, M.Kes.(Epid).
NIP 197512172005011003

	Dewan Penguji	Tanggal
Penguji I	 Galuh Nita Prameswari, S.K.M., M.Si. NIP 198006132008122002	27/4/2020
Penguji II	 Mardiana, S.K.M., M.Si. NIP 198004202005012003	18/5/2020
Penguji III	 dr. Fitri Indrawati, M.P.H. NIP 198307112008012008	22/5/2020

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO:

- “Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, maka apabila kamu telah selesai (dari suatu urusan) kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain” (QS. Al-Insyirah: 6-7).
- “Dan tidak ada kesuksesan bagiku melainkan atas (pertolongan) Allah” (QS. Huud: 88)

PERSEMBAHAN:

Tanpa mengurangi rasa syukur kepada Allah SWT,
skripsi ini penulis persembahkan untuk:

1. Ayah dan Ibu
2. Adik-Adikku
3. Almamaterku, UNNES

PRAKATA

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat, hidayah, dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Analisis Penatalaksanaan Program Pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang” sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Skripsi ini dapat terlaksana dengan bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak, dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat, Saya sampaikan terimakasih kepada:

1. Dekan Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Pro. Dr. Tandiyono Rahayu, M.P.d., atas ijin penelitian yang telah diberikan.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Dr. Irwan Budiono, SKM, M,Kes (Epid), atas ijin penelitian yang telah diberikan.
3. Dosen pembimbing, dr. Fitri Indrawati, M.P.H., yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Seluruh dosen dan staf Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang.
5. Kepala Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk pengambilan data dalam penelitian.
6. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk pengambilan data dalam penelitian.
7. Kepala Kesbangpol Kota Semarang yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk pengambilan data dalam penelitian.
8. Kedua orang tua saya, Adik-adik saya serta seluruh keluarga tercinta yang telah memberi bantuan dan dorongan baik materil maupun spiritual sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini.

9. Sahabatku, Laelatul Rohmah atas bantuannya pada saat studi pendahuluan dan penelitian serta dorongan dalam menyelesaikan skripsi ini.
10. Seluruh teman-teman Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang angkatan 2015.
11. Semua pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, sehingga penulis mengharapkan masukan-masukan dari semua pihak guna penyempurnaan karya selanjutnya.

Semarang, 03 November 2019

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK	ii
<i>ABSTRACT</i>	iii
PERNYATAAN	iv
PENGESAHAN	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
PRAKATA	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I	18
PENDAHULUAN	18
1.1 LATAR BELAKANG	18
1.2 RUMUSAN MASALAH	9
1.2.1 Rumusan Masalah Umum	9
1.2.2 Rumusan Masalah Khusus	9
1.3 TUJUAN PENELITIAN	10
1.3.1 Tujuan Umum	10
1.3.2 Tujuan Khusus	10
1.4 MANFAAT PENELITIAN	11
1.4.1 Bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang	11
1.4.2 Bagi Mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang	11
1.4.3 Bagi Peneliti Selanjutnya	12

1.5 KEASLIAN PENELITIAN.....	12
1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN.....	16
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat	16
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu.....	16
1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan.....	16
BAB II.....	17
TINJAUAN PUSTAKA	17
2.1 LANDASAN TEORI	17
2.1.1 Tuberkulosis.....	17
2.1.1.1 Pengertian Tuberkulosis.....	17
2.1.1.2 Penularan TB.....	18
2.1.1.3 Faktor Risiko	19
2.1.2 <i>Multidrug Resistant Tuberculosis</i> (TB MDR).....	21
2.1.2.1 Pengertian TB MDR	21
2.1.2.2 Faktor Penyebab.....	21
2.1.2.3 Diagnosis TB MDR	22
2.1.2.4 Kriteria Pasien Suspek TB MDR	22
2.1.2.5 Pencegahan dan Pengobatan	23
2.1.3 Program Pengendalian TB MDR.....	25
2.1.3.1 Strategi	26
2.1.3.2 Jejaring Penatalaksanaan TB MDR	29
2.1.3.3 Penemuan Pasien.....	30
2.1.3.4 Penegakan Diagnosis	33
2.1.4 Monitoring dan Evaluasi.....	35
2.1.4.1 Definisi Evaluasi	35

2.1.4.2 Ruang Lingkup Evaluasi	36
2.1.4.3 Tujuan Evaluasi.....	38
2.1.4.4 Evaluasi hasil akhir pengobatan TB MDR	39
2.1.4.5 Evaluasi lanjutan setelah pasien sembuh	40
2.2 KERANGKA TEORI.....	42
BAB III	43
METODE PENELITIAN.....	43
3.1 ALUR PIKIR.....	43
3.2 FOKUS PENELITIAN.....	44
3.3 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN	44
3.4 SUMBER INFORMASI.....	45
3.4.1 Data Primer	45
3.4.2 Data Sekunder.....	46
3.5 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA..	47
3.5.1 Instrumen Penelitian	47
3.5.1.1 Pedoman Wawancara	47
3.5.1.2 Alat Wawancara	48
3.5.2 Teknik Pengambilan Data.....	48
3.5.2.1 Wawancara Mendalam.....	48
3.5.2.2 Observasi.....	48
3.5.2.3 Dokumentasi	49
3.6 PROSEDUR PENELITIAN	49
3.6.1 Tahap Pra-Penelitian.....	49
3.6.2 Pelaksanaan Penelitian.....	50
3.6.3 Pasca Penelitian	50

3.7 PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA.....	50
3.8 TEKNIK ANALISIS DATA.....	51
3.8.1 Reduksi Data.....	52
3.8.2 Penyajian Data.....	53
3.8.3 Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi.....	53
BAB IV.....	54
HASIL PENELITIAN.....	54
4.1 GAMBARAN UMUM.....	54
4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	54
4.1.2 Indetifikasi Informan.....	56
4.1.2.1 Gambaran Umum Informan Utama.....	56
4.1.2.2 Gambaran Umum Informan Triangulasi.....	57
4.2 HASIL PENELITIAN.....	59
4.2.1 Input Penatalaksanaan Program Pengendalian <i>Tuberculosis Multi Drug Resitant</i> (TB MDR).....	59
4.2.1.1 Sumber Daya Manusia (SDM).....	59
4.2.1.2 Metode.....	62
4.2.1.3 Dana.....	63
4.2.1.4 Material.....	64
4.2.2 Proses Penatalaksanaan Program Pengendalian <i>Tuberculosis Multi Drug Resitant</i> (TB MDR).....	67
4.2.2.1 Komitmen Politis.....	67
4.2.2.2 Strategi Penemuan Kasus.....	70
4.2.2.3 Pengelolaan Pasien.....	72
4.2.2.4 Jaminan Ketersediaan OAT Lini Kedua.....	76

4.2.2.5 Pencatatan dan Pelaporan.....	78
4.2.3 Output Penatalaksanaan Program Pengendalian Tuberkulosis Multi Drug Resistant (TB MDR).....	80
4.2.3.1 Keberhasilan Program.....	80
BAB V.....	83
PEMBAHASAN	83
5.1 PEMBAHASAN	83
5.1.1 Input Penatalaksanaan Program Pengendalian Tuberkulosis Multi Drug Resistant (TB MDR).....	83
5.1.1.1 Sumber Daya Manusia	83
5.1.1.2 Metode	86
5.1.1.3 Dana	87
5.1.1.4 Material	89
5.1.2 <i>Proses</i> Penatalaksanaan Program Pengendalian <i>Tuberculosis Multi Drug Resistant</i> (TB MDR).....	90
5.1.2.1 Komitmen Politis	90
5.1.2.2 Strategi Penemuan Kasus.....	93
5.1.2.3 Pengelolaan Pasien TB Resistant Obat	96
5.1.2.4 Jaminan Ketersediaan OAT Lini Kedua	98
5.1.2.5 Pencatatan dan Pelaporan.....	100
5.3.1 Keberhasilan Penatalaksanaan Program Pengendalian Tuberkulosis Multi Drug Resistant (TB MDR).....	101
5.2 Hambatan Penatalaksanaan Program Pengendalian <i>Tuberculosis Multi Drug Resistant</i> (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo.....	102
5.2 HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN.....	104
5.2.1 Hambatan Penelitian	104

5. 2.2 Kelemahan Penelitian	104
BAB VI	105
SIMPULAN DAN SARAN	105
6.1 SIMPULAN.....	105
6.2 SARAN	107
6.2.1 Bagi Puskesmas	107
6.2.2 Bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang	107
6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	108
DAFTAR PUSTAKA	109
LAMPIRAN.....	113

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Keaslian Penelitian.....	12
Tabel 2. Data Ketenagaan di Puskesmas Bandarharjo Tahun 2018.....	54
Tabel 3. Luas Wilayah Kelurahan Binaan Puskesmas Bandarharjo	55
Tabel 4. Karakteristik Informan Utama	57
Tabel 5. Karakteristik dari informan triangulasi	58

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kerangka Teori.....	42
Gambar 2 Alur Pikir.....	43

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. SK Pembimbing.....	114
Lampiran 2. Surat Izin Penelitian dari Fakultas.....	115
Lampiran 3. Surat Izin Penelitian dari Kesbangpol	116
Lampiran 4. <i>Ethical Clearance</i>	118
Lampiran 5. Surat Telah Melaksanakan Penelitian	119
Lampiran 6. Lembar Permintaan Menjadi Responden	120
Lampiran 7. Lembar Penjelasan Kepada Calon Subjek.....	121
Lampiran 8. Persetujuan Keikutsertaan Dalam Penelitian	123
Lampiran 9. Lembar Pedoman Wawancara	141
Lampiran 10. Transkrip Hasil Wawancara	147
Lampiran 11. Dokumentasi Wawancara.....	177

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Tuberkulosis atau TB masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menjadi tantangan global. Tuberkulosis (TB) adalah suatu penyakit menular langsung yang diakibatkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini menyerang sejuta manusia setiap tahunnya dan merupakan peringkat pertama yang berdampingan dengan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) sebagai penyebab kematian di dunia. *World Health organization* (WHO) setelah merekomendasikan *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) sejak tahun 1995 sebagai strategi pengendalian penyakit TB demi efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan dasar. Tantangan baru yang perlu menjadi perhatian yaitu TB/HIV, *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR), TB pada anak dan masyarakat rentan lainnya. Hal ini memacu pengendalian TB nasional terus melakukan intensifikasi, akselesrasi, ekstensifikasi dan inovasi program (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Resistensi kuman *Mycobacterium tuberculosis* terhadap *Obat Anti Tuberculosis* (OAT) merupakan salah satu masalah yang umum ditemui pada pengobatan TB. Resistansi kuman *M.tuberculosis* terhadap OAT adalah keadaan dimana kuman sudah tidak dapat lagi dibunuh dengan OAT. Salah satu bentuk resistensinya adalah *Multi Drug Resistant* (MDR). Saat ini TB MDR merupakan

masalah terbesar yang dihadapi dunia terhadap pencegahan dan pemberantasan kasus TB MDR. Resistensi obat terjadi akibat penggunaan OAT yang tidak tepat dosis pada pasien yang masih sensitif terhadap rejimen OAT. Penatalaksanaan TB resisten OAT lebih rumit dan memerlukan perhatian yang lebih banyak daripada penatalaksanaan TB yang tidak resisten. Penerapan Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat menggunakan kerangka kerja yang sama dengan strategi DOTS.

Pada tahun 2016, menurut *World Health Organization* (WHO) angka kasus *Tuberculosis Multi Drug* (TB MDR) sebesar 490.000 (WHO, Global Tuberculosis Report, 2017). Angka kasus baru TB MDR mengalami peningkatan pada tahun 2017 yaitu menjadi 558.000 kasus (WHO, 2018). Sedangkan pada tahun 2018 terdapat sebanyak 484.000 kasus *Tuberculosis Resistanen Rifampisin* (TB RR), dimana 80% dari kasus tersebut merupakan TB MDR di dunia (WHO, 2019). Keberhasilan pengobatan TB MDR tahun 2017 masih rendah, secara global angka keberhasilan pengobatan hanya sebesar 54% dari target keberhasilan sebesar 85% (WHO, 2018).

Angka prevalensi TBC Indonesia pada tahun 2014 sebesar 297 per 100.000 penduduk (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Tantangan lainnya adalah meningkatnya kasus TB MDR (*Multidrug-Resistant*). TB MDR bisa terjadi bila pengobatan TB tidak dilakukan secara tuntas. Apabila kasus MDR tidak ditangani dengan tuntas dapat berkembang menjadi XDR (*Extensively drug-resistant*). Saat ini layanan RS Rujukan atau Sub Rujukan TB MDR terdapat di 68 RS yang tersebar di seluruh provinsi di Indonesia dengan 1.217 Puskesmas sebagai satelit

layanan. Angka penemuan kasus TB RO semakin tahun semakin meningkat. Namun tidak diimbangi dengan angka pengobatan pasien TB RO. Pada tahun 2017, angka pengobatan pasien TB RO sebesar 59%. Angka keberhasilan pengobatan TB RO rata-rata 50%, sedangkan angka putus berobat/ *lost to follow up* (LFU) sebesar ($\pm 30\%$).

Untuk mencegah TB MDR pemerintah mendorong seluruh pemberi pelayanan TB pemerintah dan swasta memberikan pelayanan TB standar serta meningkatkan kewaspadaan dengan penemuan kasus TB secara dini dan memastikan pelayanan TB berkualitas untuk mencegah kejadian TB resistan obat. Selain itu juga mengajak seluruh masyarakat dan keluarga untuk mendukung pasien dalam menjalani pengobatan TB sampai tuntas. Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat di Indonesia dilaksanakan sesuai tata laksana Pengendalian TB yang berlaku saat ini dengan mengutamakan berfungsinya jejaring diantara fasilitas pelayanan kesehatan. Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat dilaksanakan dengan menggunakan kerangka kerja strategi DOTS dimana setiap komponen yang ada di dalamnya lebih ditekankan kepada penatalaksanaan kasus TB Resistan Obat dengan pendekatan programatik yang disebut Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Indonesia telah memulai program MTPTRO (Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat) sejak tahun 2009 dan di kembangkan secara bertahap ke seluruh wilayah Indonesia sehingga seluruh pasien TB MDR dapat mengakses penatalaksanaan TB MDR yang terstandar dan cepat. Sedangkan di Kota Semarang telah memulai program MTPTRO pada tahun 2013. Berdasarkan

peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 13/MENKES/PER/II/2013 program MTPTRO merupakan bagian intergal dari Program Pengendalian TB Nasional.

Di Semarang, total kasus TB MDR dari tahun 2014 s.d tahun 2018 sebanyak 165 kasus. Dikaitkan dengan proporsi kejadian TB MDR pada kasus TB Baru dan TB Kambuh di tahun 2018 terdapat 71 kasus baru TB MDR. Kasus TB MDR di Semarang mengalami peningkatan drastris dari tahun-tahun sebelumnya. Angka kesembuhan Kota Semarang dalam kurun waktu 5 (lima) tahun terakhir tidak pernah mencapai target nasional, yang tertinggi sebesar 65% CR di tahun 2017, yang terendah sebesar 64 % di tahun 2013. Rata-rata pencapaian CR pertahunnya baru sebesar 18,32% di bawah target CR nasional (Dinkes Kota Semarang, 2018).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Semarang kasus TB MDR per Puskesmas selama 3 tahun terakhir mengalami peningkatan yaitu pada tahun 2016 sebanyak 22 kasus, pada tahu 2017 menjadi 35 kasus dan pada tahun 2018 meningkat secara drastis menjadi 68 kasus. Hal ini dapat dilihat bahwa pelaksanaan program pengendalian TB MDR di Kota Semarang belum terlaksana secara maksimal dengan adanya kasus TB MDR yang selalu meningkat setiap tahunnya. Salah satu puskesmas yang telah melaksanakan program pengendalian TB MDR di Kota Semarang adalah Puskesmas Bandarharjo. Salah satu Puskesmas yang memiliki kasus dengan jumlah TB MDR tertinggi di Kota Semarang yaitu Puskesmas Bandarharjo dengan jumlah kasus sebanyak 10 kasus selama 3 tahun terakhir, pada tahun 2016 sebanyak 4 kasus, pada tahun 2017 sebanyak 2 kasus, dan pada tahun 2018 sebanyak 4 kasus. Sedangkan angka

kesembuhan pasien TB di puskesmas Bandarharjo dalam waktu 5 tahun mengalami penurunan dan belum pernah mencapai target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 43% dari target 57%. Untuk angka keberhasilan pengobatan pada tahun 2018 puskesmas bandarharjo juga belum memenuhi target yaitu sebesar 70% dari target 80%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa program TB di puskesmas Bandarharjo belum memenuhi target yang ada.

Berdasarkan studi pendahuluan, di peroleh informasi bahwa terdapat beberapa permasalahan dalam pelaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo diantaranya yaitu masih rendahnya kinerja PMO (Pengawas Minum Obat) dalam mengawasi pasien meminum obat sehingga pengawasannya kurang, belum patuhnya penerapan etika batuk yang benar. Hal tersebut dikarenakan masih belum adanya sarana prasarana yang mendukung untuk pembuangan dahak pasien TB. Kepatuhan pasien TB dalam menggunakan APD (Alat Pelindung Diri) juga masih rendah sehingga hal tersebut menjadi salah satu faktor memungkinkan terjadinya penularan infeksi di fasyankes. Serta masih rendahnya pengetahuan Kader/PMO terkait TB MDR, hal ini dikarenakan belum adanya pelatihan terkait TB MDR. Permasalahan tersebut dapat menghambat pelaksanaan program pengendalian TB MDR dalam mencapai tujuan yang diinginkan. Sehingga perlu adanya analisis untuk mengetahui apakah program tersebut berjalan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang telah ditetapkan.

Menurut Penelitian Janan (2019), faktor-faktor risiko yang berpengaruh terhadap peningkatan prevalensi kejadian TB MDR di Kabupaten Brebes Tahun

2011-2017 adalah kepatuhan minum obat, Riwayat pengobatan TB sebelumnya, dan kesesuaian dosis/obat. Menurut Devi (2018), Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi menjadi rujukan untuk penanganan kasus TB MDR di Kota Semarang. Tuberkulosis MDR di RSUP Dr. Kariadi terjadi kenaikan hingga mendekati dua kali kasus pada tahun sebelumnya. disimpulkan bahwa ada hubungan antara riwayat peran aktif PMO, riwayat kepatuhan minum obat, dan riwayat hasil pengobatan TB sebelumnya dengan kejadian TB MDR di RSUP. Dr. Kariadi Kota Semarang.

Peipei Ding (2017), Dari tahun 2003-2012, proporsi kasus TB MDR secara keseluruhan, terdapat kasus TB baru dan pengobatan ulang yang lebih tinggi terjadi pada tahun 2006–2009 dan lebih rendah pada tahun 2010–2012. Menurut Setegn Eshetie, et al (2017), mengidentifikasi 16 studi yang sesuai dan menemukan prevalensi keseluruhan TB MDR antara kasus baru dan pengobatan ulang menjadi 2% dan 15%. Perbedaan yang signifikan untuk kasus TB baru dan TB pengobatan ulang menjadi TB MDR. Menurut Bocar Bayaa (2019), bahwa usia 40 tahun (dua program pengobatan TB sebelumnya (OR = 3,25, 95% CI: 1,44-7,30), kegagalan pengobatan TB (OR = 3,82, 95% CI 1,82-7,79), mikroskopi dahak dengan 3+ beban basil (OR = 1,98, 95% CI: 1,13-3,48) dan riwayat kontak dengan pasien TB (OR = 2,48, 95% CI: 1.11-5.50).

Menurut Penelitian Adiwinata et al. (2018), Sebagian besar pasien TB RR dan TB MDR merupakan kasus kambuh. Menurut Soepandi (2014), pengobatan pasien TB MDR/XDR dengan angka keberhasilan sebesar 75,8%, angka putus berobat sebesar 8,7%, angka gagal berobat sebesar 9%, dan angka pasien TB

MDR/XDR meninggal sebesar 13,6%. Menurut Nugroho et al. (2018), informan menyampaikan bahwa efek samping yang berat menjadi alasan informan menghentikan pengobatan.

Kesulitan MDR-TB / XDR-TB tidak dapat di atasi tanpa mencapai angka kesembuhan yang tinggi dengan DOTS berkualitas dan lebih tinggi, dan secara bersamaan menangani kemiskinan dan HI (Chang KC, 2012). Pengobatan TB MDR adalah upaya yang sulit dan berkepanjangan. Ini membutuhkan banyak obat, termasuk yang disuntikkan, untuk waktu yang lama. Banyak dari ini memiliki efek samping yang signifikan yang membuat kepatuhan pengobatan sulit. TB MDR terus menjadi masalah kesehatan masyarakat yang signifikan di banyak negara di dunia, termasuk India. Manajemen infeksi yang resisten ini membutuhkan fasilitas diagnostik yang baik. Selain itu, pasien sering tidak dapat mentoleransi rejimen pengobatan yang berkepanjangan dan menyakitkan (Paul, 2018).

Menurut penelitian Syahrezki (2015), secara garis besar faktor risiko terjadinya resistensi obat pada pasien TB MDR pada umumnya terdapat 4 faktor yaitu faktor pasien, faktor dokter, faktor obat, dan faktor pelayanan kesehatan. Faktor dokter meliputi seberapa baik dokter dalam memberikan edukasi meliputi penyakit TB itu sendiri, pengobatan, maupun TB MDR atau kemungkinan terjadinya resistensi obat. Faktor pasien meliputi ada tidaknya pengawas minum OAT, dukungan keluarga, tingkat kemampuan ekonomi pasien, jarak rumah ketempat pelayanan kesehatan, tingkat pendidikan dan pengetahuan pasien terhadap TB itu sendiri. Faktor obat meliputi pengetahuan pasien mengenai jenis,

dosis, pemakaian, serta efek samping dari OAT. Faktor pelayanan sistem kesehatan meliputi jarak dari rumah ke tempat pelayanan kesehatan, program kesehatan, dan ketersediaan obat.

Menurut Penelitian Nugrahaeni & Malik (2015), penatalaksanaan TB yang tidak adekuat sebagai penyebab terjadinya resistensi dapat ditinjau dari sisi pemberi jasa/petugas kesehatan, yaitu karena diagnosis tidak tepat, pengobatan tidak menggunakan paduan yang tepat, dosis, jenis, jumlah obat dan jangka waktu pengobatan tidak adekuat, dan penyuluhan kepada pasien yang tidak adekuat. Penatalaksanaan penyakit TB dilihat dari sisi pasien, hal ini karena penderita TB tidak mematuhi anjuran dokter/petugas kesehatan, tidak teratur menelan OAT, menghentikan pengobatan secara sepihak sebelum waktunya, dan gangguan penyerapan obat. Penatalaksanaan TB dilihat dari sisi program penanggulangan TB, yaitu karena persediaan OAT yang kurang dan kualitas OAT yang disediakan rendah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor pengobatan sebelumnya bisa meningkatkan risiko resistensi sebesar 10 kali lipat atau lebih dibandingkan dengan yang tanpa riwayat pengobatan sebelumnya. Pada penelitian ini ditemukan bahwa sebesar 69,2% penderita MDR-TB yang tidak memiliki kontak erat tetapi mengalami resisten, hal ini dapat dipahami karena berdasarkan data WHO, penularan pada penderita baru yang berasal dari kontak erat dengan penderita MDR-TB hanya sebesar 1,9% sedangkan risiko tertinggi terjadinya MDR-TB terjadi pada kasus TB yang pernah diobati sebelumnya tetapi pengobatan yang didapatkan tidak adekuat yaitu sebesar 12%.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisis Penatalaksanaan Program Pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang”.

1.2 RUMUSAN MASALAH

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Berdasarkan uraian tersebut rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana penatalaksanaan program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang?

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

1. Bagaimana *input* yang meliputi sumber daya manusia, pendanaan, sarana dan prasarana, standar operasional prosedur dalam pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang?”
2. Bagaimana komitmen politis dalam pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang?”
3. Bagaimana strategi penemuan kasus dalam pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang?”
4. Bagaimana pengelolaan pasien dalam pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang?”

5. Bagaimana jaminan ketersediaan OAT lini kedua dalam pengendalian *Tuberkulosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang?”
6. Bagaimana pencatatan dan pelaporan dalam pengendalian *Tuberkulosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang?”
7. Bagaimana *Output* dalam pengendalian *Tuberkulosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang?”

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis penatalaksanaan program pengendalian *Tuberkulosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui ketersediaan *input* dalam pengendalian *Tuberkulosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.
2. Mengetahui komitmen politis dalam pengendalian *Tuberkulosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.
3. Mengetahui strategi penemuan kasus dalam pengendalian *Tuberkulosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.
4. Mengetahui pengelolaan pasien dalam pengendalian *Tuberkulosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.

5. Mengetahui jaminan ketersediaan OAT lini kedua dalam pengendalian *Tuberkulosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.
6. Mengetahui pencatatan dan pelaporan dalam pengendalian *Tuberkulosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.
7. Mengetahui *Output* dalam pengendalian *Tuberkulosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.

1.4 MANFAAT PENELITIAN

1.4.1 Bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan bahan masukan dalam melaksanakan pengendalian *Tuberkulosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.

1.4.2 Bagi Mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang

Bagi mahasiswa jurusan ilmu kesehatan masyarakat Universitas Negeri Semarang, khususnya mahasiswa peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan hasil penelitian ini dapat memberikan masukan dalam pengembangan ilmu pengetahuan tentang masalah penyakit TB MDR yang ada di Indonesia, menambah wawasan dan pengetahuan serta memberikan pengalaman belajar yang penting dalam bidang administrasi dan kebijakan kesehatan sebagai salah satu bentuk aplikasi teori yang diperoleh di bangku kuliah.

1.4.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan dalam melakukan penelitian selanjutnya mengenai pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Rancangan Penelitian	Variabel	Hasil Penelitian
1.	Syaidhatul Fitri (Fitri, 2015)	Analisis Penatalaksanaan Program Penanggulangan <i>Tuberculosis Multi Drugs Resisten</i> (TB MDR) di Puskesmas Helvetia Medan Tahun 2015	Deskriptif Kualitatif	Kualitas petugas dalam penemuan kasus, dan prasarana, pemantauan hasil pengobatan, penyuluhan yang diberikan oleh petugas TB kepada pasien, PMO, dan masyarakat.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa penatalaksanaan program penanggulangan TB MDR di Puskesmas Helvetia belum terlaksana secara maksimal. Hal ini dilihat dari kualitas petugas dalam penemuan kasus yang dilakukan secara pasif dengan menunggu pasien yang datang ke puskesmas, kurangnya tersedia sarana dan prasarana yang mendukung, tidak adanya pemantauan hasil pengobatan yang diberikan,

				serta tidak adanya penyuluhan yang diberikan oleh petugas TB kepada pasien, PMO, dan masyarakat.	
2.	Dhien Setiani (Setiani, 2016)	Evaluasi Program Pengendalian <i>Tuberculosis Multi Drug Resistant</i> (TB MDR) dengan Strategi DOTS di Kabupaten Banyumas	Deskriptif Kuantitatif dan Kualitatif	Tingkat pengetahuan petugas TB MDR, Tingkat kesesuaian tata laksana penanganan TB MDR dengan pedoman nasional, Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan program TB MDR	Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan petugas TB MDR di puskesmas di Kabupaten Banyumas adalah 85,56% masuk dalam kategori tinggi (75%-100%). Tingkat kesesuaian tata laksana penanganan TB MDR dengan pedoman nasional sebesar 86,94%. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan program TB MDR adalah faktor ekonomi, faktor petugas kesehatan, faktor pasien, dan faktor sarana dan prasarana.
3.	Kosmas Ronald Rarun (Rarun, 2018)	Analisis Implementasi Kebijakan Pengendalian <i>Tuberculosis Resisten Obat</i> ditinjau dari Aspek Komitmen	Deskriptif Kualitatif	Pengembangan Infrastruktur, Pengembangan SDM, Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Massa,	Hasil penelitian menunjukkan bahwa komitmen politis dengan peningkatan dan kesinambungan pendanaan

	Politis pada Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Utara		Dukungan Kebijakan Pengobatan TB yang rasional, Pengelolaan Logistik.	belum maksimal, dimana pengembangan infrastruktur belum berjalan dengan baik; pengembangan sumber daya manusia belum berjalan baik: advokasi, komunikasi dan mobilisasi massa belum berjalan baik; sedangkan dukungan kebijakan pengobatan TB yang rasional sudah berjalan sesuai standar dan pengelolaan logistik belum berjalan dengan baik.
4.	Enden Aryani dan Husnah Maryati (Aryani & Maryati, 2018)	Analisis Pelaksanaan Penanggulangan TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Cipaku Tahun 2017	Deskriptif Kualitatif	<p>1. <i>Input</i> (Komitmen politis, tenaga kesehatan, pendanaan, sarana prasarana)</p> <p>2. <i>Proses</i> (penemuan kasus, pemeriksaan BTA (+), penyuluhan)</p> <p>3. <i>Output</i></p> <p>Hasil penelitian yang didapat dari faktor input dalam pelaksanaan program penanggulangan TB paru sudah optimal. Komitmen politis sudah memadai dari pemerintah daerah. Secara kuantitas tenaga kesehatan untuk program TB di Puskesmas Cipaku telah sesuai dengan standar program pengendalian TB Paru</p>

Kemenkes RI tahun 2014, Dukungan pemerintah daerah dalam pembiayaan program pengendalian TB sudah mencukupi. sarana dan prasarana sudah memadai. Pada faktor proses, pelaksanaan program penanggulangan TB paru di Puskesmas Cipaku belum optimal. Sedangkan output dalam program penanggulangan TB paru Puskesmas cipaku belum mencapai target.

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Penelitian mengenai analisis penatalaksanaan program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang belum pernah dilakukan.
2. Fokus pada penelitian ini adalah menganalisis *input* meliputi sumber daya manusia, pendanaan, sarana dan prasarana, metode. Proses terdiri atas komitmen politis, strategi penemuan kasus, pengelolaan pasien, jaminan ketersediaan OAT, pencatatan dan pelaporan dalam upaya penanggulangan

Tuberkulosis Multi Drug Resistant (TB MDR). Sedangkan *output* terdiri dari keberhasilan pengobatan.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilakukan pada bulan Oktober-November tahun 2019.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini termasuk dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya dalam bidang ilmu administrasi kebijakan kesehatan dengan kajian analisis pada pengendalian penyakit TB MDR.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Tuberkulosis

2.1.1.1 Pengertian Tuberkulosis

Berdasarkan Peraturan Kementerian Kesehatan No.67 Tahun 2016 Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang paru dan organ lainnya. Penyakit ini bila tidak diobati atau pengobatannya tidak tuntas dapat menimbulkan komplikasi berbahaya hingga kematian. Sifat umum *Mycobacterium tuberculosis* antara lain berbentuk batang dengan panjang 1-10 mikron, lebar 0,2-0,6 mikron, bersifat tahan asam dalam pewarnaan dengan metode *Ziehl Neelsen*, berbentuk batang berwarna merah dalam pemeriksaan di bawah mikroskop, memerlukan media khusus untuk biakan antara lain *Lowenstein Jensen*, *Ogawa*, tahan terhadap suhu rendah sehingga dapat bertahan hidup dalam jangka waktu lama pada suhu antara 4°C samapai -70°C, kuman sangat peka terhadap panas, sinar matahari dan sinar ultraviolet, paparan langsung terhadap sinar ultraviolet, sebagian besar kuman akan mati dalam waktu beberapa menit, dalam dahak pada suhu antara 30-37°C akan mati dalam waktu lebih kurang 1 minggu, kuman dapat bersifat *dormant* (tidur/tidak berkembang).

2.1.1.2 Penularan TB

Berdasarkan Peraturan Kementerian Kesehatan No.67 Tahun 2016, Sumber penularan adalah pasien TB terutama pasien yang mengandung kuman TB dalam dahaknya. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei / percik renik*). Infeksi akan terjadi apabila seseorang menghirup udara yang mengandung percikan dahak yang infeksius. Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak yang mengandung kuman sebanyak 0-3500 *M.tuberculosis*. Sedangkan kalau bersin dapat mengeluarkan sebanyak 4500 – 1.000.000 *M.tuberculosis*.

a. Paparan

Peluang peningkatan paparan terkait dengan jumlah kasus menular di masyarakat, peluang kontak dengan kasus menular, tingkat daya tular dahak sumber penularan, intensitas batuk sumber penularan, kedekatan kontak dengan sumber penularan, lamanya waktu kontak dengan sumber penularan.

b. Infeksi

Reaksi daya tahan tubuh akan terjadi setelah 6–14 minggu setelah infeksi. Lesi umumnya sembuh total namun dapat saja kuman tetap hidup dalam lesi tersebut (*dormant*) dan suatu saat dapat aktif kembali tergantung dari daya tahan tubuh manusia. Penyebaran melalui aliran darah atau getah bening dapat terjadi sebelum penyembuhan lesi.

2.1.1.3 Faktor Risiko

Penyakit TB paru yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium tuberculosis* terjadi ketika daya tahan tubuh menurun. Dalam prespektif epidemiologi yang melihat kejadian penyakit sebagai hasil interaksi antar tiga komponen *agent*, *host*, dan *environment* dapat ditelaah faktor risiko dari simpul-simpul tersebut. pada sisi *host*, *vulnerabilitas* terhadap infeksi *Mycobacterium tuberculosis* sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh seseorang pada saat itu. Pengidap HIV AIDS atau orang dengan status gizi yang buruk lebih mudah untuk terinfeksi dan terjangkit TB.

Faktor risiko terjadinya TB

1. Kuman penyebab TB.
 - a. Pasien TB dengan BTA positif lebih besar risiko menimbulkan penularan dibandingkan dengan BTA negatif.
 - b. Makin tinggi jumlah kuman dalam percikan dahak, makin besar risiko terjadi penularan.
 - c. Makin lama dan makin sering terpapar dengan kuman, makin besar risiko terjadi penularan.
2. Faktor individu yang bersangkutan.

Beberapa faktor individu yang dapat meningkatkan risiko menjadi sakit TB adalah:

- a. Faktor usia dan jenis kelamin:
 - 1). Kelompok paling rentan tertular TB adalah kelompok usia dewasa muda yang juga merupakan kelompok usia produktif.

2). Menurut hasil survei prevalensi TB, Laki-laki lebih banyak terkena TB dari pada wanita.

b. Daya tahan tubuh:

Apabila daya tahan tubuh seseorang menurun oleh karena sebab apapun, misalnya usia lanjut, ibu hamil, ko-infeksi dengan HIV, penyandang diabetes mellitus, gizi buruk, keadaan *immuno-supressive*, bila mana terinfeksi dengan *M.tuberculosis*, lebih mudah jatuh sakit.

c. Perilaku:

1) Batuk dan cara membuang dahak pasien TB yang tidak sesuai etika akan meningkatkan paparan kuman dan risiko penularan.

2) Merokok meningkatkan risiko terkena TB paru sebanyak 2,2 kali.

3) Sikap dan perilaku pasien TB tentang penularan, bahaya, dan cara pengobatan.

d. Status sosial ekonomi:

TB banyak menyerang kelompok sosial ekonomi lemah.

3. Faktor lingkungan:

a. Lingkungan perumahan padat dan kumuh akan memudahkan penularan TB.

b. Ruangan dengan sirkulasi udara yang kurang baik dan tanpa cahaya matahari akan meningkatkan risiko penularan.

2.1.2 Multidrug Resistant Tuberculosis (TB MDR)

2.1.2.1 Pengertian TB MDR

Resistensi kuman *M.tuberculosis* terhadap OAT adalah keadaan dimana kuman sudah tidak dapat lagi dibunuh dengan OAT. TB resistan OAT pada dasarnya adalah suatu fenomena **buatan manusia**, sebagai akibat dari pengobatan pasien TB yang tidak adekuat dan penularan dari pasien TB resistan OAT. Penatalaksanaan TB resistan OAT lebih rumit dan memerlukan perhatian yang lebih banyak daripada penatalaksanaan TB yang tidak resistan. Penerapan Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat menggunakan kerangka kerja yang sama dengan strategi DOTS (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

2.1.2.2 Faktor Penyebab

Faktor utama penyebab terjadinya resistansi kuman terhadap OAT adalah ulah manusia sebagai akibat tata laksana pengobatan pasien TB yang tidak dilaksanakan dengan baik. Penatalaksanaan pasien TB yang tidak adekuat tersebut dapat ditinjau dari sisi :

1. Pemberi jasa/petugas kesehatan, yaitu karena :
 - a. Diagnosis tidak tepat,
 - b. Pengobatan tidak menggunakan paduan yang tepat,
 - c. Dosis, jenis, jumlah obat dan jangka waktu pengobatan tidak adekuat,
 - d. Penyuluhan kepada pasien yang tidak adequate

2. Pasien, yaitu karena :
 - a. Tidak mematuhi anjuran dokter/ petugas kesehatan
 - b. Tidak teratur menelan paduan OAT,
 - c. Menghentikan pengobatan secara sepihak sebelum waktunya.
 - d. Gangguan penyerapan obat
3. Program Pengendalian TB , yaitu karena :
 - a. Persediaan OAT yang kurang
 - b. Kualitas OAT yang disediakan rendah (*Pharmaco-vigillance*).

2.1.2.3 Diagnosis TB MDR

Diagnosis TB Resistan Obat dipastikan berdasarkan uji kepekaan *M.tuberculosis*, baik secara metode konvensional dengan menggunakan media padat atau media cair, maupun metode cepat (*rapid test*). Untuk keperluan pemeriksaan biakan dan uji kepekaan *M.tuberculosis*, suspek TB Resistan Obat diambil dahaknya dua kali, salah satu harus ‘dahak pagi hari’.

2.1.2.4 Kriteria Pasien Suspek TB MDR

Suspek TB Resistan Obat adalah semua orang yang mempunyai gejala TB yang memenuhi satu atau lebih kriteria suspek di bawah ini:

- a. Pasien TB kronik
- b. Pasien TB pengobatan kategori 2 yang tidak konversi
- c. Pasien TB yang mempunyai riwayat pengobatan TB Non DOTS
- d. Pasien TB pengobatan kategori 1 yang gagal

- e. Pasien TB pengobatan kategori 1 yang tidak konversi setelah pemberian sisipan.
- f. Pasien TB kasus kambuh (relaps), kategori 1 dan kategori 2
- g. Pasien TB yang kembali setelah lalai berobat/default
- h. Suspek TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan pasien TB MDR
- i. Pasien koinfeksi TB-HIV yang tidak respon terhadap pemberian OAT

2.1.2.5 Pencegahan dan Pengobatan

Pada dasarnya strategi pengobatan pasien TB MDR mengacu kepada strategi DOTS.

1. Semua pasien yang sudah terbukti sebagai TB MDR dipastikan dapat mengakses pengobatan TB MDR yang baku dan bermutu.
2. Paduan OAT untuk pasien TB MDR adalah paduan standar yang mengandung OAT lini kedua. Paduan OAT tersebut dapat disesuaikan bila terjadi perubahan hasil uji kepekaan *M.tuberculosis* dengan paduan baru yang ditetapkan oleh TAK.

Bila diagnosis TB MDR telah ditegakkan, maka sebelum memulai pengobatan harus dilakukan persiapan awal. Pada persiapan awal yang dilakukan adalah melakukan pemeriksaan penunjang yang bertujuan untuk mengetahui data awal berbagai fungsi organ (ginjal, hati, jantung) dan elektrolit. Jenis pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah sama dengan jenis pemeriksaan untuk pemantauan efek samping obat.

Persiapan sebelum pengobatan dimulai adalah:

1. Pemeriksaan fisik:

- a. Anamnesa ulang untuk memastikan kemungkinan adanya riwayat dan kecenderungan alergi obat tertentu, riwayat penyakit terdahulu seperti sakit kuning (hepatitis), diabetes mellitus, gangguan ginjal, gangguan kejiwaan, kejang, kesemutan sebagai gejala kelainan saraf tepi (*neuropati perifer*) dll.
- b. Pemeriksaan fisik diagnostik termasuk berat badan, fungsi penglihatan, pendengaran, tanda-tanda kehamilan. Bila perlu dibandingkan dengan pemeriksaan sebelumnya saat pasien berstatus sebagai suspek TB MDR.

2. Pemeriksaan kejiwaan.

Pastikan kondisi kejiwaan pasien sebelum pengobatan TB MDR dimulai, hal ini berguna untuk menetapkan strategi konseling yang harus dilaksanakan sebelum, selama dan setelah pengobatan pasien selesai.

3. Pemeriksaan penunjang :

- a. Pemeriksaan dahak mikroskopis, biakan dan uji kepekaan *M.tuberculosis*.
- b. Pemeriksaan darah tepi lengkap, termasuk kadar hemoglobin (Hb), jumlah leukosit.
- c. Pemeriksaan kimia darah:
 - 1) Faal ginjal: ureum, kreatinin
 - 2) Faal hati: SGOT, SGPT.
 - 3) Serum kalium
 - 4) Asam Urat

5) Gula Darah

- d. Pemeriksaan hormon bila diperlukan: *Tiroid stimulating hormone* (TSH)
- e. Tes kehamilan.
- f. Foto dada/ toraks.
- g. Tes pendengaran (pemeriksaan audiometri)
- h. Pemeriksaan EKG
- i. Tes HIV (bila status HIV belum diketahui)
- j. PMO untuk pasien TB MDR haruslah seorang petugas kesehatan terlatih.

2.1.3 Program Pengendalian TB MDR

Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat di Indonesia dilaksanakan sesuai tata laksana Pengendalian TB yang berlaku saat ini dengan mengutamakan berfungsinya jejaring diantara fasilitas pelayanan kesehatan. Titik berat manajemen program meliputi: perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta menjamin ketersediaan sumber daya (dana, tenaga, sarana dan prasarana).

Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat dilaksanakan dengan menggunakan kerangka kerja strategi DOTS dimana setiap komponen yang ada di dalamnya lebih ditekankan kepada penatalaksanaan kasus TB Resistan Obat dengan pendekatan programatik yang disebut Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat.

2.1.3.1 Strategi

Penerapan Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat menggunakan kerangka kerja yang sama dengan strategi DOTS, untuk saat ini upaya penanganannya lebih diutamakan pada kasus TB MDR. Setiap komponen dalam penatalaksanaan pasien TB Resistan Obat lebih kompleks dan membutuhkan biaya lebih banyak daripada penatalaksanaan pasien TB tidak Resistan Obat. Dengan menangani pasien TB Resistan Obat dengan benar maka akan mendukung tercapainya tujuan dari Program Pengendalian TB Nasional. Komponen dalam Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat adalah :

1. Komitmen Politik yang berkesinambungan

Komitmen politis yang berkesinambungan sangat penting untuk menerapkan dan mempertahankan komponen DOTS lainnya. Dibutuhkan investasi dan komitmen yang berkesinambungan untuk menjamin kondisi yang mendukung terintegrasinya manajemen kasus TB Resistan Obat ke dalam program TB nasional. Kondisi yang mendukung tersebut diantaranya adalah pengembangan infrastruktur, pengembangan Sumber Daya Manusia, kerja sama lintas program dan lintas sektor, dukungan dari kebijakan-kebijakan pengendalian TB untuk pelaksanaan program secara rasional, termasuk tersedianya OAT lini kedua dan sarana pendukung lainnya. Selain itu, Program Pengendalian TB Nasional harus diperkuat untuk mencegah meningkatnya kejadian TB MDR dan timbulnya TB XDR.

2. Strategi penemuan pasien TB Resistan Obat yang rasional melalui pemeriksaan biakan dan uji kepekaan.

Diagnosis yang akurat dan tepat waktu adalah landasan utama dalam Program Pengendalian TB Nasional, termasuk mempertimbangkan perkembangan teknologi yang sudah ada maupun baru. Resistansi obat harus didiagnosis secara tepat sebelum dapat diobati secara efektif. Proses penegakan diagnosis TB Resistan Obat adalah pemeriksaan apusan dahak secara mikroskopis, biakan, dan uji kepekaan yang dilakukan di laboratorium rujukan yang sudah tersertifikasi oleh laboratorium supra nasional.

3. Pengelolaan pasien TB Resistan Obat yang baik menggunakan strategi pengobatan yang tepat dengan OAT lini kedua.

Untuk mengobati pasien TB Resistan Obat, diperlukan paduan OAT lini kedua dan lini satu yang masih sensitif dan berkualitas dengan panduan pengobatan yang tepat. OAT lini kedua lebih rumit dalam pengelolaannya antara lain penentuan paduan obat, dosis, cara pemberian, lama pemberian, perhitungan kebutuhan, penyimpanan dan sebagainya. Selain itu, harga OAT lini dua jauh lebih mahal, potensi yang dimiliki lebih rendah, efek samping lebih banyak dan lebih berat daripada OAT lini pertama. Strategi pengobatan yang tepat adalah pemakaian OAT secara rasional, pengobatan didampingi pengawas menelan obat yang terlatih yaitu petugas kesehatan. Pengobatan didukung oleh pelayanan TB MDR dengan keberpihakan kepada pasien, serta adanya prosedur tetap untuk mengawasi dan mengatasi kejadian efek samping obat.

4. Jaminan ketersediaan OAT lini kedua berkualitas yang tidak terputus.

Pengelolaan OAT lini kedua lebih rumit daripada OAT lini pertama. Hal ini disebabkan oleh beberapa hal, antara lain : waktu kadaluarsa yang lebih singkat, cara penghitungan kebutuhan pemakaian yang berdasar kebutuhan per individual pasien, jangka waktu pemberian yang berbeda sesuai respons pengobatan, beberapa obat memerlukan cara penyimpanan khusus yang tidak memungkinkan untuk dikemas dalam sistem paket. Kerumitan tersebut memerlukan upaya tambahan dari petugas farmasi/ petugas kesehatan yang terlibat dalam pengelolaan OAT lini kedua di setiap jenjang, dimulai dari perhitungan kebutuhan, penyimpanan, sampai persiapan pemberian OAT kepada pasien. Untuk menjamin tidak terputusnya pemberian OAT, maka stok OAT harus tersedia dalam jumlah cukup untuk minimal 6 bulan sebelum obat diperkirakan habis. OAT lini kedua yang digunakan harus berkualitas dan sesuai standar WHO.

5. Pencatatan dan pelaporan secara baku

Prosedur penegakan diagnosis TB Resistan Obat memerlukan waktu yang bervariasi (tergantung metode yang dipakai), masa pengobatan yang panjang dan tidak sama lamanya, banyaknya jumlah OAT yang ditelan, efek samping yang mungkin ditimbulkan, merupakan hal-hal yang menyebabkan perbedaan antara pencatatan pelaporan program Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat dengan sistem yang dipakai untuk TB tidak Resistan Obat yang selama ini sudah berjalan. Perbedaannya antara lain adalah adanya pencatatan hasil pemeriksaan biakan dan uji kepekaan OAT,

pengawasan pemberian pengobatan dan respons selama masa pengobatan serta setelah masa pengobatan selesai. Hasil pencatatan dan pelaporan diperlukan untuk analisis kohort, untuk menghitung indikator antara dan laporan hasil pengobatan.

2.1.3.2 Jejaring Penatalaksanaan TB MDR

Secara umum, rumah sakit adalah fasyankes yang memiliki potensi yang besar dalam penemuan pasien TB Resistan Obat (*case finding*), namun memiliki keterbatasan dalam menjaga keteraturan dan keberlangsungan pengobatan pasien (*case holding*) jika dibandingkan dengan puskesmas. Untuk itu perlu dikembangkan jejaring baik internal maupun eksternal.

1. Jejaring Internal

Jejaring internal adalah jejaring antar semua unit terkait di dalam rumah sakit yang menangani kasus TB, termasuk TB Resistan Obat. Pada dasarnya jejaring internal pelayanan untuk pasien TB Resistan Obat menggunakan sistem yang sama dengan pelayanan pasien TB bukan Resistan Obat. Setiap pusat rujukan harus mengembangkan suatu clinical pathway yang dituangkan dalam bentuk Standar Prosedur Operasional (SPO) agar alur layanan pasien TB Resistan Obat menjadi jelas. Untuk keberhasilan jejaring internal, perlu didukung oleh tim DOTS rumah sakit. Tim DOTS rumah sakit mengoordinasikan seluruh kegiatan penatalaksanaan semua pasien TB termasuk pasien TB Resistan Obat. Tim ahli klinis (TAK) merupakan bagian dari struktur tim DOTS rumah sakit yang khusus melaksanakan

penatalaksanaan kasus TB Resistan Obat di pusat rujukan. Bagan di bawah ini merupakan model generik dari TAK di pusat rujukan.

2. Jejaring Eksternal

Jejaring eksternal adalah jejaring yang dibangun antara pusat rujukan dengan semua fasyankes dan institusi lain yang terkait dalam Pengendalian TB, termasuk penatalaksanaan pasien TB Resistan Obat dan difasilitasi oleh Dinas Kesehatan setempat. Tujuan jejaring eksternal :

- a. Semua pasien TB MDR mendapatkan akses pelayanan Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat yang bermutu, mulai dari diagnosis, pengobatan, pemeriksaan pemantauan dan tindak lanjut hasil pengobatan, sampai akhir pengobatan.
- b. Menjamin keberlangsungan dan keteraturan pengobatan pasien sampai tuntas.

2.1.3.3 Penemuan Pasien

Penemuan pasien TB Resistan Obat adalah suatu rangkaian kegiatan yang dimulai dengan penemuan suspek TB Resistan Obat menggunakan alur penemuan baku, dilanjutkan proses penegakan diagnosis TB Resistan Obat dengan pemeriksaan dahak, selanjutnya didukung juga dengan kegiatan edukasi pada pasien dan keluarganya supaya penyakit dapat dicegah penularannya kepada orang lain. Semua kegiatan yang dilakukan dalam kegiatan penemuan pasien TB Resistan Obat dalam Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat harus

dicatat dalam buku bantu rujukan suspek TB MDR, formulir rujukan suspek TB MDR dan formulir register suspek TB MDR (TB 06 MDR) sesuai dengan fungsi fasyankes.

1. Resistansi terhadap obat anti TB (OAT)

Resistansi kuman *M.tuberculosis* terhadap OAT adalah keadaan dimana kuman sudah tidak dapat lagi dibunuh dengan OAT. Terdapat 5 kategori resistansi terhadap obat anti TB, yaitu:

- a. *Monoresistan*: resistan terhadap salah satu OAT, misalnya resistan *isoniazid* (H)
- b. *Poliresistan*: resistan terhadap lebih dari satu OAT, selain kombinasi *isoniazid* (H) dan *rifampisin* (R), misalnya resistan *isoniazid* dan *ethambutol* (HE), *rifampicin ethambutol* (RE), *isoniazid ethambutol* dan *streptomisin* (HES), *rifampicin ethambutol dan streptomisin* (RES).
- c. *Multi Drug Resistan* (MDR): resistan terhadap *isoniazid* dan *rifampisin*, dengan atau tanpa OAT lini pertama yang lain, misalnya resistan HR, HRE, HRES.
- d. Ekstensif Drug Resistan (XDR):
TB MDR disertai resistansi terhadap salah satu obat golongan *fluorokuinolon* dan salah satu dari OAT injeksi lini kedua (*kapreomisin*, *kanamisin*, dan *amikasin*).
- e. Total Drug Resistan (Total DR).
Resistansi terhadap semua OAT (lini pertama dan lini kedua) yang sudah dipakai saat ini.

2. Suspek TB Resistan Obat

Suspek TB Resistan Obat adalah semua orang yang mempunyai gejala TB yang memenuhi satu atau lebih kriteria suspek di bawah ini:

- a. Pasien TB kronik
- b. Pasien TB pengobatan kategori 2 yang tidak konversi
- c. Pasien TB yang mempunyai riwayat pengobatan TB Non DOTS
- d. Pasien TB pengobatan kategori 1 yang gagal
- e. Pasien TB pengobatan kategori 1 yang tidak konversi setelah pemberian sisipan.
- f. Pasien TB kasus kambuh (relaps), kategori 1 dan kategori 2
- g. Pasien TB yang kembali setelah lalai berobat/default
- h. Suspek TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan pasien TB MDR
- i. Pasien koinfeksi TB-HIV yang tidak respon terhadap pemberian OAT

Definisi kasus TB tersebut di atas mengacu kepada Buku Pedoman

Pasien yang memenuhi salah satu kriteria suspek TB Resistan Obat harus dirujuk secara sistematis ke fasyankes rujukan TB MDR untuk kemudian dikirim ke laboratorium rujukan TB MDR dan dilakukan pemeriksaan apusan BTA mikroskopis, biakan dan uji kepekaan *M.tuberculosis*, baik secara metode konvensional maupun metode cepat (rapid test). Laboratorium rujukan TB MDR dapat berada di dalam atau di luar lingkungan fasyankes rujukan TB MDR. Laboratorium rujukan uji kepekaan *M.tuberculosis* dapat berada di luar wilayah

kerja fasyankes rujukan TB MDR, selama aksesibilitas pelayanan laboratorium dapat dipenuhi.

2.1.3.4 Penegakan Diagnosis

1. Strategi Diagnosis TB MDR.

Pemeriksaan laboratorium untuk uji kepekaan *M.tuberculosis* dilakukan dengan metode standar yang tersedia di Indonesia:

a. Metode konvensional

Menggunakan media padat (*Lowenstein Jensen/ LJ*) atau media cair (MGIT).

b. Tes Cepat (*Rapid Test*).

Menggunakan cara *Hain* atau *Gene Xpert*.

Pemeriksaan uji kepekaan *M.tuberculosis* yang dilaksanakan adalah pemeriksaan untuk obat lini pertama dan lini kedua.

2. Prosedur Dasar Diagnostik Untuk Suspek TB MDR

a. Pemeriksaan biakan dan uji kepekaan *M.tuberculosis* untuk OAT lini kedua bersamaan dengan OAT lini pertama:

- 1) Kasus TB kronis
- 2) Pasien TB yang mempunyai riwayat pengobatan TB Non DOTS
- 3) Suspek TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan kasus TB XDR konfirmasi.

b. Pemeriksaan uji kepekaan *M.tuberculosis* untuk OAT lini kedua setelah terbukti menderita TB MDR :

- 1) Pasien TB pengobatan kategori 2 yang tidak konversi
 - 2) Pasien pengobatan kategori 1 yang gagal
 - 3) Pasien TB pengobatan kategori 1 yang tidak konversi setelah pemberian sisipan
 - 4) Pasien kambuh (*relaps*), kategori 1 dan kategori 2
 - 5) Pasien yang berobat kembali setelah lalai berobat/default, kategori 1 dan kategori 2
 - 6) Suspek TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan pasien TB MDR
 - 7) Pasien koinfeksi TB-HIV yang tidak respon terhadap pemberian OAT
- c. Pemeriksaan uji kepekaan *M.tuberculosis* untuk OAT lini kedua atas indikasi khusus :
- 1) Setiap pasien yang hasil biakan tetap positif pada atau setelah bulan ke empat pengobatan menggunakan paduan obat standar yang digunakan pada pengobatan TB MDR.
 - 2) Pasien yang mengalami rekonversi biakan menjadi positif kembali setelah pengobatan TB MDR bulan ke empat.

Sambil menunggu hasil uji kepekaan *M.tuberculosis* di laboratorium rujukan TB MDR, maka suspek TB MDR akan tetap meneruskan pengobatan sesuai dengan pedoman penanggulangan TB Nasional di tempat asal rujukan, kecuali pada kasus kronik, pengobatan

sementara tidak diberikan. Suspek TB MDR tersebut akan diberikan penyuluhan tentang pengendalian infeksi.

3. Diagnosis TB Resistan Obat

- a. Diagnosis TB Resistan Obat dipastikan berdasarkan uji kepekaan *M.tuberculosis*, baik secara metode konvensional dengan menggunakan media padat atau media cair, maupun metode cepat (*rapid test*).
- b. Untuk keperluan pemeriksaan biakan dan uji kepekaan *M.tuberculosis*, suspek TB Resistan Obat diambil dahaknya dua kali, salah satu harus 'dahak pagi hari'.

2.1.4 Monitoring dan Evaluasi

2.1.4.1 Definisi Evaluasi

Evaluasi adalah kegiatan untuk menilai tingkat kinerja suatu kebijakan. Evaluasi baru dapat dilakukan setelah suatu kebijakan sudah berjalan cukup waktu (Subarsono, 2016). Menurut WHO, pengertian evaluasi adalah suatu cara sistematis untuk mempelajari berdasarkan pengalaman dan mempergunakan pelajaran yang dipelajari untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan serta meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan seleksi yang seksama untuk kegiatan selanjutnya.

Menurut (Subarsono, 2016) evaluasi dapat dikatakan sebagai proses membandingkan hasil dari suatu program maupun pekerjaan dengan berbagai tolak ukur yang ditetapkan di awal program. Menurut *the American public association* dalam (Azwar, 2010) evaluasi adalah suatu proses untuk menentukan

nilai atau tingkat keberhasilan dari pelaksanaan suatu program dalam mencapai tujuan yang ditetapkan. Sedangkan menurut *Riecken* dalam (Azwar, 2010). evaluasi adalah penentuan tingginya capaian kualitas indikator yang telah ditetapkan terhadap pelaksanaan suatu program atau pekerjaan.

Dari definisi-definisi mengenai evaluasi dari para ahli, maka dapat disimpulkan bahwa evaluasi merupakan suatu usaha untuk mengukur pencapaian tujuan dengan cara membandingkan hasil kegiatan dengan standar nilai yang sudah ditetapkan terhadap pelaksanaan suatu program atau pekerjaan yang sebelumnya sudah ditentukan. Pencapaian yang dimaksud dapat berupa keberhasilan dari suatu program yang dilakukan yang dapat dilihat dari dampak yang ditimbulkan.

2.1.4.2 Ruang Lingkup Evaluasi

Menurut (Azwar, 2010) ruang lingkup evaluasi dapat dibedakan menjadi 6 kelompok yaitu:

1. Evaluasi terhadap masukan (*input*)

Evaluasi terhadap masukan (*input*) adalah evaluasi pada pemanfaatan sumber daya, baik sumber daya manusia (*man*), dana (*money*), sarana-prasarana (*material*), maupun metode (*method*).

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

SDM merupakan aspek yang sangat penting bagi tercapainya keberhasilan dalam penyelenggaraan pemerintah, pelaksanaan pembangunan, serta peningkatan pelayanan kepada masyarakat.

b. Sumber Daya Dana

Menurut (Munijaya, 2012) mengemukakan bahwa apabila terjadi kekurangan pada ketersediaan dana kurang, maka moral dan motivasi kerja staf akan menurun dan pada akhirnya akan memengaruhi kinerja yang dihasilkan sehingga target dan tujuan program pun tidak akan tercapai.

c. Sarana dan Prasarana

Sarana/alat merupakan bagian dari organisasi yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan pelayanan dan mencapai suatu tujuan. Apabila sarana atau alat tidak sesuai dengan standar, maka suatu pelayanan yang bermutu akan sulit dihasilkan.

2. Evaluasi terhadap proses (proses)

Evaluasi terhadap proses (*proses*) lebih difokuskan pada pelaksanaan program, apakah sudah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan atau tidak. evaluasi terhadap proses ini bertujuan untuk mengetahui apakah metode yang dipilih benar-benar efektif dalam mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan, apakah motivasi dan komunikasi dalam organisasi telah berkembang dengan baik dan lain sebagainya.

3. Evaluasi terhadap keluaran (*output*)

Evaluasi terhadap keluaran (*output*) adalah evaluasi terhadap hasil yang dicapai dari dilaksanakannya suatu program. Dalam bidang kesehatan biasanya berbentuk program pelayanan dasar maupun rujukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat yang berhubungan dengan masalah kesehatan yang dihadapinya.

2.1.4.3 Tujuan Evaluasi

Menurut (Subarsono, 2016) evaluasi memiliki beberapa tujuan yang dapat dirinci sebagai berikut:

1. Menentukan tingkat kinerja suatu kebijakan. Melalui evaluasi maka dapat diketahui derajat pencapaian tujuan dan sasaran kebijakan.
2. Dengan evaluasi juga dapat diketahui berapa biaya dan manfaat dari suatu kebijakan
3. Mengukur tingkat keluaran suatu kebijakan
4. Mengukur dampak suatu kebijakan. Baik dampak positif maupun dampak negative.
5. Untuk mengetahui apabila ada penyimpangan-penyimpangan yang mungkin terjadi, dengan cara membandingkan antara tujuan dan sasaran dengan pencapaian target.

2.1.4.4 Evaluasi hasil akhir pengobatan TB MDR

1. Sembuh.
 - a. Pasien yang telah menyelesaikan pengobatan sesuai pedoman pengobatan TB MDR, dan
 - b. Hasil biakan telah negatif minimal 5 kali berturut-turut dalam 12 bulan terakhir pengobatan,
 - c. Jika dilaporkan ada satu hasil biakan positif selama kurun waktu tersebut dan tidak ada bukti perburukan klinis, pasien tetap dinyatakan sembuh, dengan syarat hasil biakan positif tersebut diikuti minimal 3 kali hasil biakan negatif berturut-turut.
2. Pengobatan lengkap.

Pasien yang telah menyelesaikan pengobatan sesuai pedoman pengobatan tetapi tidak memenuhi definisi sembuh maupun gagal.
3. Meninggal.

Pasien meninggal karena sebab apapun selama masa pengobatan.
4. Gagal.
 - a. Pengobatan dinyatakan gagal jika ada 2 atau lebih dari 5 hasil biakan dalam 10 bulan terakhir masa pengobatan hasilnya positif.
 - b. Bila telah terjadi konversi dan hasil biakan kembali menjadi positif pada 6 bulan terakhir pengobatan.
 - c. Bila sampai bulan ke delapan pengobatan hasil biakan masih positif.

- d. Pengobatan juga dapat dikatakan gagal apabila TAK memutuskan menghentikan pengobatan lebih awal karena perburukan respon klinis, radiologis atau efek samping.
- e. Bila TAK memutuskan penggantian dua atau lebih OAT lini kedua yang berdasar pada hasil uji kepekaan OAT lini kedua.

5. *Lalai/Defaulted.*

Pasien terputus pengobatannya selama dua bulan berturut-turut atau lebih dengan alasan apapun.

6. Pindah.

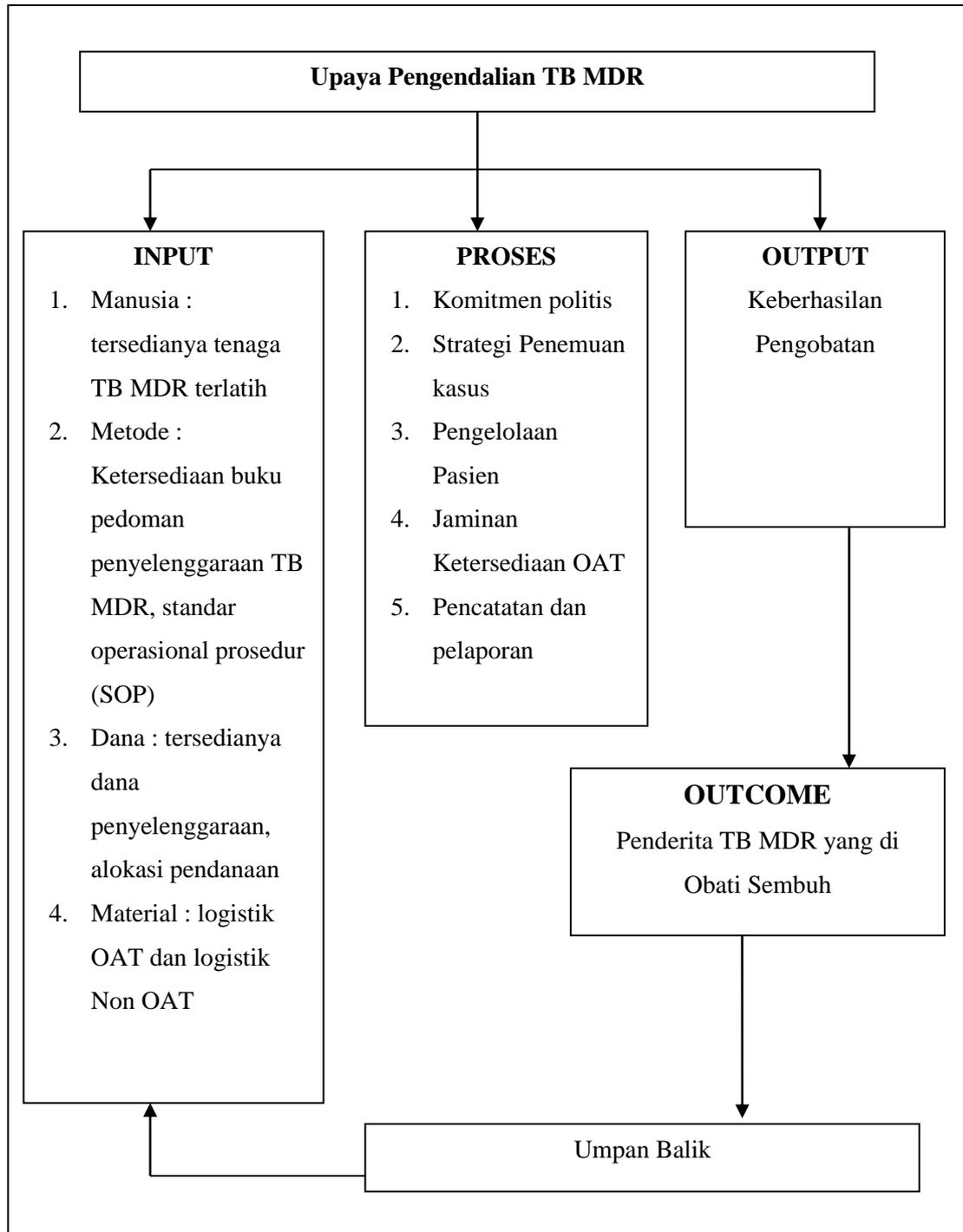
Pasien yang pindah ke fasyankes Rujukan TB MDR di daerah lain, dibuktikan dengan balasan TB 09 MDR.

2.1.4.5 Evaluasi lanjutan setelah pasien sembuh

1. Fasyankes Rujukan TB MDR membuat jadwal kunjungan untuk evaluasi pasca pengobatan.
2. Evaluasi dilakukan setiap 6 bulan sekali selama 2 tahun, kecuali timbul gejala dan keluhan TB seperti batuk, produksi dahak, demam, penurunan berat badan dan tidak ada nafsu makan maka pasien segera datang ke fasyankes rujukan.
3. Memberikan edukasi kepada pasien untuk mengikuti jadwal kunjungan yang telah ditentukan.

4. Pemeriksaan yang dilakukan adalah anamnesis lengkap, pemeriksaan fisik, pemeriksaan dahak, biakan dan foto toraks.
5. Pemeriksaan dilakukan untuk melihat/memastikan adanya kekambuhan. 6) Memberikan edukasi kepada pasien untuk menjalankan PHBS
6. seperti olah raga teratur, tidak merokok, konsumsi makanan bergizi, istirahat dan tidak mengkonsumsi alkohol.

2.2 KERANGKA TEORI



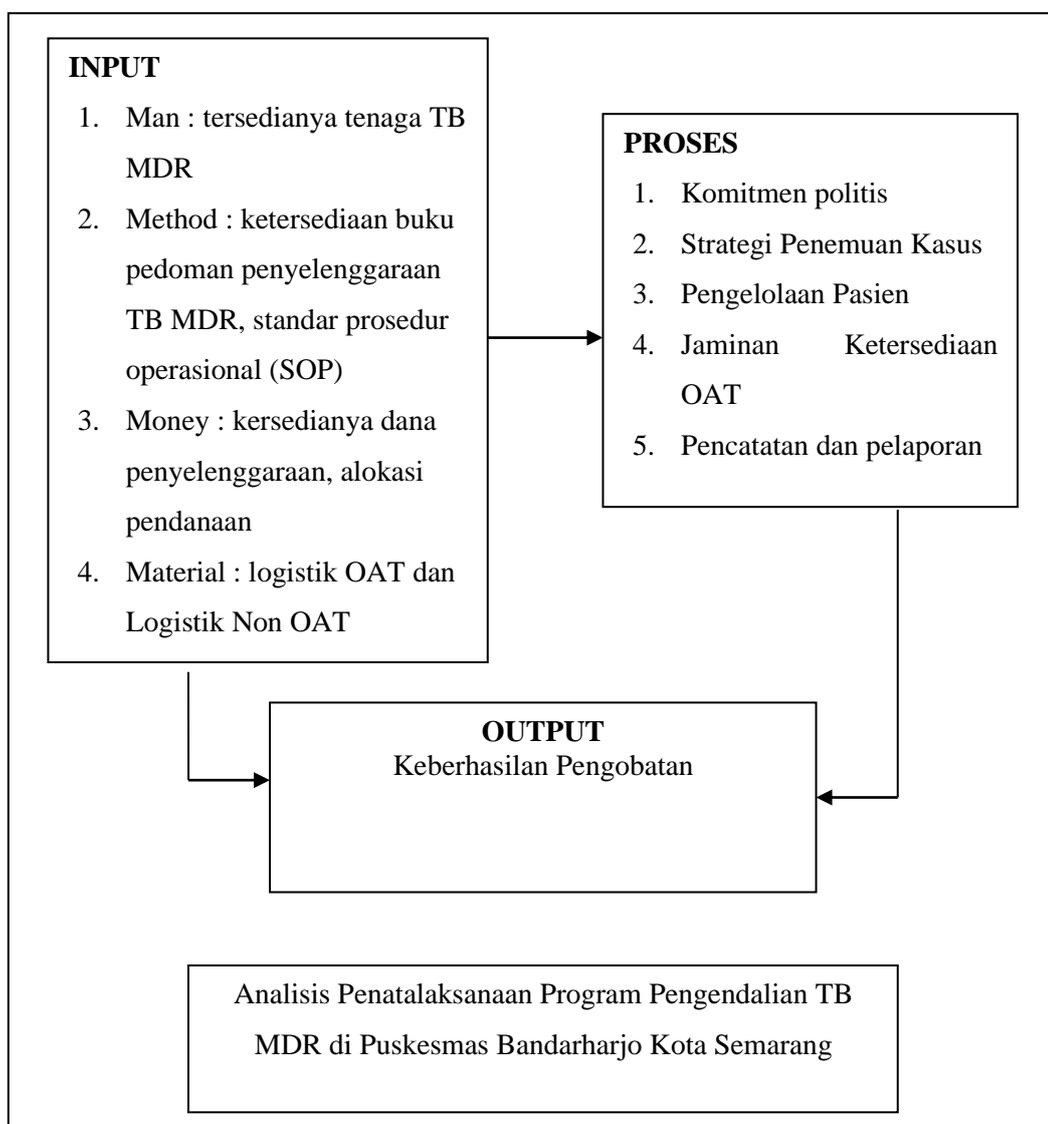
Gambar 1 Kerangka Teori

Sumber (Azwar, 2010), (Kementerian Kesehatan RI, 2014), (Kementerian Kesehatan RI, 2016)

BAB III
METODE PENELITIAN

3.1 ALUR PIKIR

Alur pikir dalam penelitian ini adalah:



Gambar 2 Alur Pikir

3.2 FOKUS PENELITIAN

Fokus penelitian adalah masalah yang diteliti dalam penelitian. Pentingnya fokus penelitian dalam penelitian kualitatif adalah untuk membatasi studi dan bidang kajian penelitian (Moleong, 2011). Fokus dalam penelitian ini terdiri atas *input*, proses, dan *output*. *Input* dan proses merupakan elemen penting dalam program pengendalian TB MDR sehingga dapat menghasilkan *output*. *Input* dalam penelitian ini terdiri atas 4M (*man, money, method, dan material*). Proses terdiri atas komitmen politis, strategi penemuan kasus, pengelolaan pasien, jaminan ketersediaan OAT, pencatatan dan pelaporan. Serta *output* yaitu keberhasilan pengobatan

3.3 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis dan rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang bertujuan melakukan deskripsi mengenai fenomena yang ditemukan, baik yang berupa faktor risiko maupun efek atau hasil, fenomena hasil penelitian disajikan secara apa adanya, peneliti tidak mencoba menganalisis bagaimana dan mengapa fenomena tersebut dapat terjadi. Oleh karena itu, penelitian deskriptif tidak perlu ada hipotesis (Sastroasmoro, 2014).

Metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat *postpositivisme*, yang digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah, dimana peneliti sebagai instrument kunci. Metode kualitatif digunakan untuk mendapatkan data yang mendalam atau data pasti. Oleh karena

itu, dalam penelitian kualitatif tidak menekankan pada generalisasi, tetapi menekankan pada makna (Sugiyono, 2012).

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan wawancara mendalam dengan teknik wawancara. Peneliti memakai teknik wawancara mendalam (*in-depth interview*). Teknik tersebut dipilih untuk dapat membantu pemahaman lebih mendalam terhadap kejadian, proses, aktivitas terkait pelaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.

3.4 SUMBER INFORMASI

Sumber informasi penelitian kualitatif adalah kata-kata serta tindakan, selebihnya merupakan data tambahan seperti dokumen dan lainnya (Moleong, 2011). Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini diperoleh dari data primer dan data sekunder yang selanjutnya diolah menjadi informasi yang dibutuhkan.

3.4.1 Data Primer

Data primer adalah sumber daya (informan) yang langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2012). Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui hasil pengamatan, wawancara mendalam (*in-depth interview*) kepada pihak yang terlibat dalam pelaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.

Penentuan informan dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Teknik *purposive sampling* merupakan teknik pengambilan sampel dengan cara mengambil subyek dan bukan berdasarkan strata, random atau daerah, tetapi berdasarkan atas adanya tujuan tertentu dan pertimbangan pribadi peneliti sendiri (Sugiyono, 2012). Pengambilan pertimbangan tersebut berdasarkan sifat-sifat atau ciri populasi yang sudah diketahui sebelumnya. Pelaksanaan pengambilan sampel diawali dengan peneliti mengidentifikasi dengan mengadakan studi pendahuluan atau mempelajari berbagai hal yang berhubungan dengan informan. Kemudian menetapkan berdasarkan pertimbangannya. Cara pemilihan informan pada penelitian ini tidak diarahkan pada jumlah tetapi berdasarkan asas kesesuaian dan kecukupan (Notoatmodjo, 2012).

Informan dalam penelitian ini terdiri dari informan utama dan informan triangulasi. Informan utama dalam penelitian ini terdiri kepala puskesmas Bandarharjo, Penanggungjawab program TB MDR, dan koordinator program TB MDR. Informan triangulasi terdiri dari pemegang program TB MDR Dinas Kota Semarang, Kader atau koordinator pengawas minum obat (PMO) bagi pasien TB MDR, dan Pasien TB MDR.

3.4.2 Data Sekunder

Sumber data sekunder merupakan sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya melalui orang lain atau dokumen (Sugiyono, 2013). Data sekunder dalam penelitian ini adalah data TB

MDR di Dunia, Indonesia, Jawa Tengah dari profil kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Kota Semarang dari Dinas Kesehatan Kota Semarang dan Data di Puskesmas Bandarharjo.

3.5 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA

3.5.1 Instrumen Penelitian

Instrument penelitian adalah perangkat yang akan digunakan untuk memperoleh dan mengumpulkan data (Notoatmodjo, Metode Penelitian Kesehatan, 2005). Dalam penelitian kualitatif, yang menjadi instrument atau alat peneliti adalah peneliti itu sendiri. Peneliti merupakan perencana, pelaksana pengumpulan data, analisis, penafsir data dan pada akhirnya menjadi pelapor hasil penelitiannya (Moleong, 2011). Dalam penelitian ini, teknik yang digunakan untuk membantu dalam pengumpulan adalah dengan menggunakan alat bantu pedoman wawancara dan alat perekam.

3.5.1.1 Pedoman Wawancara

Wawancara merupakan pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topic tertentu. Pedoman wawancara digunakan agar wawancara yang dilakukan tidak menyimpang dari tujuan penelitian dan dapat dijadikan pedoman umum wawancara.

3.5.1.2 Alat Wawancara

Agar hasil wawancara dapat terekam dengan baik dan peneliti memiliki bukti telah melakukan wawancara kepada informan atau sumber data, maka diperlukan alat seperti buku catatan yang berfungsi mencatat percakapan dengan sumber data. Alat perekam untuk merekam semua percakapan, dan kamera untuk mendokumentasikan kegiatan pembicaraan dengan informan/sumber data (Sugiyono, 2013). Alat perekam yang digunakan dalam penelitian ini adalah *camera digital* untuk merekam gambar dan *handphone* untuk merekam suara

3.5.2 Teknik Pengambilan Data

3.5.2.1 Wawancara Mendalam

Wawancara merupakan pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu (Sugiyono, 2012). Wawancara dalam penelitian ini menggunakan teknik wawancara mendalam (*in-depth interview*).

3.5.2.2 Observasi

Observasi dalam penelitian ini menggunakan observasi partisipatif, dimana peneliti dalam melakukan pengambilan data ikut terlibat atau berpartisipasi dengan kegiatan orang yang sedang diamati atau yang digunakan sebagai sumber data penelitian. Hal ini bertujuan untuk memperoleh data yang lengkap, tajam dan sampai mengetahui pada tingkat makna dari setiap perilaku yang nampak (Sugiyono, 2013).

3.5.2.3 Dokumentasi

Dalam penelitian kualitatif, dokumentasi merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara. Hasil yang diperoleh dari observasi dan wawancara akan lebih kredibel atau dapat dipercaya apabila didukung oleh dokumentasi (Sugiyono, 2012).

3.6 PROSEDUR PENELITIAN

Kegiatan yang akan dilakukan dalam penelitian ini secara garis besar adalah sebagai berikut:

3.6.1 Tahap Pra-Penelitian

Tahap awal penelitian adalah kegiatan yang dilakukan sebelum melakukan penelitian. Adapun kegiatan pada awal penelitian adalah:

1. Melakukan studi pustaka dengan mencari data awal melalui dokumen-dokumen yang relevan, sehingga didapatkan rumusan masalah yang ingin diteliti.
2. Menyusun rancangan awal penelitian.
3. Mengurus surat izin pengambilan data dari Universitas Negeri Semarang (UNNES) untuk instalasi yang dituju (Dinas Kesehatan Kota Semarang).
4. Melakukan studi pendahuluan.
5. Pemantapan desain penelitian, fokus penelitian dan pemilihan informan serta mempersiapkan instrument penelitian.

3.6.2 Pelaksanaan Penelitian

Pada tahap ini, peneliti melakukan pengambilan data di lapangan. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan data dari wawancara mendalam *in-depth interview*, dokumentasi serta observasi.

3.6.3 Pasca Penelitian

Pada tahap ini, peneliti telah memperoleh data dari hasil wawancara mendalam *in-depth interview*. Maka selanjutnya dilakukan pemeriksaan keabsahan data dan analisis data. Kemudian dilakukan penyajian data secara deskriptif dan penarikan kesimpulan dari hasil penelitian.

3.7 PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA

Pemeriksaan keabsahan data merupakan salah satu bagian yang sangat penting di dalam penelitian kualitatif yaitu untuk mengetahui derajat kepercayaan dari hasil penelitian yang telah dilakukan. Teknik keabsahan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi. Triangulasi untuk menguji kredibilitas data yang dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama namun dengan teknik yang berbeda dengan menggunakan wawancara, observasi lapangan dan studi dokumen (Moleong, 2011).

Triangulasi yang digunakan yaitu dengan sumber, yang artinya memabndingkan dan mengecek kembali derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda. Informan triangulasi terdiri dari pemegang program TB MDR Dinas Kota Semarang, Kader atau koordinator

pengawas minum obat (PMO) bagi pasien TB MDR, dan Pasien TB MDR. Dalam penelitian ini, triangulasi dapat dilakukan dengan cara membandingkan hasil wawancara dengan dokumen yang berkaitan, serta membandingkan dengan hasil wawancara mendalam kepada informan triangulasi.

3.8 TEKNIK ANALISIS DATA

Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data kedalam kategori, menjabarkan kedalam unit-unit, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan akan dipelajari serta membuat kesimpulan. Sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri ataupun orang lain.

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menganalisis semua bentuk komunikasi (data dari jawaban wawancara), data dari dokumen atau naskah, gambar, foto, dan jenis data lainnya yang bersifat informatif. Proses analisis data dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung dan setelah selesai pengumpulan data dalam periode tertentu. Bila jawaban informan yang diwawancarai setelah dianalisis terasa belum memuaskan, maka peneliti akan melanjutkan pertanyaan lagi sampai dirasa cukup (Sugiyono, 2012).

Hasil dari penelitian, data yang diperoleh akan dikaji kembali dari hasil observasi dan wawancara mendalam (*in-depth interview*). Data kemudian disusun secara sistematis dan diklasifikasikan sesuai tujuan penelitian. Data selanjutnya

dianalisis secara kualitatif yang sifatnya descript. Tahap analisis data dalam penelitian ini menggunakan cara sebagai berikut:

3.8.1 Reduksi Data

Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok memfokuskan pada hal-hal penting yang, dicari tema dan polanya (Sugiyono, 2012). Data yang peneliti peroleh dilapangan peneliti sajikan dalam laporan secara sistematis yang mudah dibaca atau dipahami baik sebagai keseluruhan maupun bagian-bagiannya dalam konteks sebagai satu kesatuan yang pokok sehingga dapat memberikan gambaran yang jelas. Reduksi data dalam penelitian ini dimaksudkan dengan merangkum data, memilih hal-hal pokok, disusun lebih sistematis, sehingga data dapat memberikan gambaran yang lebih jelas tentang hasil pengamatan dan mempermudah peneliti untuk mencari data apabila masih diperlukan. Selanjutnya peneliti membuat abstraksi, abstraksi merupakan usaha membuat rangkuman yang inti agar data yang diperoleh dan dikumpulkan mudah dikendalikan oleh peneliti sesuai kebutuhan penelitian. Reduksi data diartikan sebagai proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan, dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis dilapangan.

3.8.2 Penyajian Data

Data yang telah direduksi kemudian dilakukan penyajian data/*datadisplay*. Dalam penelitian kualitatif, penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart*, dan sejenisnya (Sugiyono, 2012). Dalam penelitian ini, penyajian data bertujuan untuk memudahkan peneliti memahami apa yang terjadi, merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami dari penyajian data tersebut.

3.8.3 Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi

Kesimpulan dalam penelitian kualitatif adalah merupakan temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada, temuan dapat berupa deskripsi atau gambaran suatu obyek yang sebelumnya masih remang-remang atau gelap sehingga setelah diteliti menjadi jelas (Sugiyono, 2012). Data yang telah diperoleh dan dikumpulkan kemudian diseleksi setelah itu dilakukan interpretasi data. Interpretasi data berusaha mencari makna dan implikasi yang lebih luas tentang hasil penelitian. Interpretasi data dilakukan dengan mencoba mencari pengertian yang lebih luas tentang hasil-hasil yang didaptnya dengan membandingkan hasil analisisnya dengan kesimpulan peneliti lain bila ada dengan menghubungkan kembali dengan teori. Berdasarkan dengan pendekatan kualitatif dalam penelitian ini, maka teknik analisis data yang digunakan adalah analisis data secara kualitatif yang bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 GAMBARAN UMUM

4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Bandarharjo merupakan salah satu puskesmas yang berada di wilayah Kecamatan Semarang Utara. Berdasarkan ditinjau dari letak UPTD Puskesmas Bandarharjo terletak cukup strategis dengan luas wilayah 7,55 km². Secara geografis Puskesmas Bandarharjo terletak di wilayah Kelurahan Dedapsari, tepatnya di Jalan Layur RT 05, RW IV, Kecamatan Semarang Utara. Telepon (024) 35647887 kode pos 50173.

Jumlah tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan di Puskesmas Bandarharjo tercatat sebanyak 41 orang yang terdiri dari PNS sebanyak 23 orang dan magang sebanyak 18 orang. Berikut ini data Sumber Daya Manusia (SDM) di Puskesmas Bandarharjo berdasarkan profesi atau jenis tenaga:

Tabel 2. Data Ketenagaan di Puskesmas Bandarharjo Tahun 2018

No	Jenis Tenaga	Jumlah SDM
1	Kepala Puskesmas	1 orang
2	Kepala Tata Usaha	1 orang
3	Dokter Umum	3 orang
4	Dokter Gigi	1 orang
5	Perawat	7 orang
6	Bidan	5 orang
7	Perawat Gigi	1 orang
8	Epidemiologi	1 orang
9	Penyuluh	1 orang
10	Sanitarian	1 orang
11	Rekam Medik	1 orang
12	Tenaga Gizi	1 orang
13	Tenaga Laboratorium	2 orang
14	Apoteker	1 orang
15	Asisten Apoteker	1 orang

16	Loket/Administrasi	7 orang
17	Sopir	1 orang
18	Tenaga Kebersihan	2 orang
19	Penjaga Malam	1 orang
20	Keuangan	1 orang
21	Customer Service	1 orang
JUMLAH		41 orang

Sumber: Profil Kesehatan Puskesmas Bandarharjo 2018

Puskesmas Bandarharjo terdiri dari Puskesmas Induk dan dua Puskesmas Pembantu. Puskesmas Pembantu digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat yang tinggal di wilayah tersebut. Puskesmas Induk terletak di Kelurahan Dadapsari dan Puskesmas Pembantu terletak di Kelurahan Bandarharjo dan di Kelurahan Kuningan, dimana letaknya cukup strategis yaitu di pinggir jalan Provinsu sehingga mudah dijangkau dengan transportasi umum. Puskesmas Bandarharjo memiliki 4 kelurahan binaan yaitu:

Tabel 3. Luas Wilayah Kelurahan Binaan Puskesmas Bandarharjo

KELURAHAN	LUAS WILAYAH (Km²)	RW	RT
Tanjung Mas	3,24 Km ²	16	129
Bandarharjo	3,43 Km ²	12	103
Kuningan	0,41 Km ²	11	87
Dadapsari	0,47 Km ²	10	60

Sumber: BPS, Statistik Daerah Kecamatan Semarang Utara 2018

Kelurahan terluas adalah Kelurahan Bandarharjo dengan luas 3,43 Km² dan kelurahan terkecil adalah Kelurahan Kuningan dengan luas 0,41 Km². Berdasarkan luas wilayah yang besar, penduduk di wilayah UPTD di Puskesmas Bandarharjo mempunyai kepadatan penduduk yang cukup tinggi. Kepadatan penduduk yang paling tinggi penduduknya adalah Kelurahan Tanjungmas sebesar 9,419 jiwa/km². Kelurahan Tanjungmas juga merupakan kelurahan dengan

proporsi penderita TB paru BTA positif terbanyak dibandingkan dengan kelurahan lainnya.

Kondisi kepadatan penduduk di wilayah Puskesmas Bandarharjo juga disebabkan oleh perilaku masyarakat yang kurang peduli akan hidup sehat, sehingga hal tersebut dapat menyebabkan munculnya penyakit menular seperti penyakit tuberkulosis. Berdasarkan hasil observasi lapangan didapatkan bahwa Puskesmas Bandarharjo merupakan salah satu Puskesmas di Kota Semarang yang memiliki kasus tuberkulosis dan kasus TB MDR tertinggi, Oleh karena itu perlu diwaspadai terkait penularan penyakit tersebut, dengan perilaku masyarakat yang masih membuang dahak sembarangan serta tidak menerapkan etika batuk dengan benar, sehingga hal tersebut dapat meningkatkan terjadinya penularan penyakit tuberkulosis.

4.1.2 Identifikasi Informan

4.1.2.1 Gambaran Umum Informan Utama

Informan utama dalam penelitian ini terdiri dari 1 orang penanggung jawab program TB, 1 orang perawat sebagai pelaksana program TB, 1 orang kepala Puskesmas. Karakteristik informan utama dilihat dari berbagai aspek meliputi nama informan, jenis kelamin, umur, pendidikan, jabatan atau pekerjaan dan lama bekerja. Karakteristik informan utama dapat dilihat pada tabel 4.3 di bawah ini:

Tabel 4. Karakteristik Informan Utama

No.	Informan	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Jabatan	Lama Bekerja
1.	Informan Utama (IU 1)	Perempuan	56 tahun	D3 Keperawatan	Programer Puskesmas Bandarharjo	TB 7 tahun
2.	Informan Utama (IU 2)	Laki-laki	24 tahun	S1 Keperawatan	Perawat/Pelaksana Program Puskesmas Bandarharjo	TB 1 tahun
3.	Informan Utama (IU 3)	Perempuan	45 tahun	S2 Magister Kesehatan	Kepala Puskesmas Bandarharjo	12 tahun

Sumber : Data Penelitian 2019

Berdasarkan hasil penelitian, responden yang menjadi informan utama dalam penelitian ini adalah terdiri dari 2 perempuan dan 1 laki-laki dengan rentang usia 24-56 tahun dengan 2 orang berpendidikan keperawatan, dan 1 orang magister kesehatan. Semua dari responden sudah bekerja selama lebih dari 1 tahun di Puskesmas Bandarharjo.

4.1.2.2 Gambaran Umum Informan Triangulasi

Informan triangulasi dalam penelitian ini terdiri dari 5 orang, yang terdiri dari 1 informan dari pengelola program TB di Dina Kesehatan Kota Semarang, 2 Pengawas Minum Obat (PMO) dan 2 pasien TB MDR yang berobat di Puskesmas Bandarharjo. Alasan memilih Pengelola Program TB Dinas Kesehatan Kota Semarang adalah karena sebagai pengelola program yang lebih mengetahui lebih banyak dalam pelaksanaannya dan puskesmas merupakan bagian dari pelaksana dari dinas kesehatan. Kemudian alasan memilih pasien TB MDR adalah karena pasien TB MDR merupakan salah satu sasaran pelaksanaan program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* sehingga semua tindakan yang dilakukan oleh

pasien tersebut dapat diketahui dan dapat digunakan sebagai sumber informasi. Alasan memilih informan triangulasi Pengawas Minum Obat (PMO) adalah karena salah satu yang berkaitan dengan pasien TB MDR dan mengetahui/mengawasi pasien TB MDR. Selain itu informan triangulasi ini juga sebagai sumber informasi terkait pelaksanaan program pengendalian TB MDR. Karakteristik informan triangulasi dilihat dari aspek meliputi nama informan, jenis kelamin, umur, pendidikan, jabatan atau pekerjaan, dan lama bekerja. Karakteristik dari informan triangulasi dilihat pada tabel 4.4 di bawah ini:

Tabel 5. Karakteristik dari informan triangulasi

No.	Informan	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Keterangan
1.	Informan Triangulasi (IT 1)	Laki-laki	50 tahun	S2 Epidemiologi	Pengelola Program TB DKK Semarang
2.	Informan Triangulasi (IT 2)	Perempuan	49 tahun	SMP	PMO
3.	Informan Triangulasi (IT 3)	Perempuan	29 tahun	SMA	PMO
4.	Informan Triangulasi (IT 4)	Laki-laki	26 tahun	SMP	Pasien TB MDR
5.	Informan Triangulasi (IT 5)	Laki-laki	50 tahun	SMA	Pasien TB MDR

Sumber : Data Penelitian, 2019

Berdasarkan hasil penelitian, informan triangulasi terdiri dari 5 orang yaitu 3 laki-laki dan 2 perempuan. Rentang usia informan triangulasi adalah 26-50 tahun, pendidikan terakhir informan yaitu 2 orang dengan pendidikan terakhir SMP, 2 orang dengan pendidikan terakhir SMA, dan 1 orang dengan pendidikan terakhir Magister Kesehatan.

4.2 HASIL PENELITIAN

Penanggulangan TB kini sudah mendapat tantangan baru dengan munculnya TB MDR yang diakibatkan oleh kuman yang telah resistan. Program pengendalian TB MDR merupakan suatu upaya untuk mengatasi permasalahan kasus TB khususnya yaitu resistan obat sehingga perlu dilakukan analisis terkait pendekatan sistem yang meliputi *input*, proses, dan *output* untuk mengetahui gambaran terkait penerapannya. Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui penatalaksanaan program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo, sehingga kepada informan diajukan pertanyaan terkait pendekatan sistem yang meliputi *input*, proses, dan *output*.

4.2.1 Input Penatalaksanaan Program Pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR)

4.2.1.1 Sumber Daya Manusia (SDM)

Penatalaksanaan program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) memerlukan peran beberapa sumber daya manusia yaitu orang yang bertanggung jawab dan mengkoordinir jalannya program. Informan menyatakan bahwa yang menjadi ketua penanggung jawab program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo adalah perawat. Berikut kutipan hasil wawancara penelitian dengan informan utama:

“iya mbak, saya disini sebagai penanggung jawab program TB kalo pemegang programnya kan satu cuma semua lintas program semua bekerja

Informan Utama 1

“Kita ada 3 tim mbak, 1 tutor 2 perawat.”

Informan Utama 2

“Iya mbak, pemegang programnya satu tapi dibantu sama yang lain juga.”

Informan Utama 3

“hmm kalo TB MDR kan masih bagian dari program TB mbak, jadi tim nya ya sama, ee biasanya ya ketuanya itu yaa pemimpin dari instansi sama ada penanggung jawabnya.”

Informan Triangulasi 1

Berdasarkan pernyataan dari informan utama pelaksanaan program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR), Selain ada penanggung jawab program, tetapi juga terdapat perawat serta dibantu petugas yang lainnya. Selain itu juga semua informan menyatakan bahwa semua petugas TB di Puskesmas sudah mendapat pelatihan terkait pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) akan tetapi dalam pelaksanaanya pelatihan tersebut masih tergabung dalam pelatihan pengendalian TB kategori umum hanya saja diselipkan beberapa materi terkait TB MDR. Berikut hasil wawancara informan utama:

“Eee khusus untuk TB MDR gak, cuma untuk khusus pengelolaan TB iya sudah ada dari provinsi.”

Informan Utama 1

“Untuk TB MDR secara langsung ndak ada, cuma pelatihan TB umum cuma nanti diselipin- selipin yang MDR. Untuk fokus pelatihannya sih sama kaya pelatihan TB biasa pengobatannya juga eeee sama tapi yang membedakan di sini adalah obat itu diadvise dari rumah sakit rujukan jadi kita ndak berhak untuk ngobati tapi kita cuma mengawasi aja”.

Informan Utama 2

Pertanyaan tersebut didukung oleh pernyataan dari informan triangulasi 1 yang menyatakan bahwa ada pelatihan terkait TB MDR, namun untuk pelaksanaannya masih jarang dan pelatihannya masih tergabung dengan TB umum.

“Ada, saat ini berupa OJT itu *On the Job Training* dan IHT itu *In House Training*, bagi semua puskesmas yang ada di kota Semarang kaitannya dengan program penatalaksanaan rawat jalan pasien TB MDR, mengapa itu dilakukan karena nanti puskesmas akan menjadi faskes satelit setelah pasien TB MDR itu dinyatakan efek sampingnya terkontrol dari rumah sakit dan diteruskan ke puskesmas tetapi pelaksanaannya masih jarang mbak itu juga kalo yang khusus TB MDR sendiri belum, biasanya masih ikut TB Umum”.

Informan Triangulasi 1

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa informan tersebut dapat disimpulkan bahwa penanggung jawab program pengendalian TB MDR di puskesmas bandarharjo adalah seorang perawat . tenaga pelaksana atau SDM (Sumber daya Manusia) yang terlibat dalam pelaksanaan program pengendalian TB MDR adalah perawat, dokter dan dibantu petugas lainnya. Semua sumber

daya tersebut telah mendapatkan pelatihan terkait TB umum, akan tetapi untuk pelatihan TB MDR secara khususnya belum pernah. pelatihan tersebut berupa OJT (*On The Job Training*) dan IHT (*In House Training*) untuk petugas puskesmas sebagai faskes satelit.

4.2.1.2 Metode

Pedoman yang menjadi standar pelaksanaan program pengendalian TB MDR adalah Pedoman Pengendalian TB Nasional dan *Standar Operasional Prosedur* (SOP). Berikut hasil wawancara dengan informan utama:

“eee ya itu pedoman penanggulangan TB itu dari pusat dari kementerian kesehatan.”

Informan Utama 2

“mengacu pedoman dari pusat yaa.”

Informan Utama 1

“kalo kebijakan kita mengacu pada permenkes no 67 tahun 2016 tentang penanggulangan tuberkulosis sama permenkes no 13 tahun 2013 terkait tb resistant obat.”

Informan Triangulasi 1

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama menyatakan bahwa pedoman dalam pelaksanaan program pengendalian TB MDR mengikuti pedoman dari peraturan kementerian kesehatan yaitu pada Permenkes No. 67 Tahun 2016

tentang Penanggulangan Tuberkulosis dan Permenkes No. 13 Tahun 2013 tentang Pedoman Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistant Obat.

“SOP nya kita hanya memberikan pengobatan aja”.

Informan Utama 1

“Juknis ada, SOP juga ada mbak. Iya untuk SOP itu dari puskesmas sendiri mbak kalo yang MDR ya pengobatan aja sih mbak”.

Informan Utama 3

Berdasarkan pernyataan dari informan utama menyatakan bahwa di Puskesmas Bandarharjo telah memiliki SOP dalam pelaksanaannya, dan juga sudah terdapat juknis. SOP untuk program pengendalian TB MDR hanya terkait pengobatan.

“Ada mbak, Juknis tentang penemuan kasus, atau sop tentang penemuan kasus, kemudian sop tentang pelacakan mangkir, kemudian sop tentang pengobatan rawat jalan di puskesmas, sop di puskesmas ada sendiri tentang hal-hal itu”.

Informan Triangulasi 1

4.2.1.3 Dana

Pelaksanaan program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) memerlukan adanya dana atau anggaran untuk pelaksanaannya. Berdasarkan hasil wawancara dengan semua informan menyatakan bahwa sumber dana program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) berasal dari BOX dan APBD. Berikut hasil wawancaranya:

“Pendanaannya ada kita lewat BOK selebihnya di bantu pemerintah too”.

Informan Utama 2

“Ada mbak, dari pemerintah. Dari APBD ada”.

Informan Utama 3

Pernyataan informan utama sejalan dengan pernyataan dari informan triangulasi yang menyatakan bahwa pendanaan berasal dari pemerintah yaitu dari APBD Kota Semarang. Berikut hasil wawancaranya:

“gratis mbak, obatnya gratis itu kan dari pemerintah mbak”.

Informan Triangulasi 4

“Pendanaannya masih subsidi dari pusat, disamping itu juga ada pendanaan dari APBD kota semarang kaitannya dengan bantuan bantuan untuk apa ya untuk mempercepat kesembuhan penyakitnya misalnya itu adalah bantuan pemberian PMT, kemudian bantuan yang berkaitan dengan pemutusan mata rantai penularan yaitu dengan penyediaan masker N95 bagi petugas kesehatan yang berhubungan langsung dengan pasien TB MDR”.

Informan Triangulasi 1

4.2.1.4 Material

Sarana dan prasarana program pengendalian TB MDR merupakan komponen penting agar dalam pelaksanaannya dapat berjalan dengan baik. Berdasarkan informasi yang didapatkan dari wawancara kepada informan utama menyatakan bahwa Puskesmas Bandarharjo sudah cukup lengkap, salah satunya yaitu mempunyai ruang DOTS sendiri. Berikut hasil wawancaranya:

“Untuk sarana prasarana di sini ya kita lengkap yaa. Kita punya gedung sendiri, sudah punya ruang tunggu terpisah”.

Informan Utama 3

“Sudah baik mbak, kita juga kan sudah punya ruang DOTS sendiri”.

Informan Utama 2

“bagus mbak, sudah ada ruangane sendiri ruang tungguya juga pisah”.

Informan Triangulasi 4

Berdasarkan hasil wawancara pernyataan informan utama sejalan dengan pernyataan informan triangulasi yang menyatakan bahwa sarana dan prasarana sudah lengkap salah satunya yaitu sudah memiliki ruangan DOTS sendiri dan memiliki ruang tunggu yang terpisah. Sarana prasarana lain salah satunya yaitu logistik OAT lini kedua, berikut adalah hasil wawancaranya:

“Cukup sih mbak ndak pernah kekurangan, soalnya kan mereka harus minum obat setiap hari.”

Informan Utama 1

“Ooh cukup mbak.”

Informan Utama 3

“OAT nya cukup, kalo misalnya kurang kita langsung follow up ke DKK, nanti DKK forward ke IF nanti IF ada data masuk keperluan OAT ya kita ngambil kesana.”

Informan Utama 2

Pernyataan dari informan utama sejalan dengan pernyataan informan triangulasi yang menyatakan bahwa ketersediaan OAT lini kedua selalu terjamin tidak pernah terjadi *stock out* atau kekurangan. Berikut hasil wawancaranya:

“Selama ini terjamin ya terjamin distribusinya terjamin jumlahnya sesuai dengan yang dibutuhkan ya, jadi jumlahnya itu cukup dan tidak pernah terjadi apa yang disebut stock out ya stock out itu obatnya habis ya jadi seperti itu”.

Informan Triangulasi 1

Selain itu ada juga beberapa sarana dan prasarana penunjang dalam pelaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo, yaitu tersedianya masker, *tissue*, *handscoon* (sarung tangan), sabun cuci tangan dan wastafel atau tempat mencuci tangan dan lain-lain. berikut hasil wawancaranya:

“iya ada masker, *tissue*, sarung tangan, sabun cuci tangan, sama itu wastafel”.

Informan Utama 1

“iya banyak mbak, yang penting masker petugas dan pasien, tempat mencuci tangan dan peralatan untuk kebutuhan di ruang DOTS.”

Informan Utama 3

Pertanyaan tersebut sejalan dengan informasi dari informan triangulasi yang menyatakan bahwa media yang dipakai untuk mencegah penularan adalah masker. Selain itu informan triangulasi juga menyatakan bahwa standar sarana prasarana dalam pelaksanaan program pengendalian TB MDR yang harus dipakai oleh petugas dan pasien. Berikut hasil wawancaranya:

“standarnya ada ya misalnya masker yang harus dipakai oleh petugas dan masker yang pakai oleh pasien, itu tentunya jenisnya berbeda-beda”.

Informan Triangulasi 1

4.2.2 Proses Penatalaksanaan Program Pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR)

4.2.2.1 Komitmen Politis

Komitmen politis yang berkesinambungan sangat penting untuk menerapkan dan mempertahankan komponen DOTS lainnya. Dibutuhkan investasi dan komitmen yang berkesinambungan untuk menjamin kondisi yang mendukung terintegrasinya manajemen kasus TB *Resistan* Obat ke dalam program TB nasional. Kondisi yang mendukung tersebut diantaranya adalah pengembangan infrastruktur, pengembangan Sumber Daya Manusia, kerja sama lintas program dan lintas sektor, dukungan dari kebijakan-kebijakan pengendalian TB untuk pelaksanaan program secara rasional, termasuk tersedianya OAT lini kedua dan sarana pendukung lainnya. Selain itu, Program Pengendalian TB Nasional harus diperkuat untuk mencegah meningkatnya kejadian TB MDR dan timbulnya TB XDR.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama menyatakan bahwa Puskesmas Bandarharjo telah bekerjasama dengan beberapa instansi diantaranya yaitu Dinas Kesehatan Kota Semarang dan Rumah Sakit Rujukan yaitu RS Karyadi, RS Tugurejo, dan RS Wongsonegoro. Berikut adalah kutipan hasil wawancaranya:

“Ya itu kan kita kerjasama sama dinas kesehatan, rumah sakit, karena sama-sama pemerintah yaa jadi kita dapet tugas dari kita pengelola program nihh tugasnya mengobati pasien ya sudah itu aja dari dinas kita kebetulankan grup itu dari rumah sakit dari puskesmas grup pengelola programnya.”

Informan Utama 1

“Ya kita kerjasama dengan dinas kesehatan, dengan rumah skait rujukan itu mbak. Rumah sakitnya rujukannya itu ada karyadi, tugurejo, sama RSWN”.

Informan Utama 2

Pernyataan tersebut sejalan dengan pernyataan dari informan triangulasi yang menyatakan bahwa kerjasama yang dilakukan dalam bentuk jejaring diantaranya yaitu kerja sama dengan Rumah Sakit Rujukan TB MDR, yaitu RS Karyadi, RS Tugurejo, dan RS Wongsonegoro. Berikut hasil wawancaranya:

“Yaa kerjasamanya dalam bentuk jejaring, nah diantaranya instansi lain itu adalah rumah sakit rujukan TB MDR, ada rumah sakit Tugurejo, ada rumah sakit Karyadi, ada rumah sakit Wongsonegoro ya jadi kerjasamanya dalam bentuk jejaring ya jejaring penanggulangan TB”.

Informan Triangulasi 1

Selain itu ketersediaan OAT lini kedua juga memiliki peran yang penting dalam pelaksanaan program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) untuk mendukung terintegrasinya manajemen kasus TB Resistan Obat ke dalam program TB nasional. Berikut hasil wawancara dengan informan:

“OAT nya cukup, kalo misalnya kurang kita langsung follow up ke DKK, nanti DKK forward ke IF nanti IF ada data masuk keperluan OAT ya kita ngambil kesana”.

Informan Utama 3

“Ooh cukup mbak”.

Informan Utama 1

Pernyataan tersebut sejalan dengan pernyataan dari informan triangulasi yang menyatakan bahwa ketersediaan OAT lini kedua selalu terjamin distribusinya dan tidak pernah mengalami *stock out* atau kekurangan.

“Selama ini terjamin ya terjamin distribusinya terjamin jumlahnya sesuai dengan yang dibutuhkan ya, jadi jumlahnya itu cukup dan tidak pernah terjadi apa yang disebut stock out ya *stock out* itu obatnya habis ya jadi seperti itu”.

Informan Triangulasi 1

Salah satu faktor lain yang mendukung terintegrasinya manajemen kasus TB Resistan Obat ke dalam program TB nasional adalah sarana prasarana. Ketersediaan sarana prasarana di Puskesmas Bandarharjo sudah cukup lengkap dan baik. Salah satu komponen pentingnya yaitu sudah terdapat ruang DOTS dan memiliki ruang tunggu yang terpisah. Berikut hasil wawancara dengan informan:

“Untuk sarana prasarana di sini ya kita lengkap yaa. Kita punya gedung sendiri, sudah punya ruang tunggu terpisah”.

Informan Utama 3

“Sudah baik mbak, kita juga kan sudah punya ruang DOTS sendiri”.

Informan Utama 2

Pernyataan tersebut didukung dengan pernyataan dari informan triangulasi yang menyatakan bahwa di Puskesmas Bnadarharjo sarana dan prasarannya sudah lengkap dan sudah baik. Berikut hasil wawancaranya:

“sudah baik sih mbak, lengkap juga. Disini sudah ada ruangnya sendiri untuk yang DOTS nya”.

Informan Triangulasi 4

“iya bagus mbak, udah ada ruangnya sendiri jadi terpisah”.

Informan Triangulasi 5

4.2.2.2 Strategi Penemuan Kasus

Diagnosis yang akurat dan tepat waktu adalah landasan utama dalam Program Pengendalian TB Nasional, termasuk mempertimbangkan perkembangan teknologi yang sudah ada maupun baru. Resistansi obat harus didiagnosis secara tepat sebelum dapat diobati secara efektif. Proses penegakan diagnosis TB Resistan Obat adalah pemeriksaan apusan dahak secara mikroskopis, biakan, dan

uji kepekaan yang dilakukan di laboratorium rujukan yang sudah tersertifikasi oleh laboratorium supra nasional.

Berdasarkan hasil wawancara dalam penemuan kasus TB MDR sama halnya dengan TB umum, yaitu dengan mencari suspek dan investigasi kasus dengan mencari populasi dengan penderita TB MDR yang paling tinggi. Berikut adalah kutipan hasil wawancaranya:

“Untuk penemuan kasusnya itu ya sama halnya dengan TB umum ya, kita juga kita identifikasi mana area yang benar-benar eee tercatat populasi penderita paling banyak, dari situ kita kategorikan ooh disini kategori satu disini kategori dua kategori MDR ooh anak, biasanya kalo kategori MDR itu biasanya ee umum yang lanjutan dari kategori dua, Nah kita fokuskan ke area yang situ aja nanti”.

Informan Utama 3

“Ya kita biasa to, cari suspek itu trs IKA di pasien itu soalnya MDR itu tanda gejalanya kan gak spesifik kaya yang di itu sepengetahuan saya ya ga ada batuk tau-tau batuk sekali diperiksakan kan yang tau dari karyadi”.

Informan Utama 1

Pernyataan tersebut sejalan dengan pernyataan dari informan triangulasi yang menyatakan bahwa dalam startegi penemuan kasus TB MDR dapat dilakukan dengan investigasi kasus dan pencarian suspek. Berikut hasil wawancaranya:

“Strategi penemuannya penemuan kasusnya 1) dengan melakukan investigasi kasus sehingga akan didapatkan kontak pasien ya kontak pasiennya itulah yang dipantau dengan apakah terjadi penularan atau tidak ya itu adalah penemuan pasien TB MDR yang dilakukan secara aktif dengan melakukan investigasi kasus dan investigasi kontak ya jadi dari investigasi kasus itu akan ketemu kontak lah kontak ini yang akan dilakukan investigasi ya jadi dalam prakteknya pelaksanaannya oleh tenaga epid ya tenaga epid datang ke kasus nah dari situ lah aka nada wawancara siapa-siapa yang selama ini kontak dengan pasien TB MDR dimana kontak ini dibagi menjadi 2 ada kontak erat dan kontak serumah ya kontak serumah itu ya orang yang serumah dengan pasien TB MDR kalo kontak erat itu adalah orang lain yang biasanya dalam kesehariannya itu berinteraksi dengan pasien ya entah di lingkungan kerja atau dilingkungan nongkrong ngobrol ya mungkin seperti itu”.

Informan Triangulasi 1

Selain itu strategi penemuan kasus TB MDR juga dapat dilakukan dengan didiagnosis secara tepat sebelum dapat diobati secara efektif. Proses penegakan diagnosis TB Resistan Obat adalah pemeriksaan apusan dahak secara mikroskopis, biakan, dan uji kepekaan yang dilakukan di laboratorium rujukan yang sudah tersertifikasi oleh laboratorium supra nasional. Untuk pemeriksaan ini hanya dapat dilakukan di Rumah Sakit Rujukan. Berikut hasil wawancaranya:

“kalo TB eee MDR itu kan kita hanya titipan mbak sementara ini di puskesmas kan pengelolaannya eee manajernya itu dikaryadi jadi pasien misalnya kita menemukan suspek nih kita kirim ke karyadi ternyata disana ditemukan RR (resistant revavisint) trs dikembalikan ke kita diulang lagi sekali lagi dahak kirimkan ke karyadi lagi nanti dikelola karyadi, dikelola kalo sudah sebulan atau berapa ya di uji T tentang obat-obat apa aja yang eee dia apa resistant alergi-alergi apa itu to nanti dikembalikan ke kita lagi untuk kontrolan selanjutnya.

Informan Utama 1

“untuk disini kan untuk yang TB MDR kita belum bisa melakukan pemeriksaan mbak, pemeriksaannya itu di rumah sakit rujukan, jadi kalo disini itu ya pasien hanya mengambil obat saja.”

Informan Utama 3

Pernyataan tersebut sejalan dengan pernyataan dari informan triangulasi yang menyatakan bahwa untuk pemeriksaan dahak, dan pemeriksaan mikroskopis hanya bisa dilakukan di Rumah Sakit Rujukan. Setelah hasil pemeriksaan keluar kemudian pasien akan menjalani pengobatan rawat jalan di Faskes Satelit atau Puskesmas. Berikut hasil wawancaranya:

“iya mbak pemeriksaannya di RS Karyadi, disana nanti di cek dahak sama darah, terus rawat inap sekitar 1 mingguan mbak. Untuk pengambilan obatnya ya ini disini tapi nanti setiap 1 bulan sekali control ke Karyadi lagi.”

Informan Triangulasi 5

“disini cuma ngambil obat mbak, pemeriksaannya di karyadi.”

Informan Triangulasi 4

Pengobatan pasien TB MDR didukung oleh pelayanan TB MDR dengan keberpihakan kepada pasien, serta adanya prosedur tetap untuk mengawasi dan mengatasi kejadian efek samping obat. Berikut adalah kutipan hasil wawancaranya:

“Ya biasa pasien dateng setiap pagi minum obat ditungguin setelah itu pulang nanti setiap sebulan sesekali kontrol ke karyadi gitu ajaa”.

Informan Utama 1

“Untuk kondisi-kondisi tertentu yang membutuhkan suntikan itu biasanya kita jadwalkan untuk suntik jadi nanti kita satu tahun suntik, satu tahun suntik itu nanti kita rolling seluruh perawat seluruh karyawan kita berdayakan untuk membantu dalam pelaksanaan suntik itu tadi. Untuk yang ngambil obat kita agendakan setiap sabtu, sabtu kita ada kegiatan ngambil obat tapi kalo suntik itu tiap hari”.

Informan Utama 3

Penyataan informan utama sejalan dengan pernyataan dari informan triangulasi yang menyatakan bahwa puskesmas telah menjadwalkan untuk pengambilan obat di hari sabtu, akan tetapi untuk yang suntik dilakukan setiap hari. Berikut hasil wawancaranya:

”ngambil obatnya biasanya hari sabtu mbak, tapi nek yang suntik itu ya setiap hari, kalo yang suntik disini minggu juga tetap melayani mbak.”

Informan Triangulasi 5

”biasanya ngambil obat hari sabtu mbak.”

Informan Triangulasi 4

Pengawas Minum Obat merupakan salah satu yang dapat mendukung keberhasilan dalam pelaksanaan program, pengawas ini diharapkan dapat mengontrol pasien atau mengingatkan pasien untuk selalu minum obat hal ini dikarenakan pasien TB MDR tidak boleh sampai lupa minum obat, apabila lupa 1 hari makan pengobatan tersebut akan mengulang dari awal. Berikut hasil wawancaranya:

“PMO kita tahun ini udah ada, cukup sih, itu kader yang nyiapin”.

Informan Utama 2

“Kader kita ada, kader TB. Kita ada sekita 40 kader itu tersebar di 4 kelurahan untuk pemilihannya itu sukarela mbak soalnya itu kader kan berkerja tanpa di gaji”.

Informan Utama 3

Berdasarkan dari pernyataan informan utama menyatakan bahwa PMO yang terlibat juga mendapatkan pelatihan yang dilaksanakan oleh puskesmas dalam hal ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dari PMO nya itu sendiri. Sehingga ilmu yang mereka dapatkan dapat disalurkan ke pasien.

“pelatihn kader ada, kita pelatihanya setahun 2 kali kalo gak salah mbak sekalian refreshing itu mbak”.

Informan Utama 2

“PMO yaa ya kita juga edukasi per 4 bulan, per 4 bulan kita ada pelatihan PMO. Karena pasien-pasien dengan kondisi tertentu kan apalagi pasien yang dengan keluarga baru TB ee keluarga dengan pasien yang baru itu kan belum terpapar jadi kita ndak mengedukasi pasiennya saja, tetapi kita juga edukasi ke keluarganya dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan dari dan pemahan dari pasien dan juga keluarga”.

Informan Utama 3

Pernyataan informan utama sejalan dengan pernyataan dari informan triangulasi yang menyatakan bahwa untuk pemilihan PMO itu sukarela, dan mereka juga mendapatkan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan.

“Sukarela sih mbak, keinginan sendiri. Pelatihan sering mbak kadang dari sini, pernah juga dari RS Rumani mbak”.

Informan Triangulasi 3

“Iya keinginan sendiri aja mbak, kalo pelatihan disini yaa pernah mbak”.

Informan Triangulasi 2

4.2.2.4 Jaminan Ketersediaan OAT Lini Kedua

Pengelolaan OAT lini kedua lebih rumit daripada OAT lini pertama. Hal ini disebabkan oleh beberapa hal, antara lain : waktu kadaluarsa yang lebih singkat, cara penghitungan kebutuhan pemakaian yang berdasar kebutuhan per individual pasien, jangka waktu pemberian yang berbeda sesuai respons pengobatan, beberapa obat memerlukan cara penyimpanan khusus yang tidak memungkinkan untuk dikemas dalam sistem paket. Kerumitan tersebut memerlukan upaya tambahan dari petugas farmasi/ petugas kesehatan yang terlibat dalam pengelolaan OAT lini kedua di setiap jenjang, dimulai dari perhitungan kebutuhan, penyimpanan, sampai persiapan pemberian OAT kepada pasien. Untuk menjamin tidak terputusnya pemberian OAT, maka stok OAT harus tersedia dalam jumlah cukup untuk minimal 6 bulan sebelum obat diperkirakan habis. OAT lini kedua yang digunakan harus berkualitas dan sesuai standar WHO. Berikut adalah kutipan hasil wawancaranya:

“OAT nya cukup, kalo misalnya kurang kita langsung follow up ke DKK, nanti DKK forward ke IF nanti IF ada data masuk keperluan OAT ya kita ngambil kesana”.

Informan Utama 3

“Ooh cukup mbak”.

Informan Utama 1

Pernyataan tersebut sejalan dengan pernyataan dari informan triangulasi yang menyatakan bahwa kerjasama yang dilakukan dalam bentuk jejaring diantaranya yaitu kerja sama dengan Rumah Sakit Rujukan TB MDR, yaitu RS Karyadi, RS Tugurejo, dan RS Wongsonegoro. Berikut hasil wawancaranya:

“Selama ini terjamin ya terjamin distribusinya terjamin jumlahnya sesuai dengan yang dibutuhkan ya, jadi jumlahnya itu cukup dan tidak pernah terjadi apa yang disebut stock out ya *stock out* itu obatnya habis ya jadi seperti itu”.

Informan Triangulasi 1

Untuk mengobati pasien TB Resistan Obat, diperlukan paduan OAT lini kedua dan lini satu yang masih sensitif dan berkualitas dengan panduan pengobatan yang tepat. OAT lini kedua lebih rumit dalam pengelolaannya antara lain penentuan paduan obat, dosis, cara pemberian, lama pemberian, perhitungan kebutuhan, penyimpanan dan sebagainya. Selain itu, harga OAT lini dua jauh lebih mahal, potensi yang dimiliki lebih rendah, efek samping lebih banyak dan lebih berat daripada OAT lini pertama. Strategi pengobatan yang tepat adalah pemakaian OAT secara rasional, pengobatan didampingi pengawas menelan obat yang terlatih yaitu petugas kesehatan. Pengobatan didukung oleh pelayanan TB MDR dengan keberpihakan kepada pasien, serta adanya prosedur tetap untuk mengawasi dan mengatasi kejadian efek samping obat. Berikut adalah kutipan hasil wawancaranya:

“Ya biasa pasien datang setiap pagi minum obat ditungguin setelah itu pulang nanti setiap sebulan sesekali kontrol ke karyadi gitu ajaa”.

Informan Utama 1

“Untuk kondisi-kondisi tertentu yang membutuhkan suntikan itu biasanya kita jadwalkan untuk suntik jadi nanti kita satu tahun suntik, satu tahun suntik itu nanti kita rolling seluruh perawat seluruh karyawan kita berdayakan untuk membantu dalam pelaksanaan suntik itu tadi. Untuk yang ngambil obat kita agendakan setiap sabtu, sabtu kita ada kegiatan ngambil obat tapi kalo suntik itu tiap hari”.

Informan Utama 3

Penyataan informan utama sejalan dengan pernyataan dari informan triangulasi yang menyatakan bahwa puskesmas telah menjadwalkan untuk pengambilan obat di hari sabtu, akan tetapi untuk yang suntik dilakukan setiap hari. Berikut hasil wawancaranya:

”ngambil obatnya biasanya hari sabtu mbak, tapi nek yang suntik itu ya setiap hari, kalo yang suntik disini minggu juga tetap melayani mbak.”

Informan Triangulasi 5

”biasanya ngambil obat hari sabtu mbak.”

Informan Triangulasi 4

4.2.2.5 Pencatatan dan Pelaporan

Prosedur penegakan diagnosis TB Resistan Obat memerlukan waktu yang bervariasi (tergantung metode yang dipakai), masa pengobatan yang panjang dan tidak sama lamanya, banyaknya jumlah OAT yang ditelan, efek samping yang mungkin ditimbulkan, merupakan hal-hal yang menyebabkan perbedaan antara pencatatan pelaporan program Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat dengan sistem yang dipakai untuk TB tidak Resistan Obat yang selama ini

sudah berjalan. Perbedaannya antara lain adalah adanya pencatatan hasil pemeriksaan biakan dan uji kepekaan OAT, pengawasan pemberian pengobatan dan respons selama masa pengobatan serta setelah masa pengobatan selesai. Hasil pencatatan dan pelaporan diperlukan untuk analisis kohort, untuk menghitung indikator antara dan laporan hasil pengobatan. Berikut adalah kutipan hasil wawancaranya:

“Kita kan ada ETB sama smart betul itu lewat itu”.

Informan Utama 1

“Ehm kita ada manual sama online. Yang onlinenya kita pake smart betul aplikasi smart betul (semarang bebas tuberculosis) nanti lewat aplikasi itu jadi nanti seluruh puskesmas seluruh pelayanan kesehatan di kota semarang itu bisa melihat”.

Informan Utama 3

Pernyataan dari informan utama sejalan dengan pernyataan dari informan triangulasi yang menyatakan bahwa pencatatan dan pelaporannya sudah baik dan tertib, baik dari suspek sampai pengobatan dan sembuh. Untuk pencatatannya ada manual dan online, untuk yang online itu menggunakan Smart betu dan ETB Manager.

“Pencatatannya menggunakan ETB Manager sama Smart betul ya, pencatatan dan pelaporannya baik tertib semuanya tercatat di ETB Manager baik pasien itu masuk sebagai suspek maupun sampai pengobatan maupun sampai kemajuan pengobatan sampai sembuh ya ada di ETM Manager”.

Informan Triangulasi 1

4.2.3 Output Penatalaksanaan Program Pengendalian Tuberkulosis Multi Drug Resistant (TB MDR)

4.2.3.1 Keberhasilan Program

Upaya yang dilakukan untuk pengendalian TB MDR dapat berjalan dengan baik apabila semua komponen dapat bekerjasama dengan baik sehingga menghasilkan hasil yang maksimal. Berikut hasil wawancaranya:

“Ya keberhasilan programnya yaa kita sih ya 70% lah”.

Informan Utama 1

“Ya kitaa juga targetnya 100%, tapi kadang ada pasien-pasien yang meninggal tapi kita sudah layani dengan sesuai standart. Tapi kalo yang masih pengobatan kita layani dengan sesuai dengan standart”.

Informan Utama 3

“Kalo secara cakupan kita masih eee kalo penanganan TB MDR banyak sih ya, Cuma secara yang nyari BTA+ yang kita masih kurang. Dilakukan sebulan sekali to”.

Informan Utama 2

Penyataan tersebut sejalan dengan peenyataan dari informan triangulasi yang menyatakan bahwa untuk keberhasilan program sudah baik, akan tetatpi belum maksimal karena masih terdapat beberapa kendal dan hambatan dalam pelaksanaannya. Berikut hasil wawancaranya:

“untuk pelaksanaannya sudah baik, target kita kan 100% untuk pelaksanaannya kita sudah lakukan dengan maksimal”.

Informan Triangulasi 1

“Bagus sih mbak, jadi ada perubahan di saya, dulu kan saya parah mbak kurus banget, sekarang sudah mendingan mbak setelah berobat rutin”.

Informan Triangulasi 4

Dalam pelaksanaan program berdasarkan hasil wawancara dengan informan menyatakan bahwa masih terdapat beberapa hambatan dalam pelaksanaan program pengendalian TB MDR, dari semua informan menyatakan bahwa sumber daya, dan efek obat tersebut. berikut hasil wawancaranya:

“Ya paling itu mbak kalo menghadapi SDM e eee itu kan kadang-kadang orang bosan ya minum obat selama itu setiap hari selama sekian bungkus sekarang sih rejiment itu mending ya cuma setahun yaa minum obatnya ya tapi kan yang dulu 2 tahun yo orang namanya setiap hari kadang yo pinter-pintere kita lah mau ngambil hatinya untuk memberikan penyuluhan ke mereka tapi kadang-kadang tapi kalo saya sih gak pernah dibilangin minum obat ini vitamin untuk menyembuhkan eee mengembalikan stammna bapak ibu gitu jadi njenengan harus tlalen setiap hari diminum biar nanti kesehatannya pulih kembali itu kalo dia.”.

Informan Utama 1

“Kendala yaa sampe saat ini yaa dari petugas bisa, terus apalagi yaa ya komitmen-komitmen dari pasien TB itu sendiri yaa yang mungkin masih belum kuat ya kesadaranya tapi kita juga mengupayakan dengan sosialisasi-sosialisasi kita edukasi melalui leaflet melalui video, melalui penyuluhan”.

Informan Utama 3

Pernyataan dari informan utama sejalan dengan pernyataan informan triangulasi yang menyatakan bahwa hambatan atau kendala dalam pelaksanaan program pengendalian TB MDR lebih banyak pada SDM dan efek samping obat, hal ini di sebabkan karena masih rendahnya kesadaran masyarakat dan efek samping obat yang memiliki dosis yang tinggi sehingga sering menimbulkan efek pusing dan mual.

“Kendala pengobatane ya itu mbak efek samping obate, kan dosise tinggi jadi kadang pusing mual.”

Informan Triangulasi 4

“Kendala yang muncul itu karena efek samping obat yang sering dikeluhkan oleh pasien dan kalo mereka tidak mendapatkan penguatan yang baik maka terjadi resiko putus obat atau mangkir obat atau mangkir pada pasien TB MDR kemudian kendala yang kedua yaitu kurangnya kudungan psikososial orang-orang yang ada disekitar pasien yang akan membantu menguatkan dan memberikan motivasi-motivasi supaya pasiennya itu tertib dalam kegiatan pengobatan.”

Informan Triangulasi 1

“yaa itu mbak eee masyarakatnya, biasanya kan mereka bosan minum obat setiap hari kan banyak banget itu mbak, paling ya nanti kita motivasi aja sih mbak.”

Informan Triangulasi 2

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh dari wawancara mendalam dan observasi di lapangan, peneliti dapat memberikan gambaran mengenai penatalaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang. Gambaran penatalaksanaan program pengendalian TB MDR diperoleh berdasarkan analisis faktor yang mempengaruhi pelaksanaan yang terdiri dari *input* yang meliputi Sumber Daya Manusia (SDM), Metode, Dana, Material, serta proses yang terdiri dari komitmen politis, strategi penemuan kasus, pengelolaan pasien, jaminan ketersediaan OAT, Pencatatan dan Pelaporan. serta *output* yang merupakan hasil dari capaian atau cakupan pelaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo.

5.1.1 Input Penatalaksanaan Program Pengendalian Tuberkulosis Multi Drug Resistant (TB MDR)

5.1.1.1 Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia merupakan komponen penting dalam melaksanakan suatu program guna tercapainya tujuan yang akan dicapai. Dimana tanpa adanya peran sumber daya manusia, maka suatu program tidak dapat berjalan sesuai dengan tujuan yang diinginkan. Keberhasilan suatu program ditentukan oleh kualitas sumber daya manusia (SDM) yang melaksanakannya.

Semakin tinggi kualitas SDM yang dimiliki oleh suatu program, maka akan semakin tinggi pula tujuan yang dicapai. Begitu pula sebaliknya, apabila SDM pada suatu program memiliki kualitas yang rendah, maka tujuan yang telah ditetapkan tidak sepenuhnya dapat tercapai. Sumber daya manusia yang terampil berarti mampu melakukan tugas dan tanggung jawabnya dengan baik dan benar. Sumber daya manusia merupakan salah satu kunci pokok dalam menentukan keberhasilan pelaksanaan kegiatan organisasi dan merupakan salah satu komponen penting dalam manajemen program (Findarti, 2016)

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan menyatakan bahwa tenaga kesehatan merupakan setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan untuk melakukan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan juga memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat sehingga dapat terwujudnya kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam penyelenggaraan Program TB diperlukan tenaga pelaksana yang memiliki keterampilan, pengetahuan, dan sikap kompeten dengan jumlah yang memadai menunjang tercapainya tujuan program TB nasional.

Salah satu faktor keberhasilan suatu program adalah tersedianya sumber daya manusia yang cukup baik dari segi kuantitas maupun kualitas, sumber daya manusia merupakan aset utama suatu organisasi dalam kegiatan perencanaan dan pelaksanaan program. Sumber daya manusia di puskesmas yaitu tenaga kesehatan

yang bekerja di puskesmas. Kualitas sumber daya manusia tidak ditentukan hanya oleh keterampilan saja, namun diiringi dengan sikap mental terkendali dan terpuji dalam mencapai tujuan organisasi. Tenaga kesehatan merupakan sumber daya manusia dalam organisasi dan menjadi faktor penentu dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa Sumber daya Manusia (SDM) yang terlibat dalam pelaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo sudah sesuai dengan Pedoman Nasional Penanggulangan TB tahun 2016. Di Puskesmas Bandarharjo telah memiliki tenaga terlatih yang terdiri atas 1 dokter, 1 perawat/petugas TB, dan 1 tenaga laboratorium. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis yang menyatakan bahwa sumber daya manusia untuk puskesmas sebagai pelaksana mandiri kebutuhan minimal tenaga terlatih terdiri dari 1 dokter, 1 perawat atau petugas TB dan 1 tenaga laboratorium. Hal ini dapat disimpulkan bahwa jumlah sumber daya manusia dalam pelaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo sudah mencukupi sesuai dengan kebutuhan standar tenaga puskesmas (Anggraeni, 2017). Semua petugas memiliki tugas dan fungsinya masing-masing sesuai perannya.

Semua sumber daya tersebut telah mendapatkan pelatihan terkait Tuberkulosis akan tetapi untuk pelatihan khusus TB MDR belum pernah dilakukan. Hal ini sejalan dengan penelitian (Suarayasa, Pakaya, & Felandina, 2019), Pendidikan dan promosi kesehatan mengenai gejala TB masih belum

maksimal, sehingga pencarian terduga TB tidak cukup dilakukan secara pasif. Zignol (2016) mengatakan bahwa diperlukan tenaga terlatih untuk mendiagnosa pasien TB RO dengan benar dan memberikan terapi yang tepat. Kemenkes (2014) menyebutkan bahwa pelatihan merupakan suatu hal yang wajib dalam meningkatkan kompetensi dan kinerja petugas. petugas TB Paru di Puskesmas Cipaku sudah mengikuti pelatihan dan pernah mengikuti program Strategi DOTS.

5.1.1.2 Metode

Metode merupakan peraturan standar pelayanan dan kebijakan yang ada di suatu organisasi (Azwar, 2010). Dalam hal ini metode yang digunakan dalam proses manajemen adalah berupa kebijakan dan prosedur kerja atau *Standar Operasional Prosedur* (SOP). Salah satu dari aspek struktur yang penting dari setiap organisasi adalah adanya prosedur operasi yang standar (SOP atau *Standard Operating Procedures*). SOP menjadi pedoman bagi setiap implementor dalam bertindak (Anengsih, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian bahwa pelaksanaan program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo mengacu pada pedoman berupa kebijakan atau peraturan terkait pengendalian TB MDR yang mengacu pada Permenkes No.67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis dan Permenkes No. 13 Tahun 2013 Tentang Pedoman Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat.

Berdasarkan hasil penelitian bahwa pelaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo mengacu pada pedoman berupa kebijakan atau peraturan terkait pengendalian dan penanggulangan TB dan TB MDR dan SOP

yang digunakan berupa SOP pengobatan pasien TB MDR. Meskipun mengacu pada pedoman nasional dan prosedur tetap, metode penyelenggaraan pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo belum sesuai dengan Pedoman Nasional Penanggulangan TB, hal ini dikarenakan puskesmas tidak memiliki buku pedoman dan buku juklak/juknis TB MDR.

5.1.1.3 Dana

Dana merupakan sejumlah biaya yang dianggarkan dan dimanfaatkan untuk melaksanakan program pengendalian TB MDR untuk mencapai efisiensi kinerja program. Dana atau anggaran merupakan salah satu sumber daya yang paling penting dalam menunjang keberhasilan suatu program. Dimana pendanaan program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) merupakan sumber dana yang diperlukan dalam pelaksanaan program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR). Dana tersebut harus dikelola sesuai dengan kebutuhan agar tujuan program yang telah ditetapkan dapat tercapai. Sumber dana untuk kegiatan di Puskesmas Bandarharjo berasal dari pemerintah yang kemudian dikelola oleh puskesmas masing-masing sesuai dengan kebutuhan dan kegiatan yang diselenggarakan.

Berdasarkan hasil penelitian, pelaksanaan program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) membutuhkan adanya dana atau anggaran yang digunakan untuk kegiatan. Sumber dana pelaksanaan program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo bersumber dari dana BOK, dan dana APBD. Hal ini sejalan dengan

penelitian (Suarayasa, Pakaya, & Felandina, 2019), yang menyatakan bahwa logistik penanggulangan TB mulai dari bahan diagnosis dan obat disediakan melalui program penanggulangan TB dari dana APBN. Dana tersebut bersumber dari pusat diberikan kepada puskesmas yang kemudian dikelola sendiri oleh setiap puskesmas. Adanya ketersediaan dana yang cukup menjadi faktor pendukung dalam terlaksananya sebuah program. Hal ini sejalan dengan penelitian (Aryani & Maryati, 2018), yang menyatakan bahwa ketersediaan dana yang cukup akan menunjang proses pelaksanaan program agar efektif dan efisien. Kurangnya pendanaan pemerintah yang memadai akan melumpuhkan program dan program tidak berfungsi untuk memenuhi target global serta target program (Tekie, Masango, & Nkosi, 2018)

Berdasarkan Permenkes Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis yang menyatakan bahwa belum optimalnya pelaksanaan program TB selama ini diakibatkan karena salah satunya adalah masih kurangnya pendanaan untuk kegiatan operasional sehingga ada beberapa kegiatan yang harus tertunda. Menurut Azwar (2010), dana atau anggaran dapat dikatakan cukup apabila anggaran yang digunakan dapat mencapai sasaran sesuai perencanaan dan bermanfaat pada program tersebut. Kecukupan dana akan mempengaruhi kinerja petugas dalam menjalankan tugasnya. Dalam era desentralisasi, pembiayaan program kesehatan termasuk pengendalian TB MDR sangat bergantung pada alokasi dari pemerintah pusat dan daerah.

5.1.1.4 Material

Sarana dan prasarana merupakan bahan dan alat kesehatan untuk menunjang kegiatan program pengendalian TB MDR. Dalam program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) sarana merupakan segala sesuatu yang digunakan sebagai alat untuk mencapai tujuan tertentu, sedangkan prasarana merupakan segala sesuatu yang digunakan sebagai penunjang dalam melaksanakan suatu kegiatan, karena dalam program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) tidak lepas dari tersedianya sarana dan prasarana untuk mendukung keberhasilan program tersebut (Tambunan, 2017).

Sarana dan prasarana program pengendalian TB MDR adalah ketersediaan OAT lini kedua, semua jenis bahan dan alat kesehatan selain OAT yang digunakan untuk mendukung tatalaksana pasien TB MDR. Berdasarkan hasil penelitian, sarana dan prasarana dalam pencapaian program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo logistik OAT yang berupa sediaan OAT lini kedua dan logistic non OAT meliputi meliputi masker, *tissue*, *handscoon* (sarung tangan), sabun cuci tangan baik sabun cair maupun alkohol *hand rub* dan wastafel atau tempat mencuci tangan dan lain-lain. Berdasarkan hasil penelitian ketersediaan sarana dan prasarana dasar di Puskesmas Bandarharjo seperti masker, *tissue*, *handscoon* (sarung tangan) selalu terpenuhi karena adanya bantuan dari Dinas Kesehatan Kota yang mendukung ketersediaanya.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ketersediaan sarana dan prasarana yang digunakan dalam kegiatan pencapaian program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo belum sesuai dengan ketentuan Kementerian Kesehatan RI. Sarana dan prasarana merupakan alat penunjang keberhasilan suatu proses upaya yang dilakukan di dalam pelayanan publik, karena apabila kedua hal ini tidak tersedia maka semua kegiatan yang dilakukan tidak akan dapat mencapai hasil yang diharapkan sesuai rencana. Ketersediaan sarana dan prasarana yang cukup akan menunjang proses pelaksanaan program agar dapat terlaksana secara efektif dan efisien. Sehingga apabila suatu program tidak mempunyai sarana dan prasarana yang tidak memadai suatu program akan menjadi terhambat (Aryani & Maryati, 2018).

5.1.2 Proses Penatalaksanaan Program Pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR)

5.1.2.1 Komitmen Politis

Komitmen politis yang berkesinambungan sangat penting untuk menerapkan dan mempertahankan komponen DOTS lainnya. Dibutuhkan investasi dan komitmen yang berkesinambungan untuk menjamin kondisi yang mendukung terintegrasinya manajemen kasus TB Resistan Obat ke dalam program TB nasional. Kondisi yang mendukung tersebut diantaranya adalah pengembangan infrastruktur, pengembangan Sumber Daya Manusia, kerja sama lintas program dan lintas sektor, dukungan dari kebijakan – kebijakan pengendalian TB untuk pelaksanaan program secara rasional, termasuk

tersedianya OAT lini kedua dan sarana pendukung lainnya. Selain itu, Program Pengendalian TB Nasional harus diperkuat untuk mencegah meningkatnya kejadian TB MDR dan timbulnya TB XDR (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Komitmen pemerintah dimana melibatkan para pemegang kebijakan dan kerjasama lintas sektoral artinya bersifat menyeluruh, bukan hanya departemen kesehatan saja tetapi berbagai instansi pemerintah terkait, baik hubungannya dengan pendanaan, pelaksanaan di daerah serta hal terkait lainnya (Faradis, 2018).

Berdasarkan hasil penelitian tentang pelaksanaan komponen komitmen politis di Puskesmas Bandarharjo berjalan dengan baik. Puskesmas Bandarharjo telah melakukan kerja sama lintas sektor yaitu kerjasama dengan Dinas Kesehatan Kota Semarang dan Rumah sakit rujukan. Hal ini sejalan dengan penelitian (Aryani & Maryati, 2018), yang menyatakan bahwa Puskesmas Cipaku telah melakukan kerja sama lintas sektor. Kerjasama lintas sektor dilakukan dengan instansi, misalnya kerjasama dengan Dinas Kesehatan Kota Bogor sebagai Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM).

Pemerintah telah membuat keputusan untuk menjadikan program TB MDR yang terlihat dari adanya Permenkes No 13 Tahun 2013 tentang “Pedoman Manajemen Terpadu pengendalian Tuberkulosis Resisten Obat”. Program penanggulangan TB MDR mulai dilaksanakan di Puskesmas Bandarharjo pada tahun 2016 setelah adanya pasien TB MDR. Puskesmas Bandarharjo melakukan penjarangan suspek TB yang diduga TB MDR dan merujuk ke RS Karyadi, Tugurejo, dan Wongsonegoro. Kemudian akan menangani pasien yang dinyatakan TB MDR selama 2 tahun dengan 6 bulan suntik. Komitmen politis pemerintah

dalam mendukung pengawasan tuberkulosis adalah penting terhadap keempat unsur lainnya untuk dijalankan dengan baik. Komitmen ini seyogyanya dimulai dengan keputusan pemerintah untuk menjadikan tuberkulosis sebagai prioritas penting/utama dalam program kesehatan. Untuk mendapatkan dampak yang memadai maka harus dibuat program nasional yang menyeluruh yang diikuti dengan pembuatan buku petunjuk (guideline) yang menjelaskan bagaimana program pengendalian TB MDR dapat diimplementasikan dalam program/sistem kesehatan umum yang ada. Begitu dasar-dasar ini telah diletakan maka diperlukan dukungan pendanaan serta tenaga pelaksana yang terlatih untuk dapat mewujudkan program menjadi kegiatan nyata di masyarakat.

Komitmen politis didukung dengan adanya investasi dan kegiatan berupa pengembangan infrastruktur, sumber daya manusia, kerja sama lintas program dan lintas sektor, dukungan dari kebijakan-kebijakan pengendalian TB untuk pelaksanaan program secara rasional, termasuk tersedianya OAT lini kedua dan sarana pendukung lainnya. Selain itu, Program Pengendalian TB Nasional harus diperkuat untuk mencegah meningkatnya kejadian TB MDR dan timbulnya TB XDR (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Berdasarkan hasil penelitian kegiatan yang mendukung komitmen politis seperti pengembangan sumber daya manusia telah dilakukan dengan pelatihan akan khusus untuk pelatihan TB MDR belum pernah didapatkan. Hal ini tidak menjadi penghalang untuk menangani pasien TB MDR karena canggihnya teknologi saat ini yaitu dengan mencari di internet yang berhubungan dengan penanganan TB MDR. Petugas Puskesmas Bandarharjo hanya ikut berpartisipasi

dalam sosialisasi tentang penjarangan, penemuan kasus serta pengobatan TB MDR.

Kegiatan kerja sama yang dilakukan puskesmas Bandarharjo berupa kerja sama lintas program dan lintas sektor. Hasil Penelitian didapatkan bahwa kerja sama lintas program di Puskesmas Bandarharjo dilakukan dengan baik karena petugas kesehatan saling berkoordinasi satu sama lain dalam memberikan obat dan memberikan suntik kepada pasien. Selain itu adanya dukungan dana dalam pelaksanaan TB MDR yang bersumber dari dana APBD merupakan suatu dukungan dari pemerintah sebagai wujud nyata komitmen politis yang berkesinambungan dalam menjalankan program penanggulangan TB MDR. Dana yang diperoleh Puskesmas Bandarharjo digunakan untuk biaya penyuluhan, dan pengobatan, namun tidak ada di khususkan untuk penjarangan kasus dengan mengunjungi masyarakat secara langsung.

5.1.2.2 Strategi Penemuan Kasus

Komponen ini terdiri dari ketepatan dalam mendiagnosis dengan akurat dan ketepatan waktu. Diagnosis yang akurat dan tepat waktu adalah landasan utama dalam Program Pengendalian TB Nasional, termasuk mempertimbangkan perkembangan teknologi yang sudah ada maupun baru. Resistansi obat harus didiagnosis secara tepat sebelum dapat diobati secara efektif. Proses penegakan diagnosis TB Resistan Obat adalah pemeriksaan apusan dahak secara mikroskopis, biakan, dan uji kepekaan yang dilakukan di laboratorium rujukan yang sudah tersertifikasi oleh laboratorium supra nasional. Komponen strategi

penemuan kasus harus dilaksanakan dengan akurat mulai dari penjarangan sampai dilakukannya pengobatan kepada pasien untuk mencegah penularan di lingkungan sekitarnya (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Penemuan pasien merupakan langkah awal dalam penanggulangan TB MDR. Dimana penemuan dan pengobatan pasien TB MDR secara bermakna akan dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat TB, sekaligus merupakan kegiatan pencegahan penularan TB MDR yang efektif di masyarakat. Strategi yang dilakukan dalam penemuan penderita dilakukan secara intensif pada kelompok populasi yang terdampak TB dan populasi rentan, penjarangan terduga pasien TB MDR dilakukan di fasilitas kesehatan oleh petugas kesehatan dengan menemukan gejala-gejala yang termasuk dalam kategori penyakit TB MDR.

Berdasarkan hasil penelitian penemuan kasus yang dilakukan di Puskesmas Bandarharjo dengan pencarian suspek. Untuk pencarian suspek biasanya dilakukan dengan investigasi kasus dengan memilih wilayah dengan resiko yang tinggi dan wilayah dengan kasus TB yang tinggi hal ini dikarenakan kasus TB MDR sebagian besar berasal dari kasus lanjutan dari pasien TB yang tidak selesai. Selain itu penjarangan pasien TB MDR dilakukan pada pasien yang datang ke puskesmas dengan tanda dan gejala TB yang diduga tergolong pada kategori penderita TB MDR. Hal ini sejalan dengan penelitian (Aryani & Maryati, 2018), yang menyatakan bahwa petugas TB dalam Penemuan kasus secara aktif hanya dilakukan ke wilayah yang diduga ada suspek TB paru berdasarkan informasi dari kader, dan Penemuan kasus secara pasif yaitu puskesmas melayani pasien/suspek TB paru yang datang berobat ke puskesmas. Penjarangan dilakukan

dengan pemeriksaan 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari berturut-turut, yaitu sewaktu-pagi-sewaktu dan dengan melihat riwayat pengobatan TB terdahulu. penegakan diagnosis TB MDR dengan menggunakan uji kepekaan obat dengan standar yang telah ditetapkan. Dengan tujuan untuk mengetahui ada atau tidaknya resistensi *Mycobacterium tuberculosis* terhadap OAT. Pemeriksaan uji kepekaan *Mycobacterium tuberculosis* dilakukan dengan menggunakan metode konvensional atau menggunakan metode tes cepat dengan menggunakan *GeneXpert* dan hasil pemeriksaan dapat diketahui dalam kurun waktu kurang lebih 2 jam. Pemeriksaan kepekaan obat ini dilakukan di laboratorium rujukan yang tersertifikasi (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan bahwa untuk penegakan diagnosis TB MDR tidak dapat dilakukan di puskesmas dikarenakan tidak adanya ketersediaan dukungan alat yang digunakan untuk diagnosa dan pemeriksaan kultur dan uji kepekaan OAT di puskesmas. Maka dalam hal penegakan diagnosis TB MDR puskesmas melakukan rujukan ke RS Karyadi. Rujukan dapat berupa slide dahak penderita terduga TB MDR ataupun penderita tersebut, namun selama ini yang dilakukan hanya rujukan slide dahak penderita saja. Setelah pemeriksaan dan diketahui hasilnya positif maka hasil pemeriksaan di kirimkan kembali ke puskesmas agar diberi pengobatan. Maka Puskesmas Bandarharjo hanya dapat merujuk pasien ke RS Karyadi dan setelah hasilnya positif akan dikembalikan ke puskesmas untuk melanjutkan pengobatan. Karena kurangnya dukungan alat puskesmas tidak dapat mendiagnosis pasien TB MDR.

Strategi penemuan kasus yang dilakukan di Puskesmas Bandarharjo telah berjalan dengan baik mulai dari penjangkauan sampai pengobatan kepada pasien sesuai dengan arahan dari pihak RS rujukan TB MDR. Penegakan diagnosis dilakukan secara tepat di RS rujukan TB MDR dengan alat yang telah tersertifikasi untuk memeriksa kultur dahak pasien terduga TB MDR.

5.1.2.3 Pengelolaan Pasien TB Resistant Obat

Untuk mengobati pasien TB Resistan Obat, diperlukan paduan OAT lini kedua dan lini satu yang masih sensitif dan berkualitas dengan panduan pengobatan yang tepat. OAT lini kedua lebih rumit dalam pengelolaannya antara lain penentuan paduan obat, dosis, cara pemberian, lama pemberian, perhitungan kebutuhan, penyimpanan dan sebagainya. Selain itu, harga OAT lini dua jauh lebih mahal, potensi yang dimiliki lebih rendah, efek samping lebih banyak dan lebih berat daripada OAT lini pertama. Strategi pengobatan yang tepat adalah pemakaian OAT secara rasional, pengobatan didampingi pengawas menelan obat yang terlatih yaitu petugas kesehatan. Pengobatan didukung oleh pelayanan TB MDR dengan keberpihakan kepada pasien, serta adanya prosedur tetap untuk mengawasi dan mengatasi kejadian efek samping obat.

Pengobatan dengan OAT haruslah yang berkualitas sesuai dengan panduan pengobatan yang tepat. Hal ini dapat dilihat melalui pengobatan dengan PMO yang terlatih, adanya prosedur tetap untuk mengawasi, dan mengatasi kejadian efek samping obat. Walaupun pengelolaan pasien dilakukan dengan baik, tapi

tanpa didukung ketersediaan OAT maka pelaksanaan strategi akan menjadi kurang baik (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Untuk menjamin keteraturan pengobatan TB MDR perlu adanya Pengawas Minum Obat (PMO). PMO merupakan orang yang dipercaya dan ditunjuk sebagai pengawas dan pemantau pasien TB MDR dalam minum obat dengan teratur dan tuntas. Hasil penelitian (Dewany, Haryanti, & Kurniawan, 2015), menunjukkan ada perbedaan yang signifikan kepatuhan berobat antara penderita TB Paru yang didampingi PMO dan yang tidak didampingi PMO.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Bandarharjo diketahui bahwa terdapat 2 pasien TB MDR yang sedang dalam pengobatan dan masing-masing memiliki PMO. PMO dari 2 pasien TB MDR yang diteliti merupakan keluarga dekat pasien. PMO tidak pernah ikut penyuluhan dalam penanganan TB MDR. Sehingga dalam pelaksanaannya PMO hanya menjalankan tugas mengambil obat dan memberikannya kepada pasien seperti anjuran petugas kesehatan. PMO tidak mendapatkan sosialisasi dalam upaya penemuan kasus baru mengenai gejala-gejala TB, mereka hanya mendapatkan informasi mengenai tugas yang harus mereka lakukan, sehingga mereka tidak mengetahui apabila ada masyarakat atau keluarga sekitarnya terkena TB sehingga mengakibatkan tidak tercapainya angka penemuan kasus. Selain itu berdasarkan pengamatan yang peneliti lakukan didapatkan bahwa PMO kurang mengawasi pasien dalam minum obat karena PMO sibuk bekerja. Sementara hasil penelitian menyatakan peran PMO keluarga akan berjalan dengan baik apabila ditunjang dengan kunjungan rumah dan supervisi intensif dari tenaga kesehatan, serta mendapat cukup

pelatihan dan penyuluhan dari petugas kesehatan. Dalam pengelolaan pasien di Puskesmas Bandarharjo dilakukan pengobatan efek samping dan pemberian obat kepada pasien. Hal itu berjalan lancar pada awal masa 6 bulan suntik karena pasien rajin datang ke Puskesmas. Selain itu dalam pengelolaan pasien PMO kurang memahami tugasnya karena tidak mendapatkan penyuluhan dan hanya mengetahui untuk mengingatkan pasien untuk minum obat.

5.1.2.4 Jaminan Ketersediaan OAT Lini Kedua

Pengelolaan OAT lini kedua lebih rumit daripada OAT lini pertama. Hal ini disebabkan oleh beberapa hal, antara lain: waktu kadaluarsa yang lebih singkat, cara penghitungan kebutuhan pemakaian yang berdasar kebutuhan per individual pasien, jangka waktu pemberian yang berbeda sesuai respons pengobatan, beberapa obat memerlukan cara penyimpanan khusus yang tidak memungkinkan untuk dikemas dalam sistem paket (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Sesuai dengan program penanggulangan TB MDR maka pemerintah menyediakan OAT lini kedua di puskesmas-puskesmas dalam bentuk paket (Kombipak) dengan kemasan yang baik dan tidak mudah rusak. Paket kombipak ini harus di minum oleh penderita sesuai dengan waktu yang telah di perhitungkan. Obat-obatan dikirim dari RS Karyadi ke setiap puskesmas yang menangani pasien TB MDR. Dalam pengadaan OAT TB MDR RS Karyadi berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kota Semarang, sementara pihak dinas berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan RI dalam pendanaan yang

dibutuhkan untuk penanggulangan program TB MDR. Pendistribusian OAT ini berdasarkan jumlah pasien yang menjalankan pengobatan. Puskesmas Bandarharjo memiliki sebanyak 10 orang pasien dimana pasien telah selesai mendapatkan obat injeksi. Mulai awal pengobatan setiap pasien minum obat setiap hari, sehingga dalam sebulan dibutuhkan sebanyak 24 paket per bulan untuk 1 pasien. Dalam hal ini, Kepatuhan merupakan hal yang penting untuk menghindari terjadinya TB MDR dan kegagalan dalam pengobatan (Aderita, Bhisma, & Nunuk, 2016)

Berdasarkan pendistribusian obat dari RS Karyadi ke Puskesmas Bandarharjo dilaksanakan sesuai dengan jumlah pasien dan jumlah obat yang diberikan puskesmas kepada pasien dalam pengobatan. Obat-obatan yang diterima puskesmas selalu lengkap dan dalam keadaan bagus sehingga terjamin mutunya terlihat dari waktu kadaluarsa yang bagus, jumlah sesuai dengan kebutuhan pasien. Petugas juga memperhatikan cara perhitungan dalam pembagian obat kepada pasien dengan secukupnya. Hal ini sejalan dengan penelitian (Aryani & Maryati, 2018), faktor yang memengaruhi keberhasilan TB paru adalah, faktor sarana yang meliputi tersedianya obat yang cukup dan kontinyu. Menurut Sinaga (2014), ketersediaan obat dari 50 responden (100%) kebutuhan obatnya selalu terpenuhi. ketersediaan obat yang cukup dan berkualitas sangat mempengaruhi angka MDR TB.

5.1.2.5 Pencatatan dan Pelaporan

Pada sistem pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan TB MDR menunjukkan hasil yang optimal. Pencatatan dan pelaporan merupakan salah satu elemen yang sangat penting dalam sistem informasi penanggulangan TB MDR. Untuk itu pencatatan dan pelaporan perlu dilakukan berdasarkan klasifikasi dan tipe penderita. Semua unit pelaksana program penanggulangan TB MDR harus melaksanakan suatu sistem pencatatan dan pelaporan yang baku.

Berdasarkan hasil penelitian pencatatan dan pelaporan dalam pelaksanaan program pengendalian TB MDR dilakukan secara online dan manual. Pencatatan yang dilakukan oleh petugas berguna agar pengobatan lengkap, tidak tertinggal, dan untuk mengevaluasi kondisi penderita dan kemajuan pengobatannya. Pentingnya pencatatan dan pelaporan yang lengkap karena merupakan hasil kerja petugas di lapangan. Dengan adanya laporan dari puskesmas maka Dinas kesehatan akan memberikan umpan balik. Prosedur penegakan diagnosis TB MDR memerlukan waktu yang bervariasi, masa pengobatan yang panjang dan tidak sama lamanya, banyaknya jumlah OAT yang ditelan, efek samping yang mungkin ditimbulkan merupakan hal-hal yang menyebabkan perbedaan antara pencatatan dan pelaporan formulir yang ada selama ini.

Hasil pencatatan dan pelaporan diperlukan untuk analisis kohort, menghitung indikator antara pemeriksaan biakan dan uji kepekaan OAT dan laporan hasil pengobatan. Selain itu pengawasan rutin harus dilakukan untuk memverifikasi kualitas informasi dan untuk mengatasi masalah kinerja petugas.

Monitoring atau pengawasan akan membantu untuk menjamin agar program yang dilakukan dapat berjalan seperti yang diharapkan dan membantu tenaga serta pengawas untuk mempertahankan jumlah dan mutu pekerjaan yang diharapkan. Pengawasan yang baik adalah pengawasan yang tepat waktu, sederhana, minimal, dan luwes.

Pemantauan dan evaluasi harus dilakukan untuk meninjau langsung pencatatan dan pelaporan yang dilakukan oleh puskesmas. Mengevaluasi efektifitas suatu program adalah menentukan nilai dari hasil yang dicapai oleh tim kesehatan. Evaluasi diadakan untuk mengetahui sejauh mana program yang dilaksanakan dapat memenuhi kebutuhan masyarakat dan tenaga kesehatan. Informasi yang didapat untuk memperbaiki kuantitas, kualitas, aksesibilitas, efisiensi dari pelayanan kesehatan.

5.3.1 Keberhasilan Penatalaksanaan Program Pengendalian Tuberkulosis Multi Drug Resistant (TB MDR)

Penanggulangan TB MDR Dari kelima komponen Strategi DOTS plus sebagai upaya pengendalian TB MDR yaitu, Komitmen politis, Strategi penemuan kasus, Pengelolaan Pasien, Jaminan ketersediaan OAT lini kedua dan Sistem pencatatan dan pelaporan, berjalan dengan baik meskipun dalam pelaksanaannya ada beberapa kekurangan. Sedangkan komponen pengelolaan pasien dalam pelaksanaannya masih kurang optimal.

Pelaksanaan komitmen politis yang berkesinambungan dengan adanya pengembangan sumber daya manusia, kerja sama lintas program dan sektor, serta

didukung dengan pendanaan untuk menanggulangi TB MDR akan dapat memberikan dampak yang baik terhadap keberhasilan pelaksanaan strategi DOTS plus sebagai upaya penanggulangan TB MDR. Semakin baik pelaksanaan komitmen politis maka akan semakin tinggi harapan untuk keberhasilan pengobatan pasien TB MDR. Pelaksanaan strategi penemuan kasus juga dapat memberikan dampak untuk keberhasilan penanggulangan TB MDR. Dengan dilakukannya strategi penemuan kasus yang tepat dan akurat maka akan mengurangi angka kesakitan dan kematian yang di akibatkan oleh penyakit menular yaitu TB MDR ini.

Pelaksanaan penemuan kasus dilakukan dengan baik dan dengan diagnosa yang tepat melalui RS Karyadi dengan menggunakan alat yang telah terdertifikasi yang tidak ada di puskesmas. Penemuan kasus yang cepat dan tepat akan mencegah terjadinya TB MDR bagi orang disekitar penderita.

5.2 Hambatan Penatalaksanaan Program Pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resitant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo

Hambatan pelaksanaan program pengendalian TB MDR adalah masalah-masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan program penanggulangan TB MDR. Setiap masalah dapat mempengaruhi kinerja dalam pelaksanaan program. Berdasarkan obsevasi yang peneliti lakukan bahwa yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan program pengendalian TB MDR terdapat dalam pengelolaan pasien baik dari sisi petugas, PMO dan pasien itu sendiri. Petugas memiliki kesulitan dalam pengelolaan pasien karena kurangnya kesadaran pasien terkait pengobatan

TB MDR hal ini dikarenakan ada beberapa pasien yang terkadang mulai bosan dengan pengobatan yaitu dengan minum obat yang banyak untuk setiap harinya selain itu efek dosis obat yang tinggi juga salah satu kendala yang dirasakan pasien dalam menjalani pengobatan.

Dari sisi PMO dalam menjalankan perannya memiliki hambatan dalam penanganan pasien terlihat dari PMO yang sibuk bekerja dan berada berbeda jarak dengan pasien. PMO juga tidak mendapatkan penyuluhan melainkan hanya informasi pada saat mengambil obat. PMO hanya memahami untuk mengambil obat dan mengingatkan pasien minum obat tanpa harus melihat pasien meminumnya langsung. Pasien dalam menjalankan pengobatan mengalami banyak efek samping dalam pengobatan dan kurangnya kesadaran untuk memakai alat pelindung diri karena merasa ketidaknyamanan atau sesak tanpa menghiraukan penularan yang terjadi pada orang lain. Selain itu pasien juga mengalami kejenuhan dalam mengkonsumsi obat karena jangka waktu pengobatan yang lama yaitu selama 2 tahun. Setiap hambatan dapat di atasi dengan kerjasama yang baik antara setiap orang yang berperan di dalamnya. Kerjasama antara petugas , PMO dan pasien sebagai pendukung untuk meminimalisir penularan TB MDR dan pengobatan tuntas TB MDR.

5.2 HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN

5.2.1 Hambatan Penelitian

Pada penelitian ini tidak terlepas dari berbagai hambatan dan kelemahan yang cukup mempengaruhi kelancaran penelitian, baik prapenelitian, saat penelitian, maupun pasca penelitian. Hambatan tersebut antara lain:

1. Sulit menentukan waktu yang tepat untuk bertemu dengan informan dikarenakan kesibukan masing-masing informan berbeda-beda sehingga peneliti harus menunggu kepastian dari informan, kapan waktu yang tepat untuk melakukan wawancara.
2. Mengalami kesulitan dalam menggali informasi mendalam dari informan pada saat wawancara.

5. 2.2 Kelemahan Penelitian

Rancangan penelitian ini merupakan rancangan penelitian kualitatif yang dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap informan dalam penelitian ini. Kelemahan dalam penelitian ini adalah penelitian ini masih memiliki banyak kekurangan yang kemungkinan besar mempengaruhi hasil penelitian. Penelitian dilakukan di tempat kerja sehingga ada beberapa informan yang menjawab secara subjektif sehingga terdapat kemungkinan jawaban yang diberikan tidak sesuai dengan fakta di lapangan. Pemahaman peneliti dalam menganalisis dan mengambil kesimpulan masih kurang tajam sehingga belum sepenuhnya menggambarkan kondisi yang sebenarnya.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan hasil pembahasan di atas maka dapat diperoleh beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Dari aspek *Input* pelaksanaan Program Pengendalian TB MDR sudah baik, tetapi masih ada beberapa kekurangan yaitu belum adanya pelatihan terkait TB MDR, serta kurang tersedianya sarana prasarana yang mendukung.
2. Komitmen politis telah dilaksanakan dengan baik terbukti dengan adanya peran pihak pemerintah dan petugas dalam mengadakan dan menjalankan program penanggulangan TB MDR dengan strategi DOTS Plus. Adanya dukungan dana dari pemerintah yang bersumber dari APBD. Adanya pengembangan sumber daya manusia dengan melakukan pelatihan untuk menciptakan tenaga kesehatan yang lebih terlatih dan memahami penanganan TB MDR. Akan tetapi petugas Puskesmas Bandarharjo belum mendapatkan pelatihan khusus TB MDR.
3. Strategi Penemuan kasus yang dilakukan Puskesmas Bandarharjo dilaksanakan dengan baik. Penemuan kasus yang dilakukan petugas TB MDR dengan pencarian suspek terutama di wilayah-wilayah yang memiliki resiko TB MDR tinggi, hal ini dikarenakan sebagian besar pasien TB MDR adalah kasus lanjutan dari pengobatan ulang TB yang gagal.

4. Pengelolaan pasien TB MDR yang dilakukan puskesmas Bandarharjo sudah baik, petugas selalu memberikan obat kepada pasien TB MDR sesuai jadwal yang telah ditetapkan serta memberikan informasi kepada pasien ketika mengambil obat.
5. Jaminan ketersediaan OAT lini kedua berjalan dengan baik karena obat-obatan selalu dikirim sesuai dengan jumlah yang telah diperhitungkan untuk kebutuhan pasien. Setiap kali PMO mengambil obat ke puskesmas, obat selalu tersedia dalam keadaan bagus sehingga berkualitas dan sesuai dengan standar WHO.
6. Pencatatan dan pelaporan dilakukan dengan baik, pencatatan dan pelaporan yang dilakukan di Puskesmas Bandarharjo terdapat dua cara yaitu manual dan online.
7. Dari aspek *Output* yaitu keberhasilan pelaksanaan program pengendalian TB MDR belum dapat di nilai karena kondisi pasien di Puskesmas Bandarharjo masih dalam masa pengobatan. Setelah selesai pengobatan diharapkan dapat memberikan angka kesembuhan yang baik.

6.2 SARAN

Berdasarkan hasil pembahasan dan kesimpulan, maka saran yang dapat diberikan antara lain:

6.2.1 Bagi Puskesmas

Saran untuk Puskesmas Bandarharjo yaitu:

1. Meningkatkan pelaksanaan program pengendalian TB MDR secara optimal antara lain dengan membuat struktur pengorganisasiann TB MDR secara tertulis sehingga koordinasi dan pembagian tugas dapat dilakukan dengan jelas.
2. Melengkapi fasilitas pendukung untuk pelayanan TB MDR yang belum ada.
3. Kepala Puskesmas melakukan pengawasan dan evaluasi terhadap pelaksanaan TB MDR karena hal tersebut dapat berpengaruh pada kepatuhan petugas dan pasien dalam penerapannya.

6.2.2 Bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang

Saran untuk Dinas Kesehatan Kota Semarang yaitu:

1. Meningkatkan pengawasan terhadap puskesmas terkait penerapan TB MDR sehingga pelaksanaannya dapat berjalan lebih optimal dan dapat meningkatkan *safety pasien* di fasilitas pelayanan kesehatan, serta mampu mengurangi resiko penularan TB MDR.
2. Mengadakan pelatihan khusus terkait pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi *Tuberculosis Multi Drug Resitant* (TB MDR) di Puskesmas kepada petugas TB, sehingga petugas puskesmas mampu untuk melaksanakan program pengendalian TB MDR dengan optimal.

6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya yang akan melakukan penelitian yang serupa disarankan untuk melakukan penelitian kuantitatif untuk mengukur secara pasti faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program TB MDR dan jika peneliti menggunakan topik yang serupa dan jenis penelitian yang serupa maka dapat melakukan penelitian dengan variabel yang berbeda yang belum pernah diteliti. Variabel yang ditemukan oleh peneliti dan belum diteliti oleh peneliti yaitu peran PMO.

DAFTAR PUSTAKA

- Aderita, N. I., Bhisma, M., & Nunuk, S. (2016). Risk Factors Affecting Multi-Drug Resistant Tuberculosis in Surakarta and Ngawi Indonesia. *Journal of Health Promotion and Behavior* , 1(2): 90-103.
- Adiwinata, R., Rasidi, J., & Marpaung, M. (2018). Profil Klinis dan Evaluasi Pengobatan Pasien Rifampicin-Resistant dan Multidrug-Resistant Tuberculosis di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. *J Respir Indo* , 38(3): 135-142.
- Anengsih, C. P. (2017). *Implementasi Penanggulangan TB Paru Dengan Strategi DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse) di Wilayah Kerja Batupanga Kabupaten Polewali Mandar*. Makassar: UIN Alaudin Makassar.
- Anggraeni, D. E. (2017). *Hubungan antara Karakteristik Rumah dan Karakteristik Kontak dengan Gejala Klinis Tuberkulosis pada Keluarga Penderita Tuberkulosis BTA Positif*. Skripsi. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Aryani, E., & Maryati, H. (2018). Analisis Pelaksanaan Penanggulangan TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Cikupa Tahun 2017. *HEARTY Jurnall Kesehatan Masyarakat* , 6(0): 1-10.
- Azwar, A. (2010). *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Bocar Baya et al. (2019). Clinical Risk Factors Associated with Multidrug-Resistant Tuberculosis (TB-MDR) in Mali. *International Journal of Infectious Diseases* , 81: 149-155.
- Chang KC, Y. W. (2012). Management of difficult multidrug-resistant tuberculosis and extensively drug-resistant tuberculosis: update 2012. *Respirology* , 18(1): 8-21.
- Devi, T. (2018). Kejadian Tuberkulosis Multi Drug Resistant di RSUP Dr. Karyadi. *Higea Journal Of Public Health Research and Development (HIGEA)* , 2(2):194-204.
- Dewany, L. I., Haryanti, T., & Kurniawan, T. P. (2015). Kepatuhan Berobat Penderita TB Paru di Puskesmas Nguntorodadi I Kabupaten Wonogiri. *Jurnal Kesehatan* , 1(1): 39-43.

- Dinkes Kota Semarang. (2018). *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2018*. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- Dulahu, W. Y., & Ladiku, S. W. (2019). Pengalaman Klien Sedang Menjalani Pengobatan MDR-TB. *Jambura Nursing Journal* , 1(1): 2654-2927.
- Faradis, N. A. (2018). Implementasi Kebijakan Permenkes Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. *HIGEA* , 2(1): 307-319.
- Findarti, F. (2016). Pengaruh Sumber Daya Manusia terhadap Kinerja Pegawai pada Kantor Badan Kepegawaian Daerah Provinsi Kalimantan Timur. *Journal Ilmu Administrasi Bisnis* , 4(4): 937-946.
- Fitri, S. (2015). *Analisis Penatalaksanaan Program Penanggulangan Tuberkulosis Multi Drug Resisten Obat (TB MDR) di Puskesmas Medan Tahun 2015*. Skripsi. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Janan, M. (2019). Faktor-Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Peningkatan Prevalensi Kejadian TB MDR di Kabupaten Brebes Tahun 2011-2017. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia (JAKI)* , 8(2): 64-70.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Pedoman Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tubekulosis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Pusat data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI (Infodatin Tuberkulosis)*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi.
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Rencana Aks Nasional: Programmatic Management of Drug Resistance Tuberculosis Indonesia 2011-2014*. Jakarta: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Moleong, L. J. (2011). *Metode Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Munijaya, A. G. (2012). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugrahaeni, D. K., & Malik, U. S. (2015). Analisis Penyebab Resistensi Obat Anti Tuberkulosis. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* , 11(1): 8-15.
- Nugroho, F. S., Shaluhiah, Z., & Adi, S. (2018). Gambaran Perilaku Pengobatan Pasien TB MDR Fase Intensif di RS dr. Moewardi Surakarta. *Jurnal Kesehatan* , 11(1): 32-42.
- Paul, R. (2018). The Threat of Multidrug-resistant Tuberculosis. *Journal Of Global Infectious Diseases* , 10(3): 199:120.
- Peipei Ding et al. (2017). Multidrug-Resistant Tuberculosis (MDR-TB) Disease Burden in China: a Systematic Review and Spatio-Temporal Analysis. *BMC Infectious Disease* , 17(57): 1-29.
- Rarun, K. R. (2018). *Analisis Implementasi Kebijakan Pengendalian Tuberkulosis Resistensi Obat ditinjau dari Aspek Komitmen Politis pada Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Utara*. Skripsi. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Sastroasmoro, S. (2014). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Setegn Eshetie, M. G. (2017). Multidrug resistant tuberculosis in Ethiopian settings and its association with previous history of anti-tuberculosis treatment: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases* , 17(219): 1-12.
- Setiani, D. (2016). Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis Multi Drug Resistansi (TB MDR) dengan Strategi DOTS di Kabupaten Banyumas. *PHARMACY* , 13(2): 162-171.
- Sinaga, B. Y. (2013). Karakteristik Penderita Multidrug Resistant Tuberculosis yang mengikuti Programmatic Management of Drug-Resistant Tuberculosis di Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik Medan. *Jurnal Respir Indo* , 33(4): 221-229.
- Soepandi, P. (2014). Hasil Pengobatan dan Variasi Biaya TB-MDR/XDR dengan Strategi PMDT di RSUP Persahabatan. *Jurnal Administrasi Kebijakan Kesehatan (JAKI)* , 1(1): 19-25.
- Suarayasa, K., Pakaya, D., & Felandina, Y. (2019). Analisis Situasi Penanggulangan Tuberkulosis Paru di Kabupaten Sigi. *Jurnal Kesehatan Tadulako* , 5(1): 1-62.

- Subarsono. (2016). *Analisis Kebijakan Kesehatan: Konsep, Teori, dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kualitatif Kuantitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Syahrezki, M. (2015). Faktor Risiko Tuberkulosis Multidrug Resistant (TB-MDR). *J Agromed Unila* , 2(4): 413-418.
- Tambunan, E. M. (2017). *Analisis Penatalaksanaan Program Penanggulangan TB Paru dengan Strategi DOTS di Puskesmas Belawan Kecamatan Medan Belawan Tahun 2017*. Medan: FKM Universitas Sumatera Utara.
- Tekie, D. K., Masango, T. E., & Nkosi, Z. Z. (2018). Performance of the National Tuberculosis Control Program in the Post Conflict Liberia. *PloS ONE* , 13(6): 1-22.
- WHO. (2017). *Global Tuberculosis Report*. Geneva: WHO Press.
- WHO. (2018). *Global Tuberculosis Report*. Geneva: WHO Press.
- WHO. (2019). *Global Tuberculosis Report*. Geneva: WHO Press.
- Zignol, M., Dean, A. S., Falzon, D., Gemert, W., Wright, A., Deun, A., et al. (2016). Twenty Years of Global Surveillance of Anti Tuberculosis-Drug Resistance. *The New England Journal of Medicine* , 375(11): 1081-1089.

LAMPIRAN

Lampiran 1. SK Pembimbing



**KEPUTUSAN
DEKAN FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
Nomor: 19781/UN37.1.6/EP/2018**

**Tentang
PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING SKRIPSI/TUGAS AKHIR SEMESTER
GASAL/GENAP
TAHUN AKADEMIK 2018/2019**

- Menimbang** : Bahwa untuk memperlancar mahasiswa Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan membuat Skripsi/Tugas Akhir, maka perlu menetapkan Dosen-dosen Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES untuk menjadi pembimbing.
- Mengingat** : 1. Undang-undang No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Tambahan Lembaran Negara RI No.4301, penjelasan atas Lembaran Negara RI Tahun 2003, Nomor 78)
2. Peraturan Rektor No. 21 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Skripsi UNNES
3. SK, Rektor UNNES No. 164/O/2004 tentang Pedoman penyusunan Skripsi/Tugas Akhir Mahasiswa Strata Satu (S1) UNNES;
4. SK Rektor UNNES No.162/O/2004 tentang penyelenggaraan Pendidikan UNNES;
- Menimbang** : Usulan Ketua Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Tanggal 19 November 2018

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** :
- PERTAMA** : Menunjuk dan menugaskan kepada:
- Nama : dr. Fitri Indrawati, M.P.H.
NIP : 198307112008012008
Pangkat/Golongan : III/b
Jabatan Akademik : Lektor
Sebagai Pembimbing
- Untuk membimbing mahasiswa penyusun skripsi/Tugas Akhir :
- Nama : WWID KOMALASARI
NIM : 6411415081
Jurusan/Prodi : Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat
Topik : Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan
- KEDUA** : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Tembusan
1. Pembantu Dekan Bidang Akademik
2. Ketua Jurusan
3. Petinggal

6411415081

FM-03-AKD-24/Rev. 00

DITETAPKAN DI : SEMARANG
PADA TANGGAL : 26 November 2018
DEKAN

Prof. Dr. Tandyo Rahayu, M.Pd.
NIP 196103201984032001

Lampiran 2. Surat Izin Penelitian dari Fakultas



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
 Gedung Dekanat FIK Kampus UNNES Sekaran Gunungpati Semarang 50229
 Telepon +6224-8508007, Faksimile +6224-8508007
 Laman: <http://fik.unnes.ac.id>, surel: fik@mail.unnes.ac.id

Nomor : B/16696/UN37.1.6/LT/2019
 Hal : Izin Penelitian

30 September 2019

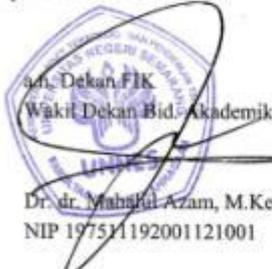
Yth. Kepala Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang
 Jl. Pemuda No. 175-171, Sekayu, Kec. Semarang Tengah, Kota Semarang

Dengan hormat, bersama ini kami sampaikan bahwa mahasiswa di bawah ini:

Nama : Wiwid Komalasari
 NIM : 6411415081
 Program Studi : Kesehatan Masyarakat (Administrasi Kebijakan Kesehatan). S1
 Semester : Gasal
 Tahun akademik : 2019/2020
 Judul : Analisis Penatalaksanaan Program Pengendalian Tuberkulosis Multi Drug Resistant (TB-MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang

Kami mohon yang bersangkutan diberikan izin untuk melaksanakan penelitian skripsi di perusahaan atau instansi yang Saudara pimpin, dengan alokasi waktu 1 Oktober s.d 30 November 2019.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami mengucapkan terima kasih.


 an. Dekan FIK
 Wakil Dekan Bid. Akademik,
 Dr. dr. Mahidul Azam, M.Kes.
 NIP 197511192001121001

Tembusan:
 Dekan FIK,
 Universitas Negeri Semarang



Nomor Agenda Surat : 821 114 762 5

Sistem Informasi Surat Dinas - UNNES (2019-09-30 14:08:52)

Lampiran 3. Surat Izin Penelitian dari Kesbangpol

	PEMERINTAH KOTA SEMARANG BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK <small>Jl. Pemuda No. 175 Semarang Tel. 3584045 Hunting: 3584077 Pws. 2601,2602,2603,2604,2605,2606 Fax.3584045</small>
<hr/>	
<u>SURAT REKOMENDASI SURVEY / RISET</u> Nomor : 070/3407/X/2019	
I. DASAR	: 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2011 tanggal 20 Desember 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian. 2. Peraturan Daerah Pemerintah Kota Semarang Nomor 13 tahun 2008, Tanggal 7 Nopember 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kota Semarang. 3. Peraturan Walikota Semarang Nomor 44 Tahun 2008 Tanggal 24 Desember 2008 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Semarang.
II. MEMBACA	: Surat dari Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang Nomer : B/16696/UN37.1.6/LT/2019 Tanggal : 30 September 2019
III. Pada Prinsipnya kami tidak keberatan/ dapat menerima atas pelaksanaan penelitian / survey di Kota Semarang.	
IV. Yang dilaksanakan oleh :	
1. Nama	: Wiwid Komaiasari
2. Kebangsaan	: Indonesia
3. Alamat	: Dk Kebaturan RT. 002 RW. 006 Kel. Sitiadi, Kec. Puring, Kabupaten Kebumen
4. Pekerjaan	: Mahasiswa
5. Penanggungjawab	: Dr.dr. Mahdul Azam, M.Kes
6. Judul Penelitian	: " Analisis Penatalaksanaan Progam Pengendalian Tuberkulosis Multi Drug Resistant (TB-MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang "
7. Lokasi	: Kota Semarang
V. KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT:	
1. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Setempat/Lembaga Swasta yang akan dijadikan obyek lokasi untuk mendapatkan petunjuk seperlunya dengan menunjukkan Surat Pemberitahuan ini.	

2. Pelaksanaan survey / riset tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan. Untuk penelitian yang mendapat dukungan dana sponsor baik dari dalam negeri maupun luar negeri, agar dijelaskan pada saat mengajukan perijinan. Tidak membahas masalah Politik dan atau Agama yang dapat menimbulkan terganggunya stabilitas keamanan dan ketertiban.
 3. Surat rekomendasi dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati / mengindahkan peraturan yang berlaku atau obyek penelitian menolak untuk menerima Peneliti.
 4. Setelah survey / riset selesai supaya menyerahkan hasilnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang
- VI. Surat Rekomendasi Penelitian + riset ini berlaku dari :
Tanggal 07 Oktober 2019 s/d 07 Maret 2020.
- VII. Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Semarang, 07 Oktober 2019
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kota Semarang



ABDUL HARIK, SH, MM
Pembina Tk. I
NIP. 19630317 199103 1 006

Lampiran 4. *Ethical Clearance*



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAHAAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
Gedung F5, Lantai 2 Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, Telp (024) 8508107

ETHICAL CLEARANCE
Nomor: 231/KEPK/EC/2019

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Negeri Semarang, setelah membaca dan menelaah usulan penelitian dengan judul :

Analisis Penatalaksanaan Program Pengendalian Tuberkulosis Multi Drug Resistant (TB-MDR) di Puskesmas bandarharjo Kota Semarang

Nama Peneliti Utama : Wiwid Komalasari
 Nama Pembimbing : dr. Fitri Indrawati, M.P.H
 Alamat Institusi Peneliti : Jurusan IKM UNNES, Gedung F5, Lantai 2, Sekaran, Gunungpati, Semarang
 Lokasi Penelitian : Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang
 Tanggal Persetujuan : 11 Oktober 2019
 (berlaku 1 tahun setelah tanggal persetujuan)

menyatakan bahwa penelitian di atas telah memenuhi prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health-Related Research with Human Participants dari WHO 2011 dan International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans dari CIOMS dan WHO 2016. Oleh karena itu, penelitian di atas dapat dilaksanakan dengan selalu memperhatikan prinsip-prinsip tersebut.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan berhak untuk memantau kegiatan penelitian tersebut.

Peneliti harus melampirkan *informed consent* yang telah disetujui dan ditandatangani oleh peserta penelitian dan saksi pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan menyerahkan:

- Laporan kemajuan penelitian
- Laporan kejadian bahaya yang ditimbulkan
- Laporan akhir penelitian

Semarang, 11 Oktober 2019
Ketua,



Prof. Dr. dr. Oktia Woro K.H., M.Kes.
NIP. 19591001 198703 2 001

Lampiran 5. Surat Telah Melaksanakan Penelitian



PEMERINTAH KOTA SEMARANG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS BANDARHARJO

JL. Layur RT. 05 / RW. IV Telp. (024) 3564787 Kode Pos : 50173
 SEMARANG



SURAT KETERANGAN
 Nomor : 800 / 3666

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Sub Bag TU UPTD Puskesmas Bandarharjo Semarang menerangkan bahwa :

Nama : Wiwid Komalasari
 NIM : 6411415081
 Universitas : Negeri Semarang

Telah melaksanakan kegiatan penelitian dengan Judul Analisis Penatalaksanaan Program Pengendalian Tuberkulosis Multi Drug Resistant (TB-MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang , dilaksanakan pada tanggal 07 Oktober 2019 s/d 07 Maret 2020.

Demikian surat keterangan ini dibuat, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Semarang, 25 November 2019

Kepala Sub Bag TU UPTD Puskesmas Bandarharjo



[Signature]
 Elly Febriani
 NIP. 19660225 198803 2 003

Lampiran 6. Lembar Permintaan Menjadi Responden

PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Bapak/ Ibu/ Saudara yang terhormat,

Dengan segala kerendahan hati, saya Wiwid Komalasari, NIM 6411415081, mahasiswa S1 Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan, Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, memohon keikhlasan Bapak/ Ibu/ Saudara untuk menjawab pertanyaan- pertanyaan pada daftar berikut tanpa prasangka dan perasaan tertekan.

Kami saat ini mengadakan penelitian dengan judul: “Analisis Penatalaksanaan Program Pengendalian Tuberkulosis Multi Drug Resistant (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang”. Bersama ini kami mengajukan beberapa pertanyaan yang terkait dengan penelitian tersebut.

Hasil penelitian tersebut akan kami ajukan untuk memberikan masukan dalam menyusun program kesehatan terkait Program Pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) kepada pemangku kepentingan.

Besar harapan kami semoga Bapak/ Ibu/ Saudara dapat menjawab dengan sebenarnya dan sungguh- sungguh, karena kami akan menjaga kerahasiaan jawaban Bapak/ Ibu/ Saudara.

Demikian harapan kami, sebelumnya kami ucapkan terimakasih atas kesediaan Bapak/ Ibu/ Saudara meluangkan waktu membantu kami.

Semarang, 26 September 2019

Hormat saya,

Wiwid Komalasari

NIM. 6411415081

Lampiran 7. Lembar Penjelasan Kepada Calon Subjek

LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON SUBJEK

Saya, Wiwid Komalasari, NIM 6411415081, mahasiswa S1 Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan, Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, akan melakukan penelitian yang berjudul *Analisis Penatalaksanaan Program Pengendalian Tuberculosis Multi Drug Resistant (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang*. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penatalaksanaan program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant (TB MDR)* di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.

Saya mengajak Ibu untuk ikut dalam penelitian ini. Penelitian ini membutuhkan 6 subjek penelitian, dengan jangka waktu keikutsertaan masing-masing subjek sekitar setengah sampai satu jam.

A. Kesukarelaan untuk Ikut Penelitian

Keikutsertaan Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini adalah bersifat sukarela, dan dapat menolak untuk ikut dalam penelitian ini atau dapat berhenti sewaktu-waktu tanpa denda sesuatu apapun.

B. Prosedur Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan wawancara (berkomunikasi dua arah) antara saya sebagai peneliti sebagai pengumpul data (*enumerator*) dengan Bapak/Ibu/Saudara sebagai subjek penelitian/informan. Saya akan mencatat hasil wawancara ini untuk kebutuhan penelitian setelah mendapatkan persetujuan dari Bapak/Ibu/Saudara. Penelitian ini tidak ada tindakan dan hanya semata-mata wawancara untuk mendapatkan informasi seputar tujuan penelitian.

C. Kewajiban Subjek Penelitian

Bapak/Ibu/Saudara diminta memberikan jawaban ataupun penjelasan yang sebenarnya terkait dengan pertanyaan yang diajukan untuk mencapai tujuan penelitian ini.

D. Risiko, Efek Samping, dan Penanganannya

Tidak ada risiko dan efek samping dalam penelitian ini, karena tidak ada perlakuan kepada Bapak/Ibu/Saudara dan hanya wawancara (komunikasi dua arah) saja.

E. Manfaat

Adapun manfaat yang bisa diperoleh dari penelitian ini adalah untuk memberikan masukan dalam penatalaksanaan program kesehatan

pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) untuk memberikan informasi kepada pemangku kepentingan.

F. Kerahasiaan

Informasi yang didapatkan dari Bapak/Ibu/Saudara terkait dengan penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan ilmiah (ilmu pengetahuan).

G. Kompensasi / Ganti Rugi

Dalam penelitian ini tersedia dana untuk kompensasi atau ganti rugi untuk Bapak/Ibu/Saudara.

H. Pembiayaan

Penelitian ini dibiayai oleh dana pribadi.

I. Informasi Tambahan

Penelitian ini dibimbing oleh dr. Fitri Indrawati, M.P.H.

Bapak/Ibu/Saudara diberikan kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bila sewaktu-waktu ada efek samping atau membutuhkan penjelasan lebih lanjut, Bapak/Ibu/Saudara dapat menghubungi Wiwid Komalasari (Wiwid), no Hp 083836652251 di Kebaturan Kulon RT 02 RW 06, Desa Sitiadi, Kecamatan Puring, Kabupaten Kebumen. Bapak/Ibu/Saudara juga dapat menanyakan tentang penelitian ini kepada Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Universitas Negeri Semarang, melalui email kepk.unnes@mail.unnes.ac.id.

Semarang, 26 September 2019
Hormat saya,

Wiwid Komalasari
NIM 6411415081

Lampiran 8. Pesetujuan Keikutsertaan Dalam Penelitian

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (*INFORMED CONSENT*)

(Pernyataan bersedia menjadi responden penelitian)

Dengan ini, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
Umur :
Pendidikan terakhir :
Lama bekerja :
Telepon/Hp :

Dengan sadar dan tanpa paksaan bersedia berpartisipasi dalam penelitian “Analisis Pentaalaksanaan Program Pengendalian Tuberkulosis Multi Drug Resistant (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang” oleh Wiwid Komalasari mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang sesuai dengan catatab apabila suatu ketika saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun maka saya berhak mebatalkan persetujuan ini.

Peneliti Semarang,.....
Responden

(Wiwid Komalasari)

(.....)

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Semua penjelasan tersebut telah dijelaskan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan saya dapat menanyakan kepada Saudara Wiwid Komalasari

Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Tandatangan subjek

Tanggal

(Nama jelas :.....)

Tandatangan saksi

(Nama jelas :.....)

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

(Pernyataan bersedia menjadi responden penelitian)

Dengan ini, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : PURWATI TRININGSIH, Amk.
Umur : 56 TAHUN
Pendidikan terakhir : D3 KEPERAWATAN
Lama bekerja : 7 TAHUN
Telepon/Hp : 08562806670

Dengan sadar dan tanpa paksaan bersedia berpartisipasi dalam penelitian "Analisis Pentaalaksanaan Program Pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB-MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang" oleh Wiwid Komalasari mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang sesuai dengan catatab apabila suatu ketika saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun maka saya berhadk mebatalkan persetujuan ini.

Semarang, 2 November 2019

Peneliti

Responden




(Wiwid Komalasari)

(PURWATI TR.....)

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Semua penjelasan tersebut telah dijelaskan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan saya dapat menanyakan kepada Saudara Wiwid Komalasari

Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Tandatangan subjek



Tanggal

2 November 2019

(Nama jelas : Purwati Triningsih)

Tandatangan saksi

(Nama jelas : Laelatul Rohmah)

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

(Pernyataan bersedia menjadi responden penelitian)

Dengan ini, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : IRFAN SETYO MUGROHO
Umur : 25 tahun
Pendidikan terakhir : Profesi Ners
Lama bekerja : 1 tahun
Telepon/Hp : 0850 7070 7007

Dengan sadar dan tanpa paksaan bersedia berpartisipasi dalam penelitian "Analisis Pentaalaksanaan Program Pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB-MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang" oleh Wiwid Komalasari mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang sesuai dengan catatab apabila suatu ketika saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun maka saya berhadk mebatalkan persetujuan ini.

Semarang, 16 Nov 2019

Peneliti

Responden




(Wiwid Komalasari)

(..IRFAN SETYO M...)

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Semua penjelasan tersebut telah dijelaskan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan saya dapat menanyakan kepada Saudara Wiwid Komalasari

Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Tandatangan subjek

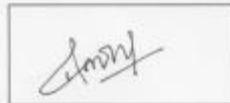


Tanggal

16-4-2019

(Nama jelas : Irfan Setyo Nugroho)

Tandatangan saksi



(Nama jelas : Laelatul Kohmah)

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(INFORMED CONSENT)

(Pernyataan bersedia menjadi responden penelitian)

Dengan ini, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

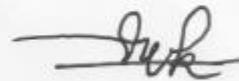
Nama : dr. Nurhayati, M.Kes.
 Umur : 45 tahun
 Pendidikan terakhir : S2 Magister Kesehatan
 Lama bekerja : 12 tahun
 Telepon/Hp : 085656257836

Dengan sadar dan tanpa paksaan bersedia berpartisipasi dalam penelitian "Analisis Pentaalaksanaan Program Pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB-MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang" oleh Wiwid Komalasari mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang sesuai dengan catatab apabila suatu ketika saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun maka saya berhadk mebatalkan persetujuan ini.

Semarang, 2 November 2019

Peneliti

Responden

(Wiwid Komalasari)

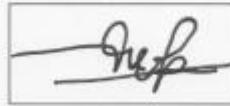
(.....)

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Semua penjelasan tersebut telah dijelaskan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan saya dapat menanyakan kepada Saudara Wiwid Komalasari

Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Tandatangan subjek



Tanggal

2 November 2019

(Nama jelas : Purhayati)

Tandatangan saksi

(Nama jelas : Laelatu Rehorah)

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

(Pernyataan bersedia menjadi responden penelitian)

Dengan ini, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

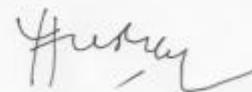
Nama : Mamat Supriyono
Umur : 50 tahun
Pendidikan terakhir : Magister Epidemiologi
Lama bekerja : 5 tahun
Telepon/Hp :

Dengan sadar dan tanpa paksaan bersedia berpartisipasi dalam penelitian "Analisis Pentaalaksanaan Program Pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB-MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang" oleh Wiwid Komalasari mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang sesuai dengan catatab apabila suatu ketika saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun maka saya berhadk mebatalkan persetujuan ini.

Semarang, 31 Oktober 2019

Peneliti

Responden



(Wiwid Komalasari)

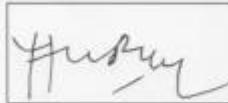
(Mamat Supriyono)

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Semua penjelasan tersebut telah dijelaskan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan saya dapat menanyakan kepada Saudara Wiwid Komalasari

Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Tandatangan subjek



Tanggal

31 Oktober 2019

(Nama jelas : Mamat Supriyono)

Tandatangan saksi



(Nama jelas : Laelatul Rohmah)

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(INFORMED CONSENT)

(Pernyataan bersedia menjadi responden penelitian)

Dengan ini, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Endang Suryanti
 Umur : 49
 Pendidikan terakhir : SMP
 Lama bekerja : 1 th
 Telepon/Hp : 085867582161

Dengan sadar dan tanpa paksaan bersedia berpartisipasi dalam penelitian "Analisis Pentaalaksanaan Program Pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB-MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang" oleh Wiwid Komalasari mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang sesuai dengan catatab apabila suatu ketika saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun maka saya berhadk mebatalkan persetujuan ini.

Semarang, 16 - 09 - 2019

Peneliti

Responden



(Wiwid Komalasari)



(...Endang...S...)

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Semua penjelasan tersebut telah dijelaskan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan saya dapat menanyakan kepada Saudara Wiwid Komalasari

Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Tandatangan subjek



Tanggal

16 - 19 - 2019

(Nama jelas :Endang Saepati.....)

Tandatangan saksi



(Nama jelas :Laelatul Rohmah.....)

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

(Pernyataan bersedia menjadi responden penelitian)

Dengan ini, saya yang bertanda tangan di bawah ini: _____

Nama : *lin*
Umur : *29 th*
Pendidikan terakhir : *SMA*
Lama bekerja : *-*
Telepon/Hp : *-*

Dengan sadar dan tanpa paksaan bersedia berpartisipasi dalam penelitian "Analisis Pentaalaksanaan Program Pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB-MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang" oleh Wiwid Komalasari mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang sesuai dengan catatab apabila suatu ketika saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun maka saya berhadk mebatalkan persetujuan ini.

Semarang, *16 November 2019*

Peneliti

Responden



(Wiwid Komalasari)



(*lin*.....)

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Semua penjelasan tersebut telah dijelaskan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan saya dapat menanyakan kepada Saudara Wiwid Komalasari

Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Tandatangan subjek



Tanggal

16 November 2019

(Nama jelas :.....)

Tandatangan saksi



(Nama jelas : Laelatul Rohmah.....)

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**(INFORMED CONSENT)**

(Pernyataan bersedia menjadi responden penelitian)

Dengan ini, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : ROHMAT
Umur : 60 TAHUN
Pendidikan terakhir : SMA
Lama bekerja :
Telepon/Hp : 081 390 400 696

Dengan sadar dan tanpa paksaan bersedia berpartisipasi dalam penelitian "Analisis Pentaalaksanaan Program Pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB-MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang" oleh Wiwid Komalasari mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang sesuai dengan catatab apabila suatu ketika saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun maka saya berhadk mebatalkan persetujuan ini.

Semarang, 16 November 2019

Peneliti

Responden



(Wiwid Komalasari)



PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Semua penjelasan tersebut telah dijelaskan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan saya dapat menanyakan kepada Saudara Wiwid Komalasari

Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Tandatangan subjek



Tanggal

16 November 2019

(Nama jelas : KOMMAT)

Tandatangan saksi

(Nama jelas : Laelatul Fehmah)

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(INFORMED CONSENT)

(Pernyataan bersedia menjadi responden penelitian)

Dengan ini, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : *Mujib: Rahman*
 Umur : *26*
 Pendidikan terakhir : *SMP*
 Lama bekerja : *9 thn*
 Telepon/Hp : *083414 227087*

Dengan sadar dan tanpa paksaan bersedia berpartisipasi dalam penelitian "Analisis Pentaalaksanaan Program Pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB-MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang" oleh Wiwid Komalasari mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang sesuai dengan catatab apabila suatu ketika saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun maka saya berhadk mebatalkan persetujuan ini.

Semarang *16 November 2019*

Peneliti

Responden



(Wiwid Komalasari)



(.....)

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Semua penjelasan tersebut telah dijelaskan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan saya dapat menanyakan kepada Saudara Wiwid Komalasari

Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Tandatangan subjek



Tanggal

16 November 2019

(Nama jelas : Mujibul Khotman)

Tandatangan saksi



(Nama jelas : Laelatul Rohmah)

Lampiran 9. Lembar Pedoman Wawancara

ANALISIS PENATALAKSANAAN PROGRAM PENGENDALIAN *TUBERCULOSIS MULTI DRUG RESITANT (TB MDR)* DI PUSKESMAS BANDARHAJO KOTA SEMARANG

1. Untuk Penanggung jawab program TB MDR di Dinkes Kota Semarang

a. Identitas Informan

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan Terakhir :
5. Lama Bekerja :
6. Tanggal wawancara :

b. Daftar Pertanyaan

1. Kapan Dinas Kesehatan Kota Semarang membuat dan melakukan program penanggulangan TB MDR?
2. Bagaimana pengembangan sumber daya manusia dalam menanggulangi TB MDR?
3. Apakah ada pelatihan yang diberikan kepada tenaga kesehatan yang menanggulangi TB MDR?
4. Apakah ada pedoman/SOP/ Juknis dalam pelaksanaan program TB MDR?
5. Bagaimana pendanaan terhadap penanggulangan TB MDR?
6. Bagaimana dukungan dari DKK dalam pengadaan dan pemenuhan sarana prasarana dalam pelaksanaan program pengendalian TB MDR?
7. Bagaimana kerja sama Dinas Kesehatan dengan instansi terkait dengan TB MDR?
8. Bagaimana strategi penemuan kasus yang tepat pada TB MDR?

9. Bagaimana pengelolaan pasien TB MDR yang seharusnya?
10. Bagaimana distribusi obat?
11. Bagaimana ketersediaan OAT lini kedua dalam menanggulangi TB MDR?
12. Bagaimana ketersediaan sarana prasarana penunjang dalam pelaksanaan program?
13. Bagaimana peran PMO dalam mengawasi minum obat?
14. Bagaimana kelengkapan pencatatan dan pelaporan penanggulangan TB MDR?
15. Bagaimana keberhasilan yang telah didapat, apakah ada hambatan atau kendala dalam menanggulangi TB MDR?
16. Apa langkah yang dilakukan dalam mengatasi hambatan atau kendala tersebut?

2. Untuk Kepala Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang

a. Identitas Informan

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan Terakhir :
5. Lama Bekerja :
6. Tanggal wawancara :

b. Daftar Pertanyaan

1. Kapan Puskesmas ini melaksanakan program penanggulangan TB MDR?
2. Bagaimana pengembangan Sumber daya manusia dalam menanggulangi TB MDR?
3. Berapa jumlah tenaga kesehatan dalam pelaksanaan program TB MDR?
4. Apakah ada pelatihan yang diberikan kepada petugas?
5. Apakah ada pedoman/SOP/Juknis dalam pelaksanaan program TB MDR?
6. Bagaimana pendanaan untuk menanggulangi TB MDR?
7. Bagaimana pengelolaan pasien TB MDR yang seharusnya?
8. Bagaimana distribusi obat?
9. Bagaimana ketersediaan OAT lini kedua dalam menanggulangi TB MDR?
10. Bagaimana ketersediaan sarana prasarana penunjang dalam pelaksanaan program?
11. Bagaimana kerja sama yang dilakukan puskesmas dalam menanggulangi TB MDR?
12. Bagaimana strategi penemuan kasus yang tepat pada TB MDR?
13. Bagaimana peran PMO dalam mengawasi minum obat?
14. Bagaimana kelengkapan pencatatan dan pelaporan penanggulangan TB MDR?
15. Bagaimana keberhasilan yang telah didapat, apakah ada hambatan atau kendala dalam menanggulangi TB MDR?
16. Apa langkah yang dilakukan dalam mengatasi hambatan atau kendala tersebut?

3. Untuk Penanggung Jawab Program Pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang

a. Identitas Informan

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan Terakhir :
5. Lama Bekerja :
6. Tanggal wawancara :

b. Daftar Pertanyaan

1. Apakah tupoksi anda dalam program penanggulangan TB MDR?
2. Apakah ada pelatihan yang diberikan kepada petugas?
3. Apakah ada pedoman/SOP/Juknis dalam pelaksanaan program TB MDR?
4. Bagaimana pendanaan untuk menanggulangi TB MDR?
5. Bagaimana kerja sama yang dilakukan puskesmas dalam menanggulangi TB MDR?
6. Bagaimana strategi penemuan kasus yang tepat pada TB MDR?
7. Bagaimana pengelolaan pasien TB MDR yang seharusnya?
8. Bagaimana ketersediaan OAT lini kedua dalam menanggulangi TB MDR?
9. Bagaimana ketersediaan sarana prasarana penunjang dalam pelaksanaan program TB MDR?
10. Bagaimana peran PMO dalam pelaksanaan program TB MDR?
11. Bagaimana kelengkapan pencatatan dan pelaporan penanggulangan TB MDR?
12. Bagaimana keberhasilan yang telah didapat, apakah ada hambatan atau kendala dalam menanggulangi TB MDR?
13. Apa langkah yang dilakukan dalam mengatasi hambatan atau kendala tersebut?

4. Untuk Pengawas Minum Obat (PMO)

a. Identitas Informan

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan Terakhir :
5. Lama Bekerja :
6. Tanggal wawancara :

b. Daftar Pertanyaan

1. Apakah Bapak/Ibu pernah mendapatkan penjelasan tentang PMO?
2. Berapa kali Bapak/Ibu mengambil obat ke puskesmas? Apakah pasien ikut?
3. Apakah Bapak/Ibu melihat pasien meminum obat?
4. Bagaimana alur pemeriksaan yang dilakukan petugas selama berobat ke puskesmas?
5. Bagaimana pelayanan yang dilakukan tenaga kesehatan di puskesmas ini?
6. Apakah kendala Bapak/Ibu dalam menghadapi pasien TB MDR?

5. Untuk Pasien TB MDR.

a. Identitas Informan

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan Terakhir :
5. Lama Bekerja :
6. Tanggal wawancara :

b. Daftar Pertanyaan

1. Bagaimana awal mula Bapak/Ibu menderita TB MDR?
2. Bagaimana alur pemeriksaan yang dilakukan petugas selama berobat di puskesmas ini ?
3. Bagaimana petugas kesehatan memantau Bapak/Ibu selama pengobatan?
4. Bagaimana menurut Bapak/Ibu dengan sarana dan prasarana di puskesmas ini?
5. Apakah Bapak/Ibu memiliki PMO? Siapa?
6. Apakah Bapak/Ibu pernah mendapatkan penjelasan tentang TB MDR?
7. Bagaimana pelayanan yang dilakukan tenaga kesehatan di puskesmas ini?
8. Apakah kendala Bapak/Ibu selama menjalankan pengobatan?

Lampiran 10. Transkrip Hasil Wawancara

Lampiran Transkrip Wawancara Informan Utama

Pedoman Wawancara Mendalam Informan Utama (Programer TB)

**ANALISIS PENATALAKSANAAN PROGRAM PENGENDALIAN
TUBERKULOSIS MULTI DRUG RESISTANT (TB MDR)
DI PUSKESMAS BANDARHARJO KOTA SEMARANG**

Tanggal Wawancara:

A. Identitas Subjek Penelitian

Nama Informan : Purwati Triningsih
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Umur : 56 tahun
 Pendidikan : D3 Keperawatan
 Jabatan/Pendidikan : Programer TB
 Lama Kerja : 7 tahun

B. Pertanyaan

No.	PERTANYAAN	JAWABAN
INPUT		
1.	Ada berapa petugas TB MDR?	Satu, pemegang programnya kan cuma satu, cuma semua lintas program semua bekerja mbak.
2.	Apakah tenaga kesehatan sudah cukup?	Cukup sih mbak.
3.	Apakah ada pelatihan yang diberikan kepada petugas?	Eee khusus untuk TB MDR gak, cuma untuk khusus pengelolaan TB iya sudah ada dari provinsi, kalo TB eee MDR itu kan kita hanya titipan mbak

		<p>sementara ini di puskesmas kan pengelolaannya eee manajernya itu dikaryadi jadi pasien misalnya kita menemukan suspek nih kita kirim ke karyadi ternyata disana ditemukan RR (resistant revavisint) trs dikembalikan ke kita diulang lagi sekali lagi dahak kirimkan ke karyadi lagi nanti dikelola karyadi, dikelola kalo sudah sebulan atau berapa ya di uji T tentang obat-obat apa aja yang eee dia apa resistant alergi- alergi apa itu to nanti dikembalikan ke kita lagi untuk kontrolan selanjutnya.</p>
4.	Apakah tupoksi anda dalam program pengendalian TB MDR?	Tupoksi ada sih, cuman kan ada sih. Kemaren kan buat itu loh mbak buat yang akreditasi puskesmas.
5.	Apakah ada pedoman/SOP/Juknis dalam pelaksanaan program TB MDR?	SOP nya kita hanya memberikan pengobatan aja, heeh jadi kita untuk mereka follow up nya dari karyadi sebulan sekali kan mereka ke karyadi tuh follow up eee apa kesana dipriksa lagi nanti kalo ada apa kita ee prinsipnya kita gak mengobati maksudnya tidak

		memegang pasien itu secara utuh maksudnya kita hanya dititipin karena obat itu kan setiap hari harus diminum karena kalo pasien harus ke karyadi kan kejauhan nih takut nanti ooh ditengah jalan makannya di puskesmas.
6.	Bagaimana Pendanaan untuk menanggulangi TB MDR?	Dari pusat, kita gak pokoknya pasien datang kesini ngambil obat gratis gitu aja nanti kayanya dapet uang transtport dari karyadi kayanya setiap pasien.
7.	Bagaimana ketersediaan OAT lini kedua dalam menanggulangi TB MDR?	Ooh cukup mbak.
8.	Bagaimana ketersediaan sarana prasarana penunjang dalam pelaksanaan program TB MDR?	Cukup, kita sudah lengkap mbak. iya ada masker, <i>tissue</i> , sarung tangan, sabun cuci tangan, sama itu wastafel
PROSES		
9.	Bagaimana kerjasama yang dilakukan puskesmasn dalam menanggulangi TB MDR?	Ya itu kan kita kerjasama sama dinas kesehatan, rumah sakit, karena sama-sama pemerintah yaa jadi kita dapet tugas dari kita pengelola program nihh tugasnya mengobati pasien ya sudah itu aja dari dinas kita kebetulankan grup itu dari rumah sakit dari puskesmas

		grup pengelola programnya.
10.	Bagaimana strategi penemuan kasus yang tepat pada TB MDR?	Ya kita biasa to, cari suspek itu trs IKA di pasien itu soalnya MDR itu tanda gejalanya kan gak spesifik kaya yang di itu sepengetahuan saya ya ga ada batuk tau-tau batuk sekali diperiksakan kan yang tau dari karyadi.
11.	Bagaimana pengelolaan pasien TB MDR yang seharusnya?	Ya setiap saat to mbak, pencarian suspek setiap saat setiap hari itu kalo ada pasien dengan tanda gejala TB kan kita kan suspeknya gak TB MDR langsung kita kan suspeknya suspek TB regular pokoknya tanda dan gejala batuk nanti kita suspek nanti ditemukan MDR kan setelah kita kirimkan suspek yang tau kan karyadi kan karena pemeriksaan rejiment kalo tidak dengan pemeriksaan mikroskopis kan tidak kelihatan too.
11.	Bagaimana proses pemberian pengobatan kepada pasien?	Ya biasa pasien datang setiap pagi minum obat ditungguin setelah itu pulang nanti setiap sebulan sekali control ke karyadi gitu ajaa.
12.	Bagaimana peran PMO dalam pelaksanaan	Bagus, kan kita punya grup.

	program TB MDR?	Kalo petugas khusus kan kita punya kader tuh PMO tapi kalo PMO ini kan keluarga. Kita punya 10 pasien ya berarti 10 PMO. PMO nya itu ya dari keluarganya sendiri ada yang dari kader kalo mereka gak punya keluarga ya kita eee apa kita menyarankan untuk kader, kader mereka yo pilih kalo dia senang dengan kadernya itu ya sudah.
13.	Apakah ada pelatihan khusus untuk PMO?	Ada, puskesmas yang melaksanakan setiap tahun sekali kalo dia sekali pengobatan sekali datang.
14.	Bagaimana kelengkapan pencatatan dan pelaporan penanggulangan TB MDR?	Kita kan ada ECTB sama btul itu lewat itu.
OUTPUT		
15.	Bagaimana keberhasilan yang telah didapat, apakah ada hambatan atau kendala dalam pelaksanaan program?	Ya keberhasilan programnya yaa kita sih ya 70% lah.
16.	Apakah langkah yang harus dilakukan dalam mengatasi hambatan atau kendala tersebut?	Ya paling itu mbak kalo menghadapi SDM e eee itu kan kadang-kadang orang bosan ya minum obat selama itu setiap hari selama sekian bungkus sekarang sih rejiment itu mending ya cuma setahun yaa

		<p>minum obatnya ya tapi kan yang dulu 2 tahun yo orang namanya setiap hari kadang yo pinter-pintere kita lah mau ngambil hatinya untuk memberikan penyuluhan ke mereka tapi kadang-kadang tapi kalo saya sih gak pernah dibilangin minum obat ini vitamin untuk menyembuhkan eee mengembalikan stamnina bapak ibu gitu jadi njenengan harus tlenen setiap hari diminum biar nanti kesehatannya pulih kembali itu kalo dia.</p>
--	--	---

Pedoman Wawancara Mendalam Informan Utama (Pelaksana Program TB)

**ANALISIS PENATALAKSANAAN PROGRAM PENGENDALIAN
TUBERKULOSIS MULTI DRUG RESISTANT (TB MDR)
DI PUSKESMAS BANDARHARJO KOTA SEMARANG**

Tanggal Wawancara:

A. Identitas Subjek Penelitian

Nama Informan : Irfan Setyo Nugroho

Jenis Kelamin : Laki-laki

Umur : 25 tahun

Pendidikan : S1 Keperawatan

Jabatan/Pendidikan : Perawat, administrasi pemantauan obat bagian TB

Lama Kerja : 5 bulan

B. Pertanyaan

No.	PERTANYAAN	JAWABAN
INPUT		
1.	Ada berapa petugas TB MDR?	3 tim, yang 1 tutor yang 2 perawat
2.	Apakah tenaga kesehatan sudah cukup?	Ya cukup
3.	Apakah ada pelatihan yang diberikan kepada petugas?	Untuk TB MDR secara langsung ndak ada, cuma pelatihan TB umum cuma nanti diselipin- selipin TB MDR. Untuk focus pelatihannya sih sama kaya pelatihan TB biasa pengobatannya juga eeee sama tapi yang membedakan di sini adalah obat itu diadvise dari rumah sakit rujukan jadi kita ndak berhak untuk ngobati tapi kita cuma mengawasi

		aja.
4.	Apakah tupoksi anda dalam program pengendalian TB MDR?	Ada
5.	Apakah ada pedoman/SOP/Juknis dalam pelaksanaan program TB MDR?	SOP juga ada mbak. Iya untuk SOP itu dari puskesmas sendiri mbak.
6.	Bagaimana Pendanaan untuk menanggulangi TB MDR?	Dari pemerintah mbak
7.	Berasal darimana dana tersebut?	Dari APBN ada, APBD ada
8.	Apakah sudah mencukupi dalam pelaksanaan program?	Yaa cukup soalnya kan kita ndak mengeluarkan biaya. Soalnya obat kan dari rumah sakit semua.
9.	Bagaimana ketersediaan sarana prasarana penunjang dalam pelaksanaan program TB MDR?	Untuk sarana prasarana di sini ya kita lengkap yaa. Kita punya gedung sendiri, sudah punya ruang tunggu terpisah.
13.	Bagaimana ketersediaan OAT lini kedua dalam menanggulangi TB MDR?	OAT nya cukup, kalo misalnya kurang kita langsung follow up ke DKK, nanti DKK forward ke IF nanti IF ada data masuk keperluan OAT ya kita ngambil kesana.
PROSES		
10.	Bagaimana kerjasama yang dilakukan puskesmasn dalam menanggulangi TB MDR?	Ya kita kerjasama dengan dinas kesehatan, dengan rumah skait rujukan itu mbak. Rumah sakitnya rujukannya itu ada karyadi, tugurejo, sama RSWN.
11.	Bagaimana strategi penemuan kasus yang tepat pada TB MDR?	Untuk penemuan kasusnya itu ya sama halnya dengan TB umum ya, kita juga kita identifikasi mana area

		<p>yang benar-benar eee tercatat populasi penderita paling banyak, dari situ kita kategorikan ooh disini kategori satu disini kategori dua kategori MDR ooh anak, biasanya kalo kategori MDR itu biasanya ee umum yang lanjutan dari kategori dua, Nah kita fokuskan ke area yang situ aja nanti.</p>
12.	<p>Bagaimana pengelolaan pasien TB MDR yang seharusnya?</p>	<p>Untuk kondisi-kondisi tertentu yang membutuhkan suntikan itu biasanya kita jadwalkan untuk suntik jadi nanti kita satu tahun suntik, satu tahun suntik itu nanti kita rolling seluruh perawat seluruh karyawan kita berdayakan untuk membantu dalam pelaksanaan suntik itu tadi. Untuk yang ngambil obat kita agendakan setiap sabtu, sabtu kita ada kegiatan ngambil obat tapi kalo suntik itu tiap hari</p>
14.	<p>Bagaimana peran PMO dalam pelaksanaan program TB MDR?</p>	<p>PMO yaa ya kita juga edukasi per 4 bulan, per 4 bulan kita ada pelatihan PMO. Karena pasien-pasien dengan kondisi tertentu kan apalagi pasien yang dengan keluarga baru TB ee keluarga dengan pasien yang baru itu kan belum terpapar jadi kita ndak mengedukasi pasiennya saja, tetapi kita juga edukasi ke keluarganya</p>

		dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan dari dan pemahan dari pasien dan juga keluarga.
15.	Bagaimana pemelihan PMO?	Yaa kita mencari kriterianya ya satu kita mencari yang deket dengan pasien yaa keluarga misale ya orang tua yaa anaknya, istri ya suaminya terus kalo orang tua lansia ya putranya. Kalo misalnya ndak ada kita bisa bantu ke kader, kadernya itu dari petugas kesehatan tapi khusus TB. Kadernya kita ada sekitar 40 an yaa itu terbagi ke seluruh 4 kelurahan untuk pemilihannya itu ya sukarela mbak soalnya kan kader berkerja tanpa di gaji mbak
16.	Apakah ada pelatihan khusus untuk PMO?	Kader ada, kader TB. Kita refreshing untuk pelatihan kita updeat tentang pelayanan dan pemeriksaan.
17.	Bagaimana kelengkapan pencatatan dan pelaporan penanggulangan TB MDR?	Eehm kita ada manual sama online. Yang onlinenya kita pake smart betul aplikasi smart betul (semarang bebas tuberkulosis) nanti lewat aplikasi itu jadi nanti seluruh puskesmas seluruh pelayanan kesehatan di kota semarang itu bisa melihat
OUTPUT		
18.	Bagaimana keberhasilan yang telah didapat, apakah ada hambatan atau kendala dalam pelaksanaan program?	Ya kitaa juga targetnya 100%, tapi kadang ada pasien-pasien yang meninggal tapi kita sudah layani

		dengan sesuai standart. Tapi kalo yang masih pengobatan kita layani dengan sesuai dengan standar
19.	Apakah langkah yang harus dilakukan dalam mengatasi hambatan atau kendala tersebut?	Kendala yaa sampe saat ini yaa dari petugas bisa, terus apalagi yaa ya komitmen-komitmen dari pasien TB itu sendiri yaa yang mungkin masih belum kuat ya kesadaranya tapi kita juga mengupayakan dengan sosialisasi-sosialisasi kita edukasi melalui leaflet melalui video, melalui penyuluhan

Pedoman Wawancara Mendalam Informan Utama (Kepala Puskesmas Bandarharjo)

**ANALISIS PENATALAKSANAAN PROGRAM PENGENDALIAN
TUBERKULOSIS MULTI DRUG RESISTANT (TB MDR)
DI PUSKESMAS BANDARHARJO KOTA SEMARANG**

Tanggal Wawancara:

A. Identitas Subjek Penelitian

Nama Informan : Nurhayati
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Umur : 45 tahun
 Pendidikan : S1 Magister Kesehatan
 Jabatan/Pendidikan : Kepala Puskesmas Bandarharjo
 Lama Kerja : 12 tahun

B. Pertanyaan

No.	PERTANYAAN	JAWABAN
INPUT		
1.	Bagaimana pengembangan sumber daya manusia dalam program pengendalian TB MDR?	Cukup sih mbak, kita ka nada perawat. Ada 2 yang pegang bu pur itu di bantu.
2.	Apakah ada pelatihan yang diberikan kepada petugas?	Belum kayanya, gak tau kalo bu pur yaa. Harusnya sudah sih.
3.	Apakah ada pedoman/SOP/Juknis dalam pelaksanaan program TB MDR?	Pedomannya tanya bu pur.
4.	Bagaimana Pendanaan untuk menanggulangi TB MDR?	Pendanaannya ada kita lewat BOX selebihnya di bantu pemerintah too.
5.	Apakah pendanan sudah mencukupi?	Gak ada masalah sih mbak, sudah cukup.

10.	Bagaimana ketersediaan sarana prasarana penunjang dalam pelaksanaan program TB MDR?	Sudah baik mbak, kita juga kan sudah punya ruang DOTS sendiri. Selain itu iya banyak mbak, yang penting masker petugas dan pasien, tempat mencuci tangan dan peralatan untuk kebutuhan di ruang DOTS
PROSES		
11.	Bagaimana kerjasama yang dilakukan puskesmas dalam menanggulangi TB MDR?	Ya kita kan kerjasama sama dikes kota semarang ada beberapa rumah sakit rujukan juga
9.	Bagaimana ketersediaan OAT lini kedua dalam menanggulangi TB MDR?	obat gak masalah, cukup
12.	Bagaimana peran PMO dalam pelaksanaan program TB MDR?	PMO kita tahun ini udah ada, cukup sih, itu kader yang nyiapin.
13.	Apakah ada pelatihan khusus untuk PMO?	pelatihn kader ada, kita pelatihnnya setahun 2 kali kalo gak salah mbak sekalian refreshing itu mbak
OUTPUT		
14.	Bagaimana keberhasilan yang telah didapat, apakah ada hambatan atau kendala dalam pelaksanaan program?	Kalo secara cakupan kita masih eee kalo penanganan TB MDR banyak sih ya, Cuma secara yang nyari BTA+ yang kita masih kurang. Dilakukan sebulan sekali to.
15.	Apakah langkah yang harus dilakukan dalam mengatasi hambatan atau kendala tersebut?	Ndak ada sih ya, paling ya kesadaran masyarakat aja kita sudah berupaya keras

Pedoman Wawancara Mendalam Informan Utama (Petugas Dinas Kesehatan Bagian P2P TB)

**ANALISIS PENATALAKSANAAN PROGRAM PENGENDALIAN
TUBERKULOSIS MULTI DRUG RESISTANT (TB MDR)
DI PUSKESMAS BANDARHARJO KOTA SEMARANG**

Tanggal Wawancara:

A. Identitas Subjek Penelitian

Nama Informan : Mamat Supriyono
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Umur : 50 tahun
 Pendidikan : S2 Magister Epidemiologi
 Jabatan/Pendidikan : Pengelola Program TBC
 Lama Kerja : 5 tahun

B. Pertanyaan

No.	PERTANYAAN	JAWABAN
INPUT		
1.	Kapan Dinas Kesehatan Kota Semarang membuat dan melakukan program penanggulangan TB MDR?	Di mulai sejak tahun 2013.
2.	Bagaimana pengembangan sumber daya manusia dalam menanggulangi TB MDR?	Pengembangan sumber daya manusia itu diantaranya yang pertama tentunya meningkatkan kapasitas SDM yaitu dengan cara melakukan pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan program penanggulangan TB MDR itu yang utama, kemudian yang kedua melakukan OJT OJT bagi semua puskesmas yang ada di

		<p>kota semarang kaitannya dengan program penatalaksanaan rawat jalan pasien TB MDR, mengapa itu dilakukan karena nanti puskesmas akan menjadi faskes satelit setelah pasien TB MDR itu dinyatakan efek sampingnya terkontrol dari rumah sakit dan diteruskan ke puskesmas.</p>
3.	<p>Apakah ada pelatihan yang diberikan kepada tenaga kesehatan yang menanggulangi TB MDR?</p>	<p>Ada, saat ini berupa OJT itu On The Job Training dan IHT itu In House Training tentang program penanggulangan TBC yang narasumbernya dari dinas kesehatan sendiri ditambah dari mitra yaitu PMC.</p>
4.	<p>Apakah ada pedoman/SOP/Juknis dalam pelaksanaan program TB MDR?</p>	<p>Juknis tentang penemuan kasus, atau sop tentang penemuan kasus, kemudian sop tentang pelacakan mangkir, kemudian sop tentang pengobatan rawat jalan di puskesmas, sop di puskesmas ada sendiri tentang hal-hal itu.</p>
5.	<p>Bagaimana Pendanaan untuk menanggulangi TB MDR?</p>	<p>Pendanaannya masih subsidi dari pusat, disamping itu juga ada pendanaan dari APBD kota semarang kaitannya dengan bantuan bantuan untuk apa ya untuk mempercepat kesembuhan penyakitnya misalnya itu adalah bantuan pemberian PMT, kemudian</p>

		bantuan yang berkaitan dengan pemutusan mata rantai penularan yaitu dengan penyediaan masker N95 bagi petugas kesehatan yang berhubungan langsung dengan pasien TB MDR.
6.	Bagaimana ketersediaan OAT lini kedua dalam menanggulangi TB MDR?	Selama ini terjamin ya terjamin distribusinya terjamin jumlahnya sesuai dengan yang dibutuhkan ya, jadi jumlahnya itu cukup dan tidak pernah terjadi apa yang disebut stock out ya stock out itu obatnya habis ya jadi seperti itu.
7.	Bagaimana ketersediaan sarana prasarana penunjang dalam pelaksanaan program TB MDR?	Sarana penunjangnya itu ruangan yang ada pada rumah sakit rujukan maupun ruangan yang ada pada faskes satelit sebagai tindak lanjut pengobatan ya semuanya itu terpenuhi ya standart minimalnya itu terpenuhi baik ruangan yang diperlukan rumah sakit rujukan sebagai sara rawat inap pasien TB MDR maupun ruangan yang ada pada faskes satelit yang dipake sebagai sarana rawat jalan ya jadi itu. Standarnya ada ya misalnya masker yang harus dipakai oleh petugas dan masker yang pakai oleh pasien, itu tentunya jenisnya berbeda-beda
PROSES		

8.	Bagaimana dukungan dari DKK dalam penagadaan dan pemenuhan sarana prasarana dalam pelaksanaan program pengendalian TB MDR?	Jadi dukungannya itu masih terbatas karena TB MDR itu sama dengan TB sensitive obat dimana logistic-logistik yang diperlukan, baik logistic OAT maupun logistic Non OAT yang diperlukan itu masih didukung sepenuhnya oleh pusat, logistic OAT misalnya logistic OAT untuk pasien TB kategori I, ada OAT TB kategori II, ada OAT lini yang kedua yaitu khusus untuk yang kebal obat TB yang kebal obat itu ada TB MDR (Multi Drug Resistant) dan ada TB XDR (Extensive Drug Resistant) ya dimana logistik-logistik OATnya itu didukung dari pusat termasuk logistic non OAT, Logistik Non OAT itu berupa apa 1) Pots Foto steril 2) Objek Glass 3) Reagen Yelmensen kemudian 4) ada mesin-mesin TCM yang dipake untuk pemeriksaan dahak dari pasien TB untuk diagnosis ya jadi itu merupakan logistic-logistik yang diperlukan dalam program pengendalian TB baik TB Resistan Obat maupun TB sensitive obat.
9.	Bagaimana kerjasama Dinas Kesehatan dengan institusi terkait deng TB MDR?	Yaa kerjasamanya dalam bentuk jejaring, nah diantaranya instansi lain itu adalah rumah sakit rujukan TB MDR, ada rumah sakit Tugurejo, ada

		rumah sakit Karyadi, ada rumah sakit Wongsonegoro ya jadi kerjasamanya dalam bentuk jejaring ya jejaring penanggulangan TB.
10.	Bagaimana strategi penemuan kasus yang tepat pada TB MDR?	Strategi penemuannya penemuan kasusnya 1) dengan melakukan investigasi kasus sehingga akan didapatkan kontak pasien ya kontak pasiennya itulah yang dipantau dengan apakah terjadi penularan atau tidak ya itu adalah penemuan pasien TB MDR yang dilakukan secara aktif dengan melakukan investigasi kasus dan investigasi kontak ya jadi dari investigasi kasus itu akan ketemu kontak lah kontak ini yang akan dilakukan investigasi ya jadi dalam prakteknya pelaksanaannya oleh tenaga epid ya tenaga epid datang ke kasus nah dari situ lah akan ada wawancara siapa-siapa yang selama ini kontak dengan pasien TB MDR dimana kontak ini dibagi menjadi 2 ada kontak erat dan kontak serumah ya kontak serumah itu ya orang yang serumah dengan pasien TB MDR kalo kontak erat itu adalah orang lain yang biasanya dalam kesehariannya itu berinteraksi dengan pasien ya entah di lingkungan kerja atau dilingkungan nongkrong ngobrol ya

		mungkin seperti itu.
11.	Bagaimana pengelolaan pasien TB MDR yang seharusnya?	Jadi pengelolaan TB MDR kita mengikuti petunjuk dari PERMENKES NO 67 TAHUN 2016 dimana dalam permenkes itu penemuan kasus dilakukan oleh tenaga kesehatan rumah sakit maupun puskesmas, kemudian setelah eeee kasus itu ditemukan ya akan ditangani oleh rumah sakit rujukan, nah dirumah sakit rujukan itu mempunyai TAK (Tim Ahli Klinik) ya yang akan melakukan tatalaksana TB MDR ya dimana kesemuanya itu terangkum dalam permenkes no 67 tahun 2016
12.	Bagaimana pendistribusian obat pasien TB MDR?	Nah distribusi obat ini alurnya, alurnya dari pusat melakukan droping ke provinsi dari provinsi didroping ke dinas kesehatan kabupaten/kota nah dari dinas kesehatan kabupaten/kota di droping ke rumah sakit-rumah sakit rujukan, nah kalo mekanismenya mekanisme terbaliknya adalah dari rumah sakit rujukan mengajukan permohonan obat ke dinas kesehatan kabupaten/kota nah dinas kesehatan kabupaten/kota meneruskan ke provinsi nah provinsi meneruskan ke

		pusat dan turunkan obat itu yaa jadi itu.
13.	Bagaimana peran PMO dalam pelaksanaan program TB MDR?	PMO yang mengawasi minum obat itu adalah dari tenaga kesehatan dimana tiap tiap faskes satelit itu membentuk tim, tim yang menangani pasien TB RO secara rawat jalan ya jadi PMO nya itu bukan kader tetapi tenaga kesehatan karena apa bilaman muncul efek samping pada saat pengobatan itu berlangsung itu bisa dinilai efek sampingnya itu bisa ditangani oleh faskes satelit ataukah harus di rujuk yaa sehingga tidak boleh PMO nya pasien TB MDR atau pasien yang resistan obat itu oelh kader harus tenaga kesehatan, jadi mengawasi minum obat karena tim ya bergantian ya.
14.	Bagaimana kelengkapan pencatatan dan pelaporan penanggulangan TB MDR?	Pencatatannya menggunakan ETB Manager ya, pencatatan dan pelaporannya baik tertib semuanya tercatat di ETB Manager baik pasien itu masuk sebagai suspek maupun sampai pengobatan maupun sampai kemajuan pengobatan sampai sembuh ya ada di ETM Manager.
OUTPUT		
15.	Bagaimana keberhasilan yang telah didapat, apakah ada hambatan atau	Kendala yang muncul itu karena efek samping obat yang sering dikeluhkan

	kendala dalam pelaksanaan program?	oleh pasien dan kalo mereka tidak mendapatkan penguatan yang baik maka terjadi resiko putus obat atau mangkir obat atau mangkir pada pasien TB MDR kemudian kendala yang kedua yaitu kurangnya kudungan psikososial orang-orang yang ada disekitar pasien yang akan membantu menguatkan dan memberikan motivasi-motivasi supaya pasiennya itu tertib dalam kegiatan pengobatan
16.	Apakah langkah yang harus dilakukan dalam mengatasi hambatan atau kendala tersebut?	Yang pertama itu adalah 1) membuat inform consen dengan pasien TB MDR bahwa dia akan tertib menjalani pengobatan dan akan melapor kepada petugas kesehatan bilamana dia menemui efek samping obat yak arena obat MDR ini kan sekarang sudah banyak ditemukan rejiment-rejiment obat yang dipake untuk pengobatan TB MDR sehingga kalo ada efek samping obat itu akan diganti dengan obat-obat yang lain yang mempunyai dampak terapi yang tinggi ya jadi itu itu yang pertama itu, kemudia yang ke 2) ya eeee tenaga kita gasurkes itu mempunyai target penyuluhan nah ya itu dnegan memberikan pemahaman-pemahaman atau

		<p>pengetian-pengertian kaitannya dengan obat efek samping dan apa yang harus dilakukan oleh pasien dan keluarga bila muncul permasalahan atau efek samping pada saat pasien menjalani kegiatan pengobatan, jadi yang pertama membuat inform consen kemudian yang kedua secara aktif petugas memberikan penyuluhan kesehatan yang dilakukan oleh gasurkes dalam kegiatannya pada saat melakukan investigasi kasus maupun investigasi kontak yaa jadi itu mbak.</p>
--	--	--

Pedoman Wawancara Mendalam Informan Triangulasi (Pasien TB MDR 1)

**ANALISIS PENATALAKSANAAN PROGRAM PENGENDALIAN
TUBERKULOSIS MULTI DRUG RESISTANT (TB MDR)
DI PUSKESMAS BANDARHARJO KOTA SEMARANG**

Tanggal Wawancara:

A. Identitas Subjek Penelitian

Nama Informan : Mujibul Rohman
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Umur : 26 tahun
 Pendidikan : SMP
 Jabatan/Pekerjaan : Buruh
 Lama Kerja : 9 tahun

B. Pertanyaan

No.	PERTANYAAN	JAWABAN
MANUSIA (tersedianya tenaga TB MDR)		
1.	Bagaimana awal mula Bapak/Ibu menderita TB MDR?	Yaa dulu sih sempet nganu yaa sempet kerja di Jakarta terus ya tiba-tiba si badan panas deman terus batuk terus ya saya kasih obat biasa kok masih batuk terus akhirnya ya sapulang ke semarang dirujuk ke puskesmas ya disitu ya katanya suruh ke BP4, terus ke BP4 terus ada hasil katane disuruh ke rumah sakit karyadi.
2.	Bagaimana alur pemeriksaan yang dilakukan petugas selama pengobatan?	pemeriksaane di karyadi mbak, soale kan kaya tes dahak. Pertamanya di rawat di karyadi selama seminggu

		terus abis itu kembali ke puskesmas.
3.	Bagaimana petugas kesehatan memantau Bapak/Ibu selama pengobatan?	Ada mbak, nama nya bu Ratna. Kadang ya ngawasi kadang ya Cuma sekedar ngobrol gitu pokoknya kalo misalnya itu ya kadang sering nanyain kabar saya gimana gitu.
5.	Bagaimana menurut Bapak/Ibu dengan sarana dan prasarana di Puskesmas ini?	Hhmm kalo disini lengkap sih mbak.
6.	Apakah Bapak/Ibu memiliki PMO? Siapa?	Iya itu tadi bu ratna mbak, soale kan kalo ada apa-apa suruh ke bu ratna itu.
7.	Apakah Bapak/Ibu pernah mendapatkan penjelasan tentang TB MDR?	Pernah, disini juga mbak biasanya itu mbak pas ngambil obat juga kadang di kasih tau sama petugas nya.
8.	Bagaimana pelayanan yang dilakukan tenaga kesehatan di Puskesmas ini?	Untuk pelayanannya baik sih mbak, saya puas soale ada efeke sih mbak ada kemajuan dulu pas pertama sakit itu parah mbak batuk-batuk kadang batuk darah kepala pusing, pokoke ndak napsu makan lah sampek kurus banget sekarang setelah nimum obat rutin nggih Alhamdulillah kacek.
9.	Apakah kendala Bapak/Ibu selama menjalankan pengobatan?	Ooh ada mbak, ya itu pusing mual kadang ya kalo misale itu lemes panas, soale kan efek obate besar.

Pedoman Wawancara Mendalam Informan Triangulasi (Pasien TB MDR 2)

**ANALISIS PENATALAKSANAAN PROGRAM PENGENDALIAN
TUBERKULOSIS MULTI DRUG RESISTANT (TB MDR)
DI PUSKESMAS BANDARHARJO KOTA SEMARANG**

Tanggal Wawancara:

A. Identitas Subjek Penelitian

Nama Informan : Rohmat
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Umur : 50 tahun
 Pendidikan : SMA
 Jabatan/Pekerjaan : -
 Lama Kerja : -

B. Pertanyaan

No.	PERTANYAAN	JAWABAN
MANUSIA (tersedianya tenaga TB MDR)		
1.	Bagaimana awal mula Bapak/Ibu menderita TB MDR?	Saya dulu itu kena yang suntik mbak, terus dihentikan karena telinga denging. Yang MDR injeksi kermaren dihentikan mbak karena masalah pendengaran terus ini mulai lagi.
2.	Bagaimana alur pemeriksaan yang dilakukan petugas selama pengobatan?	Pemeriksaane di karayadi mbak, tapi kalo ngambil obat ke sini. Tapi nanti setiap sebulan sekali ke karyadi untuk cek jantung sama darah.
3.	Bgaimana petugas kesehatan memantau Bapak/Ibu selama pengobatan?	Ya bu pur itu kadang ya yang lain.kalo kader yang kelurahan saya gak tau mbak eh ada mbak itu mbak

		din kadang ya memantau paling ya sebulan sekali ya nanya-nanya sama temene ada keluhan apa gitu mbak.
5.	Bagaimana menurut Bapak/Ibu dengan sarana dan prasarana di Puskesmas ini?	Ooh kalo sini Alhamdulillah baik mbak, disini minggu aja buka mbak khusus melayani saya yang suntik itu.
6.	Apakah Bapak/Ibu memiliki PMO? Siapa?	ya dari keluarga ada, tapi yaa tinggal awake dwek aja mbak. PMO ne ada mbak tapi mbak siapa itu mbak, tapi yang paling satu bulan sekali ndak mungkin kan mbak ngawasi 24 jam.
7.	Apakah Bapak/Ibu pernah mendapatkan penjelasan tentang TB MDR?	Yaa di karyadi, ning kene ya sering.
8.	Bagaimana pelayanan yang dilakukan tenaga kesehatan di Puskesmas ini?	Kalo selama ini saya disini itu mbak ya baik, nganunya perawatnya juga baik.
9.	Apakah kendala Bapak/Ibu selama menjalankan pengobatan?	Yo kadang pusing mual biasa wajar, memang kalo yang suntik agak berat mbak soale kan dosisnya tinggi mbak.

Pedoman Wawancara Mendalam Informan Triangulasi (Pengawas Minum Obat 1)

**ANALISIS PENATALAKSANAAN PROGRAM PENGENDALIAN
TUBERKULOSIS MULTI DRUG RESISTANT (TB MDR)
DI PUSKESMAS BANDARHARJO KOTA SEMARANG**

Tanggal Wawancara:

A. Identitas Subjek Penelitian

Nama Informan : Iin
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Umur : 29 tahun
 Pendidikan : SMA
 Jabatan/Pekerjaan : -
 Lama Kerja : -

B. Pertanyaan

No.	PERTANYAAN	JAWABAN
MANUSIA (tersedianya tenaga TB MDR)		
1.	Apakah Bapak/Ibu pernah mendapatkan penjelasan tentang PMO?	Belum pernah mbak, tapi kalo yang TB biasa pernah mbak.
2.	Berapa kali Bapak/Ibu mengambil obat ke puskesmas? Apakah pasien ikut?	Sering ya mbak, ndak ikut sih mbak.
3.	Apakah Bapak/Ibu melihat pasien meminum obat?	Ya kadang melihat mbak, tapi kan gak setiap hari liat soalnya kan gak serumah paling kadang ditanyaain aja udah minum obat apa belum gitu aja sih mbak.
5.	Bagaimana alur pemeriksaan yang dilakukan petugas selama berobat ke	Ya dateng kesini, ngambil obat. Kalo pemeriksaannya kan di karyadi

	puskesmas?	
6.	Bagaimana pelayanan yang dilakukan tenaga kesehatan di puskesmas?	Ya baik sih mbak, petugasnya baik pelayanannya juga bagus
7.	Apakah kendala Bapak/Ibu dalam menghadapi pasien TB MDR?	Ya kadang kan bosan minum obat banyak banget terus juga kan efek obatnya juga tinggi jadiya paling kita ngasih motivasi aja, biar minum obatnya rutin biar cepet sehat aja gitu aja paling sih

Pedoman Wawancara Mendalam Informan Triangulasi (Pengawas Minum Obat 2)

**ANALISIS PENATALAKSANAAN PROGRAM PENGENDALIAN
TUBERKULOSIS MULTI DRUG RESISTANT (TB MDR)
DI PUSKESMAS BANDARHARJO KOTA SEMARANG**

Tanggal Wawancara:

A. Identitas Subjek Penelitian

Nama Informan : Endang Suryanti
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Umur : 49 tahun
 Pendidikan : SMP
 Jabatan/Pekerjaan : -
 Lama Kerja : -

B. Pertanyaan

No.	PERTANYAAN	JAWABAN
MANUSIA (tersedianya tenaga TB MDR)		
1.	Apakah Bapak/Ibu pernah mendapatkan penjelasan tentang PMO?	Pernah, sering mbak dari RS rumani juga. Tapi yang TB biasa sih mbak kalo yang TB MDR blm pernah.
2.	Berapa kali Bapak/Ibu mengambil obat ke puskesmas? Apakah pasien ikut?	Sering mbak. Ndak ikut, saya sendiri yang ngambilin obat mbak pasiennya ndak ikut.
3.	Apakah Bapak/Ibu melihat pasien meminum obat?	Yaa melihat mbak, setiap hari. Ya yang di wilayah saya sama diwilayah lain juga ada. Untuk pemantauannya ya ke rumah-rumah sekaligus skrining.
5.	Bagaimana alur pemeriksaan yang	Ya ke sini mbak

	dilakukan petugas selama berobat ke puskesmas?	
6.	Bagaimana pelayanan yang dilakukan tenaga kesehatan di puskesmas?	Yaa sudah baik sih mbak, perawatnya juga baik enak juga.
7.	Apakah kendala Bapak/Ibu dalam menghadapi pasien TB MDR?	Yaa harus sabar sih mbak, kadang ada yang putus asa minum obat kita kasih motivasi biar semangat.

Lampiran 11. Dokumentasi Wawancara



Wawancara dengan Pemegang Program TB MDR
di Dinas Kesehatan Kota Semarang



Wawancara dengan kepala Puskesmas
Bandaharjo



Wawancara dengan pemegang program TB
MDR di Puskesmas Bandarharjo



Wawancara dengan petugas program TB MDR
di Puskesmas Bandarharjo



Wawancara dengan Kader/PMO di Puskesmas Bandarharjo



Wawancara dengan Kader/PMO di Puskesmas Bandarharjo



Wawancara dengan Pasien TB MDR Puskesmas Bandarharjo