

ANALISIS PELAKSANAAN STRATEGI DOTS DALAM PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS PARU PADA PUSKESMAS DI WILAYAH KABUPATEN BENGKAYANG KALIMANTAN BARAT

I'in Syami'ons¹, Tri Prabowo², Haryani²

¹Akademi Keperawatan Serukan, Borneo Barat

²Program Studi Ilmu Keperawatan, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Tuberculosis still becomes the major problem of public health in Indonesia and it is been the main cause of death in infection disease. The DOTS strategy as the tuberculosis eradication program with anti-tuberculosis drug combination short-course and observed to each of the patients. By the data obtained from Health Departement of Bengkayang Regency for october until december 2005, there were 90 patient pulmonary tuberculosis. The patient with of death was 2 patients and 7 patients were drop-out. Cure rate in 2005 years only 51,5%, but the minimum recovery target was 85%. The purposes of the research are to figure out the description of the implementation DOTS strategy as the tuberculosis eradication at the community health centre of Bengkayang Regency, West Borneo, Indonesia.

Methods: This research was the objective quantitative-qualitative combination use the descriptive method with the cross sectional approach. Subjects of research were 33 manager staff of P2TB Program at 11 community health center of Bengkayang regency. The data gathering technique use the questionnaire, observation and deep interview.

Results: The description DOTS strategy implementation in tuberculosis eradication program mean was 91,16%, with following each percentage of component strategy: Political component from decisions maker was 93,94%; Cure implementation with short term OAT combination with direct observation by PMO was 90,91%; Continuing implementation of short term OAT supply for patients was 80,09%; and for strict recording and reporting was 90,00%.

Conclusion: The description DOTS Strategy implementation in tuberculosis eradication at community health center of Bengkayang Regency general had done with goodness according to National TB Eradication Procedure.

Keywords: the eradication TB program, DOTS strategy

PENDAHULUAN

Hingga awal millenium ketiga ini Tuberkulosis (TB) masih merupakan salah satu penyebab utama kematian di dunia. Kuman *mycobacterium tuberculosis* yang merupakan penyebab penyakit ini telah menginfeksi sepertiga (± 2 Milyar) penduduk dunia, sehingga pada tahun 1993, *World Health Organization* (WHO) mencanangkan kedaruratan global (*The Global Emorgency*) penyakit TB dan merekomendasikan strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) untuk penanggulangannya. *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) merupakan kegiatan penanggulangan TB dengan paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) jangka pendek disertai pengawasan terhadap kepatuhan minum obat bagi penderita.¹

Di Indonesia, penyakit TB juga merupakan masalah utama kesehatan masyarakat. Pada tahun

1995, hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa penyakit TB merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernapasan pada semua kelompok usia, dan nomor satu dari golongan penyakit infeksi. Tahun 1999, WHO memperkirakan setiap tahun terjadi 583.000 kasus baru TB dengan angka kematian sekitar 140.000. Secara kasar diperkirakan setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 130 penderita baru TB paru BTA positif.¹

Sejak tahun 1995/1996, secara bertahap Indonesia mengubah manajemen operasional Pemberantasan Penyakit TB dengan melaksanakan strategi DOTS ini. Akan tetapi belum semua Puskesmas, rumah sakit, dan sarana pelayanan kesehatan lain akses dalam strategi ini, sehingga sampai dengan tahun 1998 cakupan keseluruhan baru 36% dengan kesembuhan 87% (sebelum DOTS

cakupan 56% dengan kesembuhan 40%-60%). Masalah yang dijumpai adalah kesulitan penemuan BTA positif, pengobatan yang mahal dan lama, sehingga terjadi ketidakteraturan berobat dan *dropout*.²

Di Wilayah Kabupaten Bengkayang, berdasarkan data dari Dinas Kesehatan, diketahui bahwa jumlah penderita TB di seluruh Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) yang ada pada triwulan I (Januari sampai dengan Maret) tahun 2005 terdapat 61 orang, dengan BTA positif 48 orang dan BTA negatif 13 orang, yang meninggal dunia 1 orang dan mengalami *dropout* (DO) 3 orang. Pada triwulan II (April sampai dengan Juni) tahun 2005 jumlah penderita TB sebanyak 78 orang, dengan BTA positif 63 orang dan BTA negatif 15 orang, 1 orang meninggal dunia serta 2 mengalami DO. Sementara pada triwulan III (Juli sampai dengan September) tahun 2005 total penderita 47 orang, dengan BTA positif 38 orang dan BTA negatif 9 orang, 3 orang meninggal dunia serta 1 orang DO. Pada triwulan IV (Oktober sampai dengan Desember) tahun 2005 total 90 penderita, dengan kategori BTA positif 76 orang dan BTA negatif sebanyak 14 orang, 2 meninggal dunia serta 7 orang DO. Angka kesembuhan (*Cure Rate*) secara keseluruhan pada tahun 2005 hanya mencapai 51,5%. Masih jauh dari target minimal yang harus dicapai yaitu 85%.¹ Cakupan penemuan penderita baru BTA positif (*Case Detection Rate*) cukup tinggi yaitu 89,72%, melebihi target CDR Program Penanggulangan TB Nasional: 70%¹ serta Angka Konversi (*Conversion Rate*) atau angka yang menunjukkan persentase penderita TB BTA positif yang sembuh setelah selesai masa pengobatan pada triwulan IV tahun 2005 mencapai 81,5% melebihi angka minimal yang harus dicapai yaitu 80%.¹

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif yang dikombinasikan dengan kualitatif menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* yang bersifat evaluatif. Populasi dalam penelitian ini adalah pengelola program penanggulangan TB paru diseluruh Puskesmas yang telah melaksanakan strategi DOTS, wilayah Kabupaten Bengkayang, Kalimantan Barat. Dengan penentuan sampel penelitian menggunakan teknik *total sampling* dengan kriteria inklusinya adalah Pengelola Program Penanggulangan TB (P2TB), yang terdiri dari: 1) Penanggung Jawab Program, 2) Koordinator Program, 3) Tenaga Mikroskopis. Variabel yang digunakan adalah variabel tunggal yaitu pelaksanaan strategi DOTS sesuai rekomendasi WHO dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN Karakteristik Responden

Dari hasil penelitian terhadap 33 responden yang diklasifikasikan menurut umur, latar belakang pendidikan dan masa kerja, diperoleh gambaran karakteristik responden yang ada diseluruh puskesmas wilayah Kabupaten Bengkayang sebagian besar responden berumur 31-40 tahun sebanyak 13 orang (39,40%), dengan latar belakang pendidikan sebagian besar analis kesehatan sebanyak 10 orang (30,31%), dan dengan masa kerja sebagian besar <5 tahun sebanyak 9 orang (27,27%). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Responden di Puskesmas Wilayah Kabupaten Bengkayang Tahun 2006

Karakteristik	Jumlah	(%)
Umur (Tahun)		
21 – 30	9	27,27
31 – 40	13	39,40
41 – 50	11	33,33
51 – 60	-	-
Pendidikan		
SPR	2	6,06
SPK	9	27,27
Analis Kesehatan	10	30,31
Akper	9	27,27
Sarjana Keperawatan	-	-
Kedokteran	3	9,09
Masa Kerja		
< 5 tahun	9	27,27
6 – 10 tahun	7	21,21
11 – 15 tahun	7	21,21
16 – 20 tahun	4	12,13
> 20 tahun	6	18,18

Gambaran Pelaksanaan Strategi DOTS di Puskesmas Wilayah Kabupaten Bengkayang

Gambaran pelaksanaan strategi DOTS dilakukan menggunakan kuesioner dan observasi terhadap responden. Hasil pelaksanaan strategi DOTS melalui kuesioner dan observasi ditampilkan dalam Tabel 2.

Komitmen Politis dari Para Pengambil Keputusan, Termasuk Dukungan Dana

Hasil kuesioner pada penelitian ini (Tabel 2), menunjukkan bahwa komitmen politis dari para pengambil keputusan telah dilaksanakan dengan baik (93,94%). Hal ini sesuai dengan Departemen Kesehatan¹ yang menyatakan bahwa para pengambil keputusan yang dalam hal ini pemerintah pusat maupun daerah melalui dinas kesehatan termasuk didalamnya pimpinan puskesmas serta staf/pengelola program harus memiliki komitmen yang tinggi, serta mendukung pendanaan demi tercapainya tujuan dari program penanggulangan TB paru ini. Pernyataan ini didukung oleh hasil penelitian

Tabel 2. Gambaran Pelaksanaan Strategi DOTS dalam Penanggulangan TB Paru di Puskesmas Kabupaten Bengkayang Tahun 2006

Variabel	Data Hasil Penelitian				Total (Persentase)	
	Kuesioner		Observasi		Ya	Tidak
	Ya	Tidak	Ya	Tidak		
Komitmen politis dari para pengambil keputusan	31	2	-	-	31	2
Diagnosis TB secara mikroskopis	54	1	28	5	(93,94)	(6,06)
Pengobatan dengan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh PMO	100	10	-	-	82	6
Kesinambungan ketersediaan OAT bagi penderita	28	5	21	1	(93,18)	(6,82)
Pencatatan dan pelaporan secara baku	18	4	81	7	(90,91)	(9,09)
					49	6
					(89,09)	(10,91)
					99	11
					(90,00)	(10,00)
Sumber: Data Primer	231	22	130	13	361 (91,16)	35 (8,84)

Pramahdi³ yang melaporkan bahwa keberhasilan pelaksanaan program P2TB di Puskesmas Sengeti, Provinsi Jambi, ditentukan oleh kepedulian kepala puskesmas terhadap program tersebut dan juga peran kepala puskesmas dalam memotivasi stafnya untuk melaksanakan program TB di puskesmas. Kodim⁴ juga menyokong pendapat ini dengan mengatakan hanya petugas yang mempunyai motivasi dan komitmen terhadap program TB mampu menggerakkan masyarakat untuk ikut berpartisipasi dalam pelaksanaan program P2TB.

Hasil wawancara terhadap dua responden yang menjawab "tidak" diperoleh gambaran bahwa: satu responden menyatakan masih kurangnya perhatian pemerintah terhadap program P2TB ini karena pemerintah tidak mengalokasikan dana khusus untuk biaya operasional luar gedung (misalnya BBM), dan satu responden lagi mengatakan bahwa masih ada pimpinan puskesmas yang kurang peduli dengan program P2TB ini.

Berikut kutipan wawancaranya :

"Perhatian pemerintah terhadap pelaksanaan program ini masih setengah hati, buktinya pemerintah menyediakan kendaraan (motor) untuk kegiatan luar gedung tetapi tidak ada dana khusus untuk pengadaan BBM"(R21).

"Pimpinan puskesmas kurang peduli dengan pelaksanaan program ini dan melimpahkan tugas-tugas sepenuhnya kepada koordinator program"(R32).

Hal ini tentunya tidak sesuai dengan program Departemen Kesehatan¹ yang menyatakan bahwa strategi peningkatan mutu pelayanan dimana pemerintah kabupaten/kota sebagai titik berat manajemen program semestinya memiliki perencanaan, pelaksanaan, *monitoring* dan evaluasi serta termasuk didalamnya mengupayakan sumber dana.

Alasan yang dapat menjelaskan mengapa masih terdapat kekurangan dana operasional luar

gedung disebabkan kurangnya sumber dana pendukung di luar pemerintah atau bahkan dana pemerintah sendiri yang masih belum memungkinkan untuk mencukupi biaya dimaksud. Masih adanya pimpinan puskesmas yang kurang peduli dengan pelaksanaan program P2TB ini sifatnya individual pimpinan saja atau kemungkinan dalam puskesmas masih kurang kemampuannya dalam bidang manajemen program P2TB di puskesmas. Pernyataan ini didukung oleh kesimpulan penelitian Kasim⁵ yang menyatakan bahwa kecenderungan tingginya Angka Malaria Indeks (AMI) di puskesmas disebabkan oleh lebih banyak kepala puskesmas yang tidak mengetahui perencanaan program, sehingga dalam kegiatan perencanaan program P2 Malaria tidak dibuat serangkaian kegiatan atau langkah-langkah dalam proses perencanaan.

Diagnosis TB dengan Pemeriksaan Dahak Secara Mikroskopis

Data hasil kuesioner dan observasi pada penelitian ini (Tabel 2) menunjukkan bahwa diagnosis TB dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis di seluruh puskesmas telah dilaksanakan dengan baik (93,18%). Hal ini sesuai Departemen Kesehatan¹ yang menyatakan bahwa dalam program penanggulangan TB, diagnosis ditegakkan melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung. Diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan kultur atau biakan dahak. Diagnosis TB ditegakkan dengan pemeriksaan 3 spesimen dahak Sewaktu Pagi Sewaktu (SPS) dikumpulkan dalam 2 hari kunjungan yang berurutan.

Hasil wawancara terhadap lima responden (6,82%) yang menjawab "tidak" diperoleh gambaran bahwa: satu orang responden mengatakan karena tidak ada tenaga khusus yang bertanggung jawab dalam pemeriksaan mikroskopis dan selama ini dirangkap oleh tenaga perawat, dua orang responden mengatakan alat-alat atau *reagen-reagen* yang

dibutuhkan untuk pemeriksaan diagnostik sering tidak ada atau tidak cukup karena stok di Dinas Kesehatan Kabupaten terbatas, serta dua orang responden mengatakan karena jarak tempuh tempat tinggal penderita ke puskesmas sangat jauh dan sulit dijangkau, sehingga seringkali penderita tidak datang untuk kontrol.

Berikut kutipan wawancaranya:

"Karena terbentur letak geografis yang sulit dan jarak yang sangat jauh, sehingga penderita tidak datang untuk pemeriksaan dahak ulang"(R26)

"Dipuskesmas ini tidak memiliki tenaga mikroskopis, sehingga dipegang oleh perawat"(R8)

"Alat-alat penunjang atau *reagen-reagen* untuk pemeriksaan BTA seringkali tidak ada, padahal saya telah mengusulkan kepada Dinas Kesehatan tapi yang diberikan tidak sesuai permintaan"(R9).

Alasan yang dapat menjelaskan mengapa masih ada tenaga mikroskopis yang dirangkap oleh perawat karena keterbatasan jumlah tenaga dipuskesmas dan hal ini akan berdampak terhadap efektivitas uraian tugas tidak dapat dilaksanakan dengan baik. Pernyataan ini mendukung hasil penelitian Tamrin⁵ yang menyimpulkan bahwa pelaksanaan fungsi pengorganisasian disuatu organisasi tidak efektif bila ada tugas rangkap yang dikerjakan staf.

Hal ini tentunya tidak sesuai dengan Departemen Kesehatan¹ yang menyatakan bahwa setiap Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM) maupun Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM) harus dilengkapi dengan tenaga mikroskopis dan fasilitas untuk pemeriksaan BTA termasuk didalamnya *reagen-reagen* yang diperlukan. Seperti pernyataan di atas dikatakan bahwa diagnosis tuberkulosis ditegakkan dengan pemeriksaan tiga spesimen dahak yaitu SPS dan dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan, dan untuk memantau kemajuan pengobatan penderita dilakukan pemeriksaan *specimen* sebanyak dua kali (sewaktu dan pagi), dan pemeriksaan tersebut dilakukan pada akhir tahap intensif, sebulan sebelum akhir pengobatan dan pada akhir pengobatan yang berarti penderita harus datang ke puskesmas untuk diperiksa.

Pengobatan dengan Paduan OAT Jangka Pendek dengan Pengawasan Langsung oleh PMO

Data hasil kuesioner (Tabel 2) pada penelitian ini menunjukkan bahwa pengobatan dengan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh PMO di seluruh puskesmas telah dilaksanakan

dengan baik (90,91%). Hal ini sesuai dengan Departemen Kesehatan¹ yang menyatakan bahwa obat TB diberikan dengan paduan atau kombinasi dari beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis yang tepat selama 6-8 bulan. Paduan OAT di Indonesia saat ini menggunakan *Fixed-Dose Combination* (FDC), yaitu obat tablet yang isinya terdiri dari kombinasi beberapa jenis obat dengan dosis tetap. Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang PMO.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Andajani⁸ yang menyatakan bahwa 85,18% penderita TB telah memiliki pengawas menelan obat (PMO). Penelitian Herryanto⁹ yang menyatakan bahwa tugas utama PMO adalah mendampingi penderita menelan obat setiap hari (46,9%), mencek sisa obat (46,9%), membantu mengambil obat (57,1%) dan mengingatkan waktu periksa ulang dahak (28,6%).

Hasil wawancara terhadap enam responden (9,09%) yang menjawab "tidak", diperoleh gambaran bahwa: dua orang responden mengatakan bahwa PMO kurang berfungsi dengan baik dikarenakan tidak mendapatkan dana khusus dari pemerintah, sehingga mereka kurang termotivasi untuk menjalankan tugasnya dengan baik, dua orang responden mengatakan tidak semua petugas kesehatan yang ada di puskesmas mau menjadi supervisor bagi PMO dalam mengawasi penderita menjalankan program terapinya, satu orang responden mengatakan bahwa kebanyakan PMO berasal dari keluarga terdekat penderita sehingga kurang dihargai atau disegani oleh penderita, serta satu responden lagi mengatakan bahwa penderita mengalami *dropout* karena merasa dirinya sudah sembuh.

Berikut ini kutipan wawancaranya:

"PMO kurang menjalankan fungsinya karena mereka tidak mendapatkan dana khusus sebagai PMO dan masih adanya penderita yang mengalami *drop-out* oleh karena merasa dirinya sudah sembuh"(R6)

"Masalah kurang berfungsinya PMO karena anggaran tidak dialokasikan untuk PMO"(R9)

"PMO hanya ditunjuk dari keluarga terdekat sehingga kurang disegani penderita dan karena medan yang sulit tidak semua petugas kesehatan mau menjadi *supervisor* PMO"(R18)

"Tenaga PMO tidak mendapat dana sehingga mereka kurang termotivasi untuk menjalankan tugasnya"(R33)

Menurut Departemen Kesehatan¹ sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya bidan di desa, perawat, pekaya, sanitarian, juru imunisasi, dan lain-lain. Pernyataan ini didukung oleh hasil

penelitian Sutanto¹⁰ yang menyatakan bahwa PMO yang paling banyak adalah petugas kesehatan yaitu bidan desa serta dengan jarak rumah PMO terhadap rumah penderita < 1 kilometer, sehingga memungkinkan PMO untuk melakukan pengawasan dengan baik. Namun bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota PPTI, PKK, atau tokoh masyarakat atau anggota keluarga terdekat.

Namun kenyataannya bahwa PMO yang berasal dari keluarga penderita justru kurang berfungsi dengan baik. Alasan yang dapat menjelaskan hal ini adalah kemungkinan keluarga yang ditunjuk kurang disegani penderita atau kurangnya pemahaman PMO akan dampak positif dari apa yang bisa ia berikan kepada penderita sehingga PMO tidak perlu merasa harus ada dana khusus untuk PMO dari pemerintah dan menjalankan tugasnya dengan tulus ikhlas. Herryanto⁹ melaporkan bahwa rendahnya tingkat pendidikan, rendahnya tingkat pengetahuan, dan kurangnya pemahaman PMO akan tugasnya menyebabkan PMO tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik sehingga penderita menghentikan pengobatan sebelum waktunya dengan alasan terbanyak sudah merasa sembuh.

Kesinambungan Persediaan OAT Jangka Pendek untuk Penderita

Data hasil kuesioner dan observasi pada penelitian ini (Tabel 2) menunjukkan bahwa kesinambungan ketersediaan OAT jangka pendek bagi penderita di seluruh puskesmas telah dilaksanakan dengan baik (89,09%). Hal ini sesuai dengan Departemen Kesehatan¹ yang menyatakan bahwa strategi yang digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keberhasilan program diantaranya adalah ketersediaan OAT bagi semua penderita TB yang ditemukan, pengawasan kualitas OAT dilaksanakan secara berkala dan terus menerus sedangkan sistem distribusi OAT dari Gudang Farmasi Kabupaten (GFK) ke UPK (puskesmas) dilakukan sesuai permintaan/ jumlah penderita dan disetujui oleh dinas kesehatan kabupaten.

Hasil wawancara terhadap tiga responden (10,91%) yang menjawab "tidak" diperoleh gambaran bahwa: dua orang responden mengatakan stok obat di puskesmas sering kali tidak sesuai dengan jumlah penderita dan keadaan ini disebabkan karena obat yang diberikan oleh dinas kesehatan kabupaten tidak sesuai dengan permintaan sehingga hal ini menyebabkan terapi kepada penderita harus ditunda untuk beberapa waktu, dan satu orang responden mengatakan bahwa pimpinannya kurang memperhatikan/mengontrol stok obat yang

dibutuhkan oleh penderita dan menyerahkan sepenuhnya kepada koordinator program.

Berikut ini kutipan wawancaranya:

"Jumlah OAT tidak mencukupi kebutuhan penderita karena permintaan ke Dinas Kesehatan tidak dipenuhi"(R9)

"Pimpinan puskesmas kurang aktif mengontrol kebutuhan OAT, dan justru pengelola yang aktif"(R8)

Menurut Yulianus¹¹ pemantauan (*controlling*) pada program P2TB termasuk kebutuhan akan OAT bagi semua penderita merupakan tugas seorang *supervisor* TB puskesmas. Kemungkinan alasan yang menyebabkan mengapa pimpinan/kepala puskesmas kurang aktif melakukan pengawasan terhadap kebutuhan OAT karena kurangnya pemahaman tentang fungsi pengawasan dan menganggap pengawasan kurang penting. Kemungkinan lain adalah banyaknya tugas rangkap yang harus dikerjakan oleh *supervisor* TB puskesmas yang sekaligus pimpinan puskesmas, sehingga lebih memprioritaskan kegiatan lain. Departemen Kesehatan⁷ menyatakan bahwa supervisi termasuk didalamnya mengontrol kebutuhan OAT dan kinerja pengelola harus dilakukan secara rutin, teratur dan terencana, agar kinerja petugas meningkat.

Pencatatan dan Pelaporan secara Baku

Data hasil kuesioner dan observasi dari penelitian ini (Tabel 2) menunjukkan bahwa pelaksanaan pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi P2TB di seluruh puskesmas Kabupaten Bengkayang telah dilaksanakan dengan baik (90%). Hal ini sesuai dengan Departemen Kesehatan¹ yang menyatakan bahwa pencatatan dan pelaporan merupakan salah satu elemen yang sangat penting dalam sistem informasi penanggulangan TB. Untuk itu pencatatan dan pelaporan perlu dibakukan berdasarkan klasifikasi dan tipe penderita. Semua unit pelaksanaan program penanggulangan TB harus melaksanakan suatu sistem pencatatan dan pelaporan yang baku.

Hasil wawancara terhadap lima responden (10,%) yang menjawab "tidak" diperoleh gambaran bahwa: tiga responden mengatakan tidak memiliki format TB.09 dan format TB.10 karena mereka belum pernah melakukan rujukan maupun menerima penderita pindahan sementara dua responden mengatakan bahwa petugas dari dinas kesehatan kabupaten tidak rutin datang ke puskesmas untuk mengambil laporan, sehingga pengelola program yang harus mengantar laporannya ke dinas.

Berikut ini kutipan wawancaranya:

"Tidak ada formulir TB.09 karena belum ada pasien yang pindah atau melanjutkan ke wilayah lain dan tidak ada Formulir TB.10 karena belum ada penderita pindahan yang melanjutkan pengobatan di puskesmas ini"(R18)

"Petugas dari Dinas Kesehatan tidak rutin datang mengambil laporan ke puskesmas" (R32)

Kemungkinan alasan masih ada puskesmas yang belum memiliki formulir TB.09 dan TB.10 kemungkinan hal ini terlupakan karena jarang digunakan dan sebab mengapa petugas tidak rutin datang mengambil laporan pada tiap-tiap UPK kemungkinan karena kesibukan, jarak yang terlalu jauh atau mungkin karena lupa. Sementara menurut Departemen Kesehatan¹ menyatakan bahwa pencatatan di Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) misalnya puskesmas, rumah sakit, BP4, klinik dan dokter praktek swasta dalam melaksanakan pencatatan dapat menggunakan formulir TB.01, formulir TB.02, formulir TB.05, formulir TB.06, formulir TB.09 dan TB.10.

Petugas kabupaten/kota akan mengambil data yang dibutuhkan dan mengisi dalam buku Register TB Kabupaten (Formulir TB.03) sebagai bahan laporan yang pelaksanaannya dilakukan secara rutin.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan Strategi DOTS dalam Program Penanggulangan TB paru di Puskesmas wilayah Kabupaten Bengkayang secara umum telah dilaksanakan dengan baik (91,16%). Komitmen politis dari para pengambil keputusan, termasuk dukungan dana, secara umum telah dilaksanakan dengan baik (93,94%). Diagnosis TB dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis, semua puskesmas telah melaksanakannya dengan baik (93,18%). Pengobatan dengan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh PMO, semua puskesmas telah melaksanakannya dengan baik (90,91%). Ketersediaan OAT jangka pendek untuk penderita, secara umum semua puskesmas telah melaksanakannya dengan baik (89,09%). Pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program, secara umum semua puskesmas juga telah melakukannya dengan baik (90,00%) sesuai dengan Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis.

Pemerintah daerah dapat menjadikan hasil penelitian ini sebagai bahan masukan dan pertimbangan dalam meningkatkan serta memperbaiki program kedepan, khususnya dukungan pemerintah dalam hal pendanaan,

sehingga program P2TB ini dilaksanakan secara optimal.

Dinas Kesehatan Kabupaten terus melakukan supervisi terhadap pelaksanaan program P2TB ini, dan menjamin ketersediaan sarana prasarana penunjang program, misalnya: alat-alat dan reagen yang dibutuhkan untuk pemeriksaan mikroskopis dan kebutuhan OAT untuk seluruh penderita di puskesmas wilayah Kabupaten Bengkayang.

Puskesmas perlu terus meningkatkan loyalitas dan kinerja dalam pelaksanaan program penanggulangan TB di wilayah masing-masing, dengan ikut berperan aktif menjadi Pengawas Menelan Obat (PMO) atau menjadi supervisi bagi PMO yang telah ada.

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan masukan dengan mempertimbangkan keterbatasannya, sehingga penelitian kedepan yang berhubungan pelaksanaan program P2TB bisa lebih baik lagi, misalnya: dengan menggunakan metode wawancara mendalam terhadap pelaksanaan program P2TB ini dan tidak hanya terbatas pada item pertanyaan yang dijawab "tidak", tetapi secara keseluruhan dari pelaksanaan program.

KEPUSTAKAAN

1. Departemen Kesehatan RI., Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, cetakan ke-7, Depkes RI, Jakarta, 2002.
2. Departemen Kesehatan RI., Pedoman Penyakit Tuberkulosis dan Penanggulangannya, Ditjen P2M dan PLP. Jakarta, 1999.
3. Pramahdi, S., Pelaksanaan Program TB Paru di Puskesmas Sengeti, Kecamatan Sekernan, Muara Jambi, Jambi. Medika, 2000; XXVI(12): 791-3.
4. Kodim, N., Kinerja Pengobatan Program Pemberantasan TBC Strategi DOTS di Propinsi Sumsel, Jabar, Jateng dan Sulteng 1998-1999. Medika, 2000; XXVI (8):493-504.
5. Kasim, N.D.N., Evaluasi Program Pengendalian Malaria di Kabupaten Banggai Propinsi Sulawesi Tengah. Tesis S2, UGM, Yogyakarta, 2002.
6. Tamrin, H., Pelaksanaan Fungsi Pengorganisasian Pada Pengelolaan Persampahan di Kota Martapura Kabupaten Banjar. Tesis S2, UGM, Yogyakarta, 2000.
7. Departemen Kesehatan RI., Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia, cetakan ke-8, Jakarta, 2003.
8. Andajani, W., Manajemen Pengobatan Penderita Tuberkulosis Paru dengan Sistem DOTS di Puskesmas dan BP4 Kota Yogyakarta, Tesis Pascasarjana, UGM Yogyakarta, 2001.
9. Herryanto, Peran Pengawas Menelan Obat (PMO) Pada Kejadian Putus Berobat Penderita

- TB Paru di DKI Jakarta Tahun 2002. *Atikel Media Litbang Kesehatan*, 2004; XIV(2): 13-19.
10. Sutanto, S., Efektivitas Pengawas Menelan Obat pada Konversi Dahak Penderita Tuberkulosis Paru. *Berita Kedokteran Masyarakat* 2000; XVI (2): 95-100.
 11. Yulianus, W., Manajemen Program Penanggulangan Penyakit Tuberkulosis (P2TB) di Puskesmas Kabupaten Manggarai. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2002; 06 (01): 35-41.