

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tuberkulosis**

##### **1. Definisi**

Tuberkulosis atau yang lebih terkenal dengan singkatan TBC atau TB adalah suatu penyakit yang di sebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, biasanya menyerang paru-paru (disebut sebagai TB Paru), walaupun pada beberapa kasus organ-organ lain ikut terserang.<sup>25</sup> TB sering dijumpai pada paru-paru, juga dapat terjadi pada organ diseluruh tubuh antara lain : usus, kelenjar limfa (Kelenjar getah bening, tulang kulit, otak, ginjal).<sup>26</sup> TB juga adalah infeksi *M. Tuberculosis* yang di temukan pada dahak pasien dengan penyakit TB paru.<sup>27</sup> Basil ini bersifat *aerob* tahan asam yang mampu membentuk spora dalam jaringan beroksigen tinggi.<sup>28</sup> *Mycobacterium tuberculosis* yang menyebabkan penyakit TB adalah *Mycobacterium tuberculosis* gen H<sub>37</sub>RV. Basil ini merupakan yang paling pathogen dan mempunyai kemampuan untuk berkembang dan yang paling penting adalah kemampuannya untuk bertahan hidup bertahun-tahun didalam tubuh manusiannya.<sup>29</sup>

*Mycobacterium* adalah kuman berbentuk batang yang sering bersifat pleomorfisme, berukuran sekitar 1-4 mikron x 0,2-0,5 mikron. Kuman yang ada pada pewarnaan termasuk Gram-positif, bersifat tahan asam dan bersifat aerobik.<sup>30</sup>

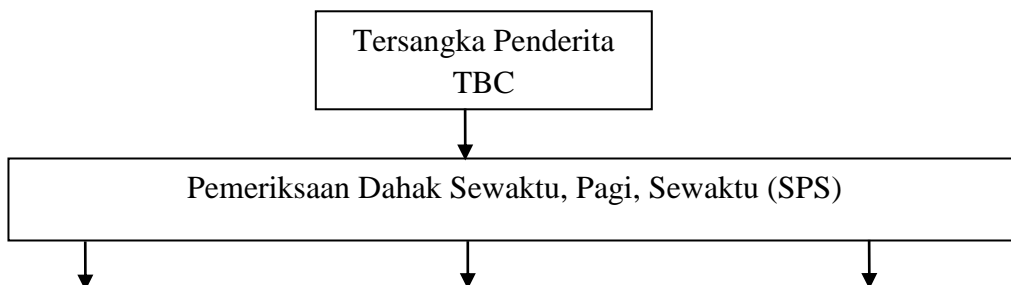
Kuman ini dapat bertahan terhadap pencucian warna dengan alkohol dan asam, sehingga disebut Basil Tahan Asam (BTA), tahan terhadap zat kimia dan fisik serta tahan dalam keadaan dingin, bersifat *dorman* dan *aerob*.<sup>31</sup>

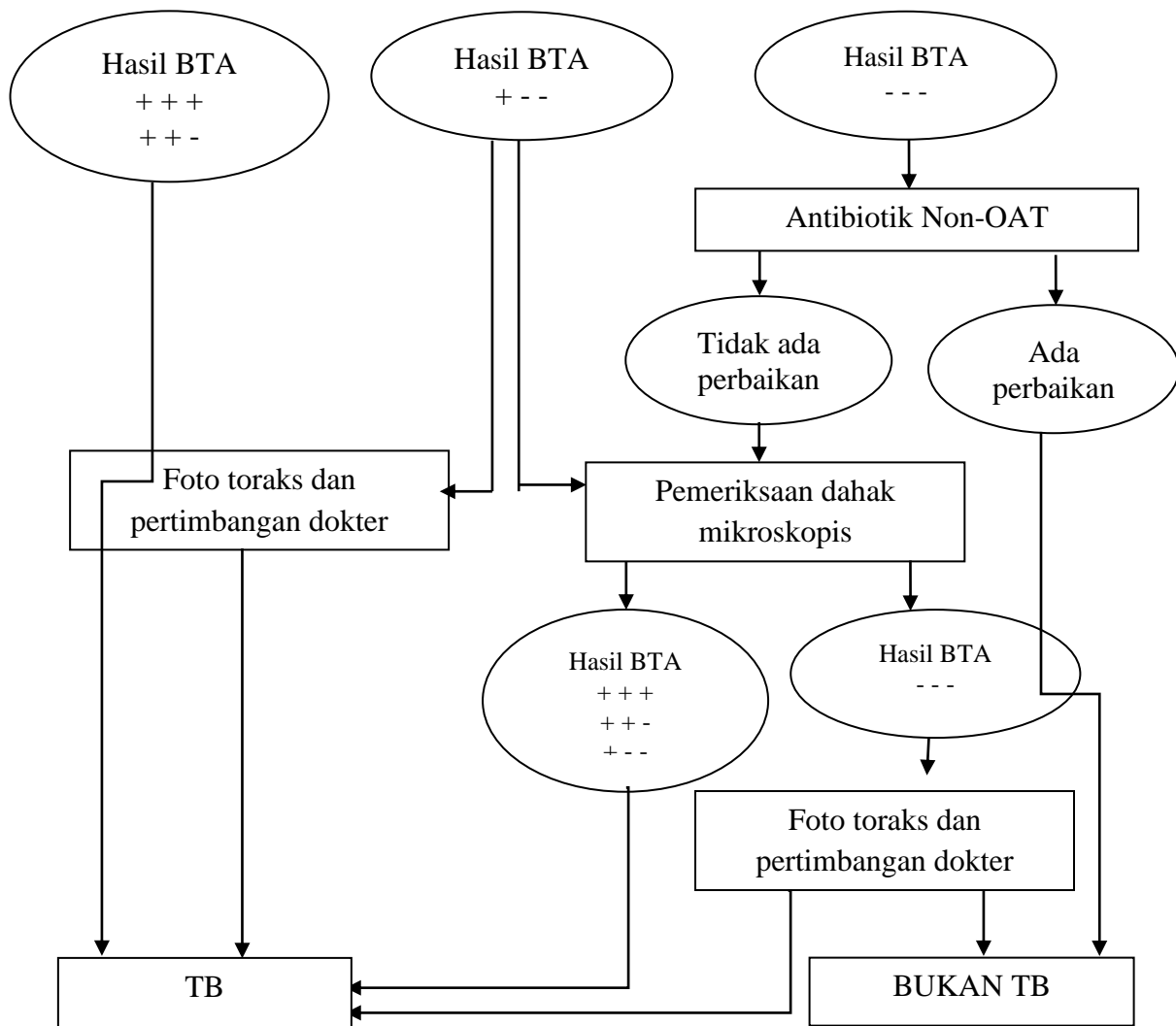
Seseorang dicurigai menderita TB jika mempunyai gejala kehilangan berat badan tanpa sebab yang jelas, kehilangan nafsu makan, demam, cepat lelah dan keringat malam. Jika TB menyerang paru-paru, gejala yang menyertai adalah batuk 3 minggu atau lebih, nyeri dada dan batuk darah. Tetapi jika penyakit Tb menyerang bagian tubuh selain paru-paru, gejala akan muncul pada area yang diserang.<sup>32</sup>

## 2. Diagnosis TB

Diagnosis TB Paru pada orang dewasa dapat ditegakkan dengan ditemukannya BTA (Basil Tahan Asam) pada pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Hasil pemeriksaan dinyatakan positif apabila sedikitnya dua dari tiga SPS (sewaktu – pagi – sewaktu) BTA hasilnya positif. Bila hanya satu spesimen yang positif perlu di adakan pemeriksaan lebih lanjut yaitu foto rontgen dada atau pemeriksaan spesimen SPS (sewaktu – pagi – sewaktu) di ulang. Kalau hasil rontgen mendukung TB, maka penderita didiagnosis sebagai TB BTA positif. Kalau hasil rontgen tidak mendukung TB, maka pemeriksaan lain, misalnya biakan. Bila tiga spesimen dahak negatif, di berikan antibiotik spektrum luas (misanya kotrimoksasol atau amoksisilin) selama 1 atau 2 minggu. Bila tidak ada perubahan, namun gejala klinis tetap mencurigakan TB, ulangi pemeriksaan dahak SPS (sewaktu – pagi – sewaktu). Kalau hasil SPS positif, didiagnosa sebagai penderita

TB BTA positif. Kalau hasil SPS tetap negatif, lakukan pemeriksaan foto rontgen dada untuk mendukung diagnosis TB. Bila hasil rontgen tidak mendukung TB, penderita tersebut bukan TB. Unit pelayanan kesehatan yang tidak memiliki fasilitas rontgen, penderita dapat dirujuk untuk difoto rontagen dada.<sup>25</sup> Berikut ini adalah bagan alur diagnosis TB paru.





Sumber : Pedoman penanggulangan TBC 2011

Gambar 2. 1. Alur Diagnosis TB Paru

### 3. Penegakan Diagnosis TB

Kritski dan Melo (2007) menyebutkan bahwa infeksi yang mempunyai gejala klinis yang hampir sama dengan TB adalah infeksi bakteri

bronkopulomonalis dan mikotik, kanker paru-paru dan penyakit kronis paru-paru lainnya. Hal ini mendorong adanya pemeriksaan yang spesifik untuk mendukung diagnosis TB. Tanda-tanda fisik pada penderita TB terkait dengan ada tidaknya lesi, durasi dari penyakit, dan bentuk kelainan. Kelainan fisik lain ditemukan lesi akibat hipersensivitas yang lambat terhadap komponen basis tuberkulum meskipun lesi sendiri tidak mengandung *Mycobacterium tuberculosis*. Kondisi ini dapat berbentuk *erytemanodosum* (radang subkutan diposa jaringan), konjungtivitis *sphlyctenular*, *erytemainduratum* dari Bazin (*nodularvasculytis*), dan *polyserositis*.<sup>33</sup>

Metode utama penegakan diagnosis untuk menemukan BTA terutama pada negara-negara yang berpenghasilan rendah, prevalensi TB tinggi, atau dibawah kondisi normal adalah pemeriksaan dahak mikroskopis dengan pewarnaan *Ziehl Neelsen*. Kultur merupakan *gold standar* diagnosis pasti TB dan dapat meningkatkan penemuan BTA sebesar 15%-20%. Namun tidak semua laboratorium memiliki fasilitas dan kemampuan melakukan kultur.<sup>30</sup>

## **B. Pengendalian Tuberkulosis**

### **1. Rencana Strategis**

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan oleh periode sebelumnya. Salah satu sasaran pokok RPJMN 2015-2019 adalah meningkatnya pengendalian penyakit.<sup>34</sup>

Pada tahun 2015-2019 target program pengendalian TB akan disesuaikan dengan target pada RPJMN II dan harus disinkronkan pula dengan target Global TB Strategy pasca 2015 dan target SDGs (*Sustainable Development Goals*). Target utama pengendalian TB pada tahun 2015-2019 adalah penurunan insidensi TB yang lebih cepat dari hanya sekitar 1-2% per tahun menjadi 3-4% per tahun dan penurunan angka mortalitas > dari 4-5% pertahun. Diharapkan pada tahun 2020 Indonesia bisa mencapai target penurunan insidensi sebesar 20% dan angka mortalitas sebesar 25% dari angka insidensi tahun 2015.<sup>6</sup>

Untuk mengendalikan penyakit menular maka strategi yang dilakukan untuk meningkatkan mutu penyelenggaraan penanggulangan penyakit menular, dibutuhkan strategi *innovative* dengan memberikan otoritas pada petugas kesehatan masyarakat (*Public Health Officers*), terutama hak akses pengamatan faktor risiko dan penyakit dan penentuan langkah penanggulangannya). Sasaran kegiatan ini

adalah menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit TB. Indikator pencapaian sasaran tersebut adalah persentase kabupaten/kota dengan angka keberhasilan pengobatan TB paru BTA positif (*Success Rate*) minimal 85% sebesar 90%.<sup>34</sup>

## 2. Tujuan dan Target Penanggulangan

### a. Tujuan

Melindungi kesehatan masyarakat dari penularan TB agar tidak terjadi kesakitan, kematian dan kecacatan;

### b. Target

Target Program Nasional Penanggulangan TB sesuai dengan target eliminasi global adalah Eliminasi TB pada tahun 2035 dan Indonesia bebas TB tahun 2050. Eliminasi TB adalah tercapainya cakupan kasus TB 1 per 1 juta penduduk.<sup>2</sup>

## 3. Kebijakan Penanggulangan TB di Indonesia

- a. Penanggulangan TB dilaksanakan sesuai dengan azas desentralisasi dalam kerangka otonomi daerah dengan Kabupaten/kota sebagai titik berat manajemen program, yang meliputi: perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta menjamin ketersediaan sumber daya (dana, tenaga, sarana dan prasarana).
- b. Penanggulangan TB dilaksanakan dengan menggunakan pedoman standar nasional sebagai kerangka dasar dan memperhatikan kebijakan global untuk Penanggulangan TB.

- c. Penemuan dan pengobatan untuk penanggulangan TB dilaksanakan oleh seluruh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang meliputi Puskesmas, Klinik, dan Dokter Praktik Mandiri (DPM) serta Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang meliputi: Rumah Sakit Pemerintah, non pemerintah dan Swasta, Rumah Sakit Paru (RSP), Balai Besar/Balai Kesehatan Paru Masyarakat (B/BKPM).
- d. Obat Anti Tuberkulosis (OAT) untuk penanggulangan TB disediakan oleh pemerintah dan diberikan secara cuma-cuma.
- e. Keberpihakan kepada masyarakat dan pasien TB. Pasien TB tidak dipisahkan dari keluarga, masyarakat dan pekerjaannya. Pasien memiliki hak dan kewajiban sebagaimana individu yang menjadi subyek dalam penanggulangan TB.
- f. Penanggulangan TB dilaksanakan melalui penggalangan kerjasama dan kemitraan diantara sektor pemerintah, non pemerintah, swasta dan masyarakat melalui Forum Koordinasi TB.
- g. Penguatan manajemen program penanggulangan TB ditujukan memberikan kontribusi terhadap penguatan sistem kesehatan nasional.
- h. Pelaksanaan program menerapkan prinsip dan nilai inklusif, proaktif, efektif, responsif, profesional dan akuntabel
- i. Penguatan Kepemimpinan Program ditujukan untuk meningkatkan komitmen pemerintah daerah dan pusat terhadap keberlangsungan program dan pencapaian target strategi global penanggulangan TB yaitu eliminasi TB tahun 2035.<sup>2</sup>



## C. Upaya Pengendalian TB

Sejalan dengan meningkatnya kasus TB, pada awal tahun 1990-an WHO dan IUATLD mengembangkan strategi pengendalian TB yang dikenal sebagai strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*). Strategi DOTS terdiri dari 5 komponen kunci, yaitu: 1) Komitmen politis, dengan peningkatan dan kesinambungan pendanaan. 2) Penemuan kasus melalui pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya. 3) Pengobatan yang standar, dengan supervisi dan dukungan bagi pasien. 4) Sistem pengelolaan dan ketersediaan OAT yang efektif. 5) Sistem monitoring, pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program.<sup>6</sup>

WHO telah merekomendasikan strategi DOTS sebagai strategi dalam pengendalian TB sejak tahun 1995. Bank Dunia menyatakan strategi DOTS sebagai salah satu intervensi kesehatan yang secara ekonomis sangat efektif (*cost-effective*). Integrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar sangat dianjurkan demi efisiensi dan efektifitasnya. Satu studi cost benefit yang dilakukan di Indonesia menggambarkan bahwa dengan menggunakan strategi DOTS, setiap dolar yang digunakan untuk membiayai program pengendalian TB, akan menghemat sebesar US\$ 55 selama 20 tahun.

Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien, prioritas diberikan kepada pasien TB tipe menular. Strategi ini akan memutuskan rantai

penularan TB dan dengan demikian menurunkan insidens TB di masyarakat. Menemukan dan menyembuhkan pasien merupakan cara terbaik dalam upaya pencegahan penularan TB. Dengan semakin berkembangnya tantangan yang dihadapi program di banyak negara. Pada tahun 2005 strategi DOTS di atas oleh Global stop TB partnership strategi DOTS tersebut diperluas menjadi “Strategi Stop TB”, yaitu: 1. Mencapai, mengoptimalkan dan mempertahankan mutu DOTS 2. Merespon masalah TB-HIV, MDR-TB dan tantangan lainnya 3. Berkontribusi dalam penguatan system kesehatan 4. Melibatkan semua pemberi pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta. 5. Memberdayakan pasien dan masyarakat 6. Melaksanakan dan mengembangkan penelitian.<sup>6</sup>

Pada tahun 2013 muncul usulan dari beberapa negara anggota WHO yang mengusulkan adanya strategi baru untuk mengendalikan TB yang mampu menahan laju infeksi baru, mencegah kematian akibat TB, mengurangi dampak ekonomi akibat TB dan mampu meletakkan landasan ke arah eliminasi TB. Eliminasi TB akan tercapai bila angka insidensi TB berhasil diturunkan mencapai 1 kasus TB per 1 juta penduduk, sedangkan kondisi yang memungkinkan pencapaian eliminasi TB (pra eliminasi) adalah bila angka insidensi mampu dikurangi menjadi 10 per 100.000 penduduk. Dengan angka insidensi global tahun 2012 mencapai 122 per 100.000 penduduk dan penurunan angka insidensi sebesar 1-2% setahun maka TB akan memasuki kondisi pra eliminasi pada tahun 2160. Untuk itu perlu ditetapkan strategi baru yang lebih komprehensif bagi pengendalian TB secara global. Pada sidang WHA ke 67 tahun

2014 ditetapkan resolusi mengenai strategi pengendalian TB global pasca 2015 yang bertujuan untuk menghentikan epidemi global TB pada tahun 2035 yang ditandai dengan penurunan angka kematian akibat TB sebesar 95% dari angka tahun 2015 dan penurunan angka insidensi TB sebesar 90% (menjadi 10/100.000 penduduk).<sup>6</sup>

#### **D. Kegiatan Program Pengendalian TB**

Kegiatan pada program pengendalian TB di puskesmas yang terdiri dari kegiatan pokok dan kegiatan panunjang. Ada pun kegiatan-kegiatan tersebut adalah:

##### **1. Penemuan Penderita (*Case Finding*)**

Penemuan pasien bertujuan untuk mendapatkan pasien TB melalui serangkaian kegiatan mulai dari penjangkauan terhadap terduga pasien TB, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang diperlukan, menentukan diagnosis, menentukan klasifikasi penyakit serta tipe pasien TB. Diagnosis TB ditetapkan berdasarkan keluhan, hasil anamnesis, pemeriksaan klinis, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya. Setelah diagnosis ditetapkan dilanjutkan pengobatan yang adekuat sampai sembuh, sehingga tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain. Kegiatan ini membutuhkan adanya pasien yang memahami dan sadar akan keluhan dan gejala TB, akses terhadap fasilitas kesehatan dan adanya tenaga kesehatan yang kompeten untuk melakukan pemeriksaan terhadap gejala dan keluhan tersebut.<sup>2</sup> Penemuan pasien merupakan langkah pertama dalam kegiatan tatalaksana TB. Penemuan secara bermakna merupakan kegiatan pencegahan penularan TB yang paling efektif dalam masyarakat.<sup>8</sup>

Strategi penemuan pasien TB dapat dilakukan secara pasif intensif dan aktif atau masif. Upaya penemuan pasien TB harus didukung dengan kegiatan promosi yang aktif, sehingga semua terduga TB dapat ditemukan secara dini.<sup>2</sup>

- a. Penemuan pasien TB dilakukan secara pasif intensif di fasilitas kesehatan dengan jejaring layanan TB melalui Public-Private Mix (PPM), dan kolaborasi berupa kegiatan TB-HIV, TB-DM (Diabetes Mellitus), TB-Gizi, Pendekatan Praktis Kesehatan paru (PAL = *Practical Approach to Lung health*), Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), Manajemen Terpadu Dewasa Sakit (MTDS).
- b. Penemuan pasien TB secara aktif dan/atau masif berbasis keluarga dan masyarakat, dapat dibantu oleh kader dari posyandu, pos TB desa, tokoh masyarakat, dan tokoh agama. Kegiatan ini dapat berupa:
  - 1) Investigasi kontak pada paling sedikit 10 - 15 orang kontak erat dengan pasien TB.
  - 2) Penemuan di tempat khusus: Lapas/Rutan, tempat kerja, asrama, pondok pesantren, sekolah, panti jompo.
  - 3) Penemuan di populasi berisiko: tempat penampungan pengungsi, daerah kumuh

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Firdaufan dkk tahun 2009 di Eks Keresidenan Surakarta bahwa ditemukannya angka penemuan kasus dibawah target disebabkan karena program TB hanya mengandalkan *Passive Case Finding* (PCF). Untuk menjangkau kasus TB Penjangkauan suspek TB hanya dilakukan di fasilitas pelayanan Tidak terdapat *Active Case Finding* (ACF) atau penjangkauan kasus oleh

masyarakat dan Penjaringan kasus secara aktif hanya melalui Contact Survey terhadap anggota keluarga dan tetangga yang dicurigai TB. Kesulitan dalam memperoleh dahak untuk pemeriksaan diagnostik.<sup>17</sup> Penelitian yang dilakukan Reviono dkk (2017) menyimpulkan bahwa rendahnya angka penemuan kasus pada fasilitas pelayanan kesehatan di Jawa Tengah dikarenakan penggunaan alat diagnostic dengan sensitivitas dan spesifitas yang kurang baik sehingga kesalahan klasifikasi kasus BTA-positif sebagai BTA –negatif.<sup>22</sup>

Hasil penelitian Aditama 2013 di puskesmas Boyolali menyebutkan pada pelaksanaan P2TB di setiap Puskesmas di Kabupaten Boyolali, sekitar 34,50% Puskesmas melakukan *active case finding*, selebihnya melakukan *passive promotive case finding*. Strategi penemuan pasien TB adalah secara pasif, pemeriksaan terhadap kontak pasien TB dilakukan pada keluarga dengan gejala sama. Penemuan aktif dianggap tidak efektif biaya karena banyak memerlukan biaya.<sup>20</sup>

Penelitian yang dilakukan Mansur dkk tahun 2015 bahwasannya penemuan kasus TB paru di puskesmas Desa Lalang belum mencapai target yang telah ditentukan oleh WHO. Hal ini disebabkan karena penemuan kasus yang dilakukan selama ini hanya menunggu penderita datang ke puskesmas, bukan dengan melakukan penemuan kasus secara aktif door to door ke masyarakat.<sup>23</sup>

Hasil berbeda disampaikan oleh penelitian Noveyani tahun 2014 di puskesmas tanah Kalikedinding Surabaya tercapainya angka penemuan kasus yang mencapai target  $\geq 70\%$  dilakukan dengan Penjaringan suspek atau dengan kata lain pasien yang datang ke puskesmas, semua responden petugas dan hampir seluruh

pasien di Puskesmas Proses penemuan kasus di Puskesmas Tanah Kalikedinding yang efektif didukung oleh penjarangan suspek yang sesuai gejala utama TB oleh petugas yang telah mengikuti pelatihan sesuai standart WHO, dan pasien didiagnosis sesuai alur diagnosa. CDR mencapai target menandakan dengan penemuan kasus efektif dapat meminimalisir penyebaran penyakit tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Tanah Kalikedinding.<sup>16</sup>

## 2. Pengobatan Pasien TB

Pengobatan menurut KBBI adalah perbuatan mengobati atau cara, proses untuk memberikan obat. Obat Anti Tuberkulosis (OAT) adalah komponen terpenting dalam pengobatan TB. Pengobatan TB merupakan salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut kuman TB.<sup>2</sup>

Tujuan Pengobatan TB adalah:

- a. Menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas serta kualitas hidup.
- b. Mencegah terjadinya kematian oleh karena TB atau dampak buruk selanjutnya.
- c. Mencegah terjadinya kekambuhan TB.
- d. Menurunkan risiko penularan TB.
- e. Mencegah terjadinya dan penularan TB resistan obat.

Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip:

- a. Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi.

- b. Diberikan dalam dosis yang tepat.
- c. Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat) sampai selesai pengobatan.
- d. Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup, terbagi dalam dua (2) tahap yaitu tahap awal serta tahap lanjutan, sebagai pengobatan yang adekuat untuk mencegah kekambuhan.

Pengobatan TB harus selalu meliputi pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan dengan maksud.

- a. Tahap Awal: Pengobatan diberikan setiap hari. Paduan pengobatan pada tahap ini adalah dimaksudkan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resistan sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua pasien baru, harus diberikan selama 2 bulan. Pada umumnya dengan pengobatan secara teratur dan tanpa adanya penyulit, daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 minggu pertama.
- b. Tahap Lanjutan: Pengobatan tahap lanjutan bertujuan membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman persisten sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan.

Hasil Pengobatan Pasien TB ;

- a. Sembuh : Pasien TB paru dengan hasil pemeriksaan bakteriologis positif pada awal pengobatan yang hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan menjadi negatif dan pada salah satu pemeriksaan sebelumnya.
- b. Pengobatan lengkap : Pasien TB yang telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap dimana pada salah satu pemeriksaan sebelum akhir pengobatan hasilnya negatif namun tanpa ada bukti hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan.
- c. Gagal : Pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama masa pengobatan; atau kapan saja dalam masa pengobatan diperoleh hasil laboratorium yang menunjukkan adanya resistensi OAT.
- d. Meninggal : Pasien TB yang meninggal oleh sebab apapun sebelum memulai atau sedang dalam pengobatan.
- e. Putus berobat (loss to follow-up) : Pasien TB yang tidak memulai pengobatannya atau yang pengobatannya terputus terus menerus selama 2 bulan atau lebih.
- f. Tidak dievaluasi : Pasien TB yang tidak diketahui hasil akhir pengobatannya. Termasuk dalam kriteria ini adalah "pasien pindah (transfer out)" ke kabupaten/kota lain dimana hasil akhir pengobatannya tidak diketahui oleh kabupaten/kota yang ditinggalkan.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan Mansur (2015) di puskesmas desa lalang kecamatan medan sunggal diketahui tingkat kesembuhan 59,52%. Ini



berarti angka kesembuhan di Puskesmas Desa Lalang belum mencapai target paling tidak 85% diketahui bahwa Puskesmas desa lalang telah melakukan pengobatan TB paru dengan paduan OAT jangka pendek yang diawasi langsung oleh PMO kepada penderita TB paru selama 9 bulan, paduan OAT yang diberikan oleh petugas Puskesmas yaitu dengan paket FDC melalui prosedur sesuai berat badan penderita TB paru dan sudah memiliki persediaan obat yang cukup.<sup>23</sup>

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Firdaufan dkk tahun 2009 di Eks Keresidenan Surakarta mengemukakan bahwa target angka kesembuhan di Boyolali dan Sukoharjo sudah mencapai target minimal. Namun angka kesembuhan di tingkat Puskesmas menunjukkan bahwa masih banyak Puskesmas yang belum mencapai angka kesembuhan yang diharapkan. Penyebab utama adalah putus berobat dan ketidakefektifan pengawasan menelan obat dalam memastikan keteraturan menelan obat.<sup>17</sup>

Hasil penelitian Noveyani tahun 2014 di Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya pelaksanaan pengobatan di Puskesmas Tanah Kalikedinding kurang efektif dikarenakan masih ada pasien yang tidak memiliki PMO, kurangnya kepatuhan dan kesadaran pasien dalam minum OAT secara teratur, perubahan jadwal kunjungan pada fase lanjutan menjadi 2x/bulan dan konsumsi obat anti tuberkulosis pada fase lanjutan yang tidak setiap hari seperti fase intensif menyebabkan pasien lupa menelan obat. Selain itu petugas kesehatan kurang fokus, karena pemegang program TB juga beberapa program lain di Puskesmas. Sesuai

dengan angka keberhasilan pengobatan/*Success Rate* (SR) adalah 65,5% belum memenuhi target yaitu  $\geq 85\%$  yang juga merupakan indikator utama TB.<sup>16</sup> Menurut hasil penelitian Aditama 2013 di puskesmas Boyolali angka keberhasilan pengobatan di Kabupaten Boyolali tahun 2009 yaitu 61,48%, ini mungkin disebabkan kepatuhan penderita TB paru untuk minum OAT secara teratur dan pengetahuan tentang TB paru yang merupakan faktor paling utama dalam keberhasilan pengobatan.<sup>20</sup>

### 3. Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan adalah berbagai upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan mereka sendiri. Dalam promosi kesehatan dalam penanggulangan TB diarahkan untuk meningkatkan pengetahuan yang benar dan komprehensif mengenai pencegahan penularan, pengobatan, pola hidup bersih dan sehat (PHBS), sehingga terjadi perubahan sikap dan perilaku sasaran program TB terkait dengan hal tersebut serta menghilangkan stigma serta diskriminasi masyarakat serta petugas kesehatan terhadap pasien TB.<sup>2</sup>

Sasaran promosi kesehatan penanggulangan TB adalah:

- a. Pasien, individu sehat (masyarakat) dan keluarga sebagai komponen dari masyarakat.

b. Tokoh masyarakat, tokoh adat, tokoh agama, petugas kesehatan, pejabat pemerintahan, organisasi kemasyarakatan dan media massa. Diharapkan dapat berperan dalam penanggulangan TB sebagai berikut:

- 1) Sebagai panutan untuk tidak menciptakan stigma dan diskriminasi terkait TB.
- 2) Membantu menyebarkan informasi tentang TB dan PHBS.
- 3) Mendorong pasien TB untuk menjalankan pengobatan secara tuntas.
- 4) Mendorong masyarakat agar segera memeriksakan diri ke layanan TB yang berkualitas.

c. Pembuat kebijakan publik yang menerbitkan peraturan perundang-undangan dibidang kesehatan dan bidang lain yang terkait serta mereka yang dapat memfasilitasi atau menyediakan sumber daya. Peran yang diharapkan adalah:

- 1) Memberlakukan kebijakan/peraturan perundang-undangan untuk mendukung penanggulangan TB.
- 2) Membantu menyediakan sumber daya (dana, sarana dan lain lain) untuk meningkatkan capaian program TB.

Promosi kesehatan dalam penanggulangan TB diselenggarakan dengan strategi pemberdayaan masyarakat, advokasi dan kemitraan.

a. Pemberdayaan masyarakat Proses pemberian informasi tentang TB secara terus menerus serta berkesinambungan untuk menciptakan kesadaran, kemauan dan

kemampuan pasien TB, keluarga dan kelompok masyarakat. Metode yang dilakukan adalah melalui komunikasi efektif, demonstrasi (praktek), konseling dan bimbingan yang dilakukan baik di dalam layanan kesehatan ataupun saat kunjungan rumah dengan memanfaatkan media komunikasi seperti lembar balik, leaflet, poster atau media lainnya.

b. Advokasi adalah upaya atau proses terencana untuk memperoleh komitmen dan dukungan dari pemangku kebijakan yang dilakukan secara persuasif, dengan menggunakan informasi yang akurat dan tepat. Advokasi Program Penanggulangan TB adalah suatu perangkat kegiatan yang terencana, terkoordinasi dengan tujuan:

- 1) Menempatkan TB sebagai hal/perhatian utama dalam agenda politik.
- 2) Mendorong komitmen politik dari pemangku kebijakan yang ditandai adanya peraturan atau produk hukum untuk program penanggulangan TB.
- 3) Meningkatkan dan mempertahankan kesinambungan pembiayaan dan sumber daya lainnya untuk TB. Advokasi akan lebih efektif bila dilaksanakan dengan prinsip kemitraan melalui forum kerjasama.

c. Kemitraan merupakan kerjasama antara program penanggulangan TB dengan institusi pemerintah terkait, pemangku kepentingan, penyedia layanan, organisasi kemasyarakatan yang berdasar atas 3 prinsip yaitu kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan.

Promosi kesehatan untuk Penanggulangan TB dilakukan disemua tingkatan administrasi baik pusat, provinsi, kabupaten/kota sampai dengan fasilitas pelayanan

kesehatan. Promosi TB selain dapat dilakukan oleh petugas khusus juga dapat dilakukan oleh kader organisasi kemasyarakatan yang menjadi mitra penanggulangan TB.

Dalam pelaksanaannya promosi kesehatan harus mempertimbangkan:

- a. Metode komunikasi, dapat dilakukan berdasarkan:
  - 1) Teknik komunikasi, terdiri atas:
    - a) Metode penyuluhan langsung yaitu kunjungan rumah, pertemuan umum, pertemuan diskusi terarah (FGD), dan sebagainya; dan
    - b) Metode penyuluhan tidak langsung dilakukan melalui media seperti pemutaran iklan layanan masyarakat di televisi, radio, youtube dan media sosial lainnya, tayangan film, pementasan wayang, dll.
  - 2) Jumlah sasaran dilakukan melalui pendekatan perorangan, kelompok dan massal.
  - 3) Indera Penerima
    - a) Metode melihat/memperhatikan. Pesan akan diterima individu atau masyarakat melalui indera penglihatan seperti: pemasangan spanduk, umbul-umbul, poster, billboard, dan lain-lain.
    - b) Metode mendengarkan. Pesan akan diterima individu atau masyarakat melalui indera pendengaran seperti dialog interaktif radio, radio spot, dll.
    - c) Metode kombinasi. Merupakan kombinasi kedua metode di atas, dalam hal ini termasuk demonstrasi/peragaan. Individu atau masyarakat diberikan penjelasan dan peragaan terlebih dahulu lalu diminta mempraktikkan, misal: cara mengeluarkan dahak.

Media komunikasi atau alat peraga yang digunakan untuk promosi pengendalian TB dapat berupa benda asli seperti obat TB, pot sediaan dahak, masker, bisa juga merupakan tiruan dengan ukuran dan bentuk hampir menyerupai yang asli (dummy). Selain itu dapat juga dalam bentuk gambar/media seperti poster, leaflet, lembar balik bergambar karikatur, lukisan, animasi dan foto, slide, film dan lain-lain. Sumber Daya Sumber daya terdiri dari petugas sebagai sumber daya manusia (SDM), yang bertanggung jawab untuk promosi, petugas di puskesmas dan sumber daya lain berupa sarana dan prasarana serta dana.<sup>2</sup>

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan Mansur (2015) terdapat angka penemuan kasus TB paru dan angka kesembuhan belum mencapai target nasional yang telah ditetapkan. Hal ini dikarenakan petugas TB paru tidak selalu melakukan penyuluhan kepada masyarakat mengenai penyakit TB paru.<sup>23</sup> Hasil yang disampaikan oleh penelitian Noveyani tahun 2014 di puskesmas tanah Kalikedinding Surabaya bahwa target CDR yang mencapai target disebabkan karena penyuluhan dilakukan oleh petugas secara rutin saat pasien berobat di puskesmas dan media informasi yang pertama kali didapat oleh hampir seluruh (84,4%) responden pasien adalah dari petugas kesehatan.<sup>16</sup>

#### 4. Pemeriksaan Sputum

##### a. Pemeriksaan dahak mikroskopis langsung

Pemeriksaan dahak selain berfungsi untuk menegakkan diagnosis, juga untuk menentukan potensi penularan dan menilai keberhasilan pengobatan.

Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 2 contoh uji dahak yang dikumpulkan berupa dahak Sewaktu-Pagi (SP):<sup>2</sup>

- 1) S (Sewaktu): dahak ditampung di fasyankes.
- 2) P (Pagi): dahak ditampung pada pagi segera setelah bangun tidur.

Dapat dilakukan dirumah pasien atau di bangsal rawat inap bilamana pasien menjalani rawat inap.

Prosedur kerja pemeriksaan dahak suspek TB secara mikroskopis dimulai dengan meminta suspek TB untuk mengumpulkan dahak Sewaktu (S). Kemudian petugas laboratorium harus menfiksasi slide yaitu melewatkan sediaan di atas api 2-3 kali sekitar 2-3 detik. Fiksasi dilakukan dekat dengan sumbu dan jangan terlalu lama<sup>35</sup> yang akan digunakan untuk membuat sediaan agar steril.

Selanjutnya sediaan dibuat dengan kriteria yang sesuai dengan aturan: Kondisi sediaan apusan terdiri dari ukuran, kerataan, ketebalan, dan kebersihan sediaan apus. Ukuran sediaan apus yang baik ialah 2x3 cm, karena dengan ukuran tersebut dapat dibaca 150 lapang pandang sepanjang garis tengah dari kiri ke kanan. Kerataan sediaan apus dilihat dari dahak yang tersebar merata, tidak terlihat daerah yang kosong pada kaca objek. Ketebalan sediaan apus diperiksa dengan cara memegang sediaan apus yang belum di cat 4-5 cm di atas surat kabar. Ketebalan sediaan apus dianggap baik apabila huruf-huruf tulisan pada surat kabar masih dapat terbaca. Secara mikroskopis, leukosit tersebar merata dan tidak saling bertumpuk.

Sedangkan kebersihan sediaan apus, sediaan harus terbebas dari sisa-sisa zat warna fuchsin, kotoran serta kristal yang dihasilkan dari pemanasan berlebih saat pewarnaan.<sup>14</sup>

Kemudian dilakukan pewarnaan dengan reagen ZN.

- 1) Sediaan diletakkan dengan bagian apusan menghadap keatas rak yang ditempatkan di atas bak cuci atau baskom, antara satu sediaan dengan yang lain masing-masing berjarak kurang lebih 1 jari. Jumlah maksimum sediaan pada satu kali pewarnaan 12 buah.
- 2) Seluruh permukaan sediaan digenangi dengan carbol fuchsin. Saring zat warna setiap kali akan melakukan pewarnaan sediaan.
- 3) Sediaan dipanaskan dari bawah dengan menggunakan sulut api setiap sediaan sampai keluar uap dan jangan sampai mendidih.
- 4) Sediaan didiamkan selama minimal 5 menit. Pewarna di atas sediaan tidak boleh sampai kering.
- 5) Sediaan dibilas dengan hati-hati dengan air mengalir dan jangan sampai ada percikan ke sediaan yang lain.
- 6) Sediaan dimiringkan menggunakan penjepit kayu atau pinset untuk membuang air.
- 7) Sediaan digenangi dengan asam alkohol sampai tidak tampak warna merah carbol fuchsin. Jangan ada percikan ke sediaan lain.



- 8) Permukaan sediaan digenangi dengan methylene blue selama 10-20 detik.
- 9) Sediaan dibilas dengan air mengalir. Jangan ada percikan ke sediaan lain
- 10) Sediaan dikeringkan pada rak pengering. Jangan keringkan dengan kertas tissue.<sup>11</sup>

Setelah proses pewarnaan, petugas laboratorium harus membaca hasil sediaan untuk menentukan status pasien suspek TB tersebut sesuai dengan skala IUATLD

- 1) Pembacaan menggunakan lensa objektif 10x untuk menetapkan fokus dan menemukan lapang pandang. Periksa sediaan untuk menentukan kualitas sediaan.
- 2) Kemudian, sediaan ditetaskan satu minyak emersi. Aplikator emersi tidak boleh menyentuh kaca objek. Tetesan harus jatuh bebas ke permukaan sediaan apus agar aplikator minyak emersi terkontaminasi dengan kuman TB.
- 3) Lensa objektif 100x diputar dengan hati-hati ke atas sediaan apus.
- 4) Sesuaikan fokus hati-hati sampai sel-sel terlihat dengan jelas.
- 5) Lakukan pembacaan sediaan apus secara sistematis untuk memastikan hasil yang dilaporkan mewakili seluruh bagian sediaan. Pembacaan dimulai dari ujung kiri ke ujung kanan.
- 6) Setelah selesai pembacaan, bersihkan minyak dari sediaan apus dengan menggunakan pelarut organik.<sup>11</sup>

b. Pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) TB

Pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) TB dengan metode Xpert MTB/RIF. TCM merupakan sarana untuk penegakan diagnosis, namun tidak dapat dimanfaatkan untuk evaluasi hasil pengobatan.<sup>2</sup>

c. Pemeriksaan Biakan

Pemeriksaan biakan dapat dilakukan dengan media padat (Lowenstein-Jensen) dan media cair (Mycobacteria Growth Indicator Tube) untuk identifikasi *Mycobacterium tuberculosis* (M.tb). Pemeriksaan tersebut diatas dilakukan disarana laboratorium yang terpantau mutunya. Pemeriksaan biakan untuk identifikasi *Mycobacterium tuberculosis* (M.tb) dimaksudkan untuk menegakkan diagnosis pasti TB pada pasien tertentu, misal: Pasien TB ekstra paru, pasien TB anak, Pasien TB dengan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis langsung BTA negatif. Pemeriksaan tersebut dilakukan disarana laboratorium yang terpantau mutunya. Apabila dimungkinkan pemeriksaan dengan menggunakan tes cepat yang direkomendasikan WHO maka untuk memastikan diagnosis dianjurkan untuk memanfaatkan tes cepat tersebut. Dalam menjamin hasil pemeriksaan laboratorium, diperlukan contoh uji dahak yang berkualitas. Pada faskes yang tidak memiliki akses langsung terhadap pemeriksaan TCM, biakan, dan uji kepekaan, diperlukan sistem transportasi contoh uji. Hal ini bertujuan untuk menjangkau pasien yang membutuhkan akses terhadap pemeriksaan tersebut serta mengurangi risiko penularan jika pasien bepergian langsung ke laboratorium.<sup>2</sup>

Hasil penelitian Noveyani (2014) menjelaskan bahwa CDR Puskesmas Tanah Kalikedinding memenuhi target nasional  $\geq 70\%$  Sedangkan SR belum mencapai target  $\geq 85\%$ . Hal ini di karenakan pada hasil penelitian yang dilakukan menurut pemegang program TB di puskesmas Tanah Kalikedinding, semua (100%) pasien diperiksa dengan alur diagnosis sesuai dengan pedoman pengendalian TB dari Depkes RI kecuali pemeriksaan rontgen, dikarenakan tidak tersedia alat rontgen dan teknisinya dan menurut petugas laboratorium semua (100%) pasien diperiksa dahaknya mengikuti alur pemeriksaan dahak mikroskopis dilakukan sesuai pedoman pengendalian TB Depkes RI.<sup>16</sup>

Menurut penelitian Mansur tahun 2015, menunjukkan angka kesembuhan penderita TB belum mencapai target yang ditetapkan yaitu sebesar 85%. Hal ini disebabkan karena puskesmas desa Lalang dalam pelaksanaan penanggulangan TB paru hanya sampai melakukan fiksasi slide saja, yang melakukan pewarnaan dan pemeriksaan mikroskopis adalah Puskesmas Helvetia sebagai PRM. Pemeriksaan dahak dilakukan dengan menampung dahak sesuai dengan pedoman SPS (sewaktu-pagisewaktu), namun masih ada hambatan dari pasien yaitu kurangnya pengetahuan pasien dalam menampung dahak yang benar sehingga ketika dahak di periksa secara mikroskopis maka hasil yang didapat seharusnya BTA positif.<sup>23</sup>

Penelitian Aditama tahun 2013 mengatakan bahwa identifikasi kasus dilakukan dengan pemeriksaan dahak oleh petugas di puskesmas. Setiap puskesmas di Kabupaten Boyolali telah mempunyai laboratorium dan mampu melaksanakan pemeriksaan sediaan dahak penderita TB namun pencapaian program P2TB paru Kabupaten Boyolali tahun 2009 masih jauh dari target yang telah ditetapkan.<sup>20</sup>

## **E. Indikator Program TB**

Untuk mempermudah analisis data diperlukan indikator sebagai alat ukur kinerja dan kemajuan program (*marker of progress*). Dalam menilai kemajuan atau keberhasilan program pengendalian TB digunakan beberapa indikator yaitu indikator dampak, indikator utama dan indikator operasional.<sup>2</sup>

### **1. Indikator Dampak**

Merupakan indikator yang menggambarkan keseluruhan dampak atau manfaat kegiatan penanggulangan TB. Indikator ini akan diukur dan di analisis di tingkat pusat secara berkala. Yang termasuk indikator dampak adalah

#### **a. Angka kesakitan (insiden) karena TB**

Insiden adalah jumlah kasus TB baru dan kambuh yang muncul selama periode waktu tertentu. Angka ini menggambarkan jumlah kasus TB di populasi, tidak hanya kasus TB yang datang ke pelayanan kesehatan dan dilaporkan ke program. Angka ini biasanya diperoleh melalui penelitian cohort atau pemodelan (modelling) yang dilakukan setiap tahun oleh WHO.

b. Angka kematian (mortalitas) karena TB

Mortalitas karena TB adalah jumlah kematian yang disebabkan oleh TB pada orang dengan HIV negatif sesuai dengan revisi terakhir dari ICD-10 (*international classification of diseases*). Kematian TB di antara orang dengan HIV positif diklasifikasikan sebagai kematian HIV. Oleh karena itu, perkiraan kematian TB pada orang dengan HIV positif ditampilkan terpisah dari orang dengan HIV negatif. Angka ini biasanya diperoleh melalui data dari Global Report.

Catatan: Angka ini berbeda dengan data yang dilaporkan pada hasil akhir pengobatan di laporan TB.08. Pada laporan TB.08, kasus TB yang meninggal dapat karena sebab apapun yang terjadi selama pengobatan TB sedangkan mortalitas TB merupakan jumlah kematian karena TB yang terjadi di populasi.

## 2. Indikator Utama

Indikator utama digunakan untuk menilai pencapaian strategi nasional penanggulangan TB di tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi, dan Pusat. Adapun indikatornya adalah:

a. Cakupan pengobatan semua kasus TB (case detection rate/CDR) yang diobati.

Adalah jumlah semua kasus TB yang diobati dan dilaporkan di antara perkiraan jumlah semua kasus TB (insiden). Rumus:

Jumlah semua kasus TB yang diobati dan dilaporkan

\_\_\_\_\_ x 100%

Perkiraan jumlah semua kasus TB

Perkiraan jumlah semua kasus TB merupakan insiden dalam per 100.000 penduduk dibagi dengan 100.000 dikali dengan jumlah penduduk. Misalnya: perkiraan insiden di suatu wilayah adalah 200 per 100.000 penduduk dan jumlah penduduk sebesar 1.000.000 orang maka perkiraan jumlah semua kasus TB adalah  $(200:100.000) \times 1.000.000 = 2.000$  kasus. target global *Case Detection Rate* (CDR) sebesar 70%. CDR menggambarkan seberapa banyak kasus TB yang terjangkau oleh program.

b. Angka notifikasi semua kasus TB (case notification rate/CNR) yang diobati per 100.000 penduduk.

Adalah jumlah semua kasus TB yang diobati dan dilaporkan di antara 100.000 penduduk yang ada di suatu wilayah tertentu.

Rumus :

Jumlah semua kasus TB yang diobati dan dilaporkan

\_\_\_\_\_ x 100.000

Jumlah penduduk yang ada di suatu wilayah penduduk tertentu

Angka ini apabila dikumpulkan serial, akan menggambarkan kecenderungan (trend) meningkat atau menurunnya penemuan kasus dari tahun ke tahun di suatu wilayah.

c. Angka keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus.

Adalah jumlah semua kasus TB yang sembuh dan pengobatan lengkap di antara semua kasus TB yang diobati dan dilaporkan. Dengan demikian angka ini merupakan penjumlahan dari angka kesembuhan semua kasus dan angka pengobatan lengkap semua kasus. Angka ini menggambarkan kualitas pengobatan TB.

Rumus:

Jumlah semua kasus TB yang sembuh dan pengobatan lengkap  
\_\_\_\_\_ x 100%

Jumlah semua kasus TB yang diobati dan dilaporkan

Angka kesembuhan semua kasus yang harus dicapai minimal 85% sedangkan angka keberhasilan pengobatan semua kasus minimal 90%. Walaupun angka kesembuhan telah mencapai 85%, hasil pengobatan lainnya tetap perlu diperhatikan, meninggal, gagal, putus berobat (*lost to follow up*), dan tidak dievaluasi.

1) Angka pasien putus berobat (*lost to follow-up*) tidak boleh lebih dari 10%, karena akan menghasilkan proporsi kasus retreatment yang tinggi di masa yang

akan datang yang disebabkan karena ketidakefektifan dari pengendalian tuberkulosis.

- 2) Menurunnya angka pasien putus berobat (lost to follow-up) karena peningkatan kualitas pengendalian TB akan menurunkan proporsi kasus pengobatan ulang antara 10-20% dalam beberapa tahun.
  - 3) Angka gagal tidak boleh lebih dari 4% untuk daerah yang belum ada masalah resistensi obat, dan tidak boleh lebih besar dari 10% untuk daerah yang sudah ada masalah resistensi obat
- d. Cakupan penemuan kasus TB resistan obat

Adalah jumlah kasus TB resisten obat yang terkonfirmasi resistan terhadap rifampisin (RR) dan atau TB-MDR berdasarkan hasil pemeriksaan tes cepat molekuler maupun konvensional di antara perkiraan kasus TB resisten obat.

Rumus:

Jumlah kasus TB yang hasil pemeriksaan tes cepat molekuler maupun konvensional menunjukkan resistan terhadap rifampisin (RR) dan atau TB-MDR

\_\_\_\_\_ x 100%

Perkiraan kasus TB resisten obat



Berdasarkan estimasi WHO, perkiraan kasus TB resisten obat diperoleh dari 2% dari kasus TB paru baru ditambah 12% dari kasus TB paru pengobatan ulang. Indikator ini menggambarkan cakupan penemuan kasus TB resisten obat

e. Angka keberhasilan pengobatan pasien TB resisten obat

Adalah jumlah kasus TB resisten obat (TB resisten rifampisin dan atau TB MDR) yang menyelesaikan pengobatan dan sembuh atau pengobatan lengkap di antara jumlah kasus TB resisten obat (TB resisten rifampisin dan atau TB MDR) yang memulai pengobatan TB lini kedua.

Rumus:

Jumlah kasus TB resisten obat

(TB resisten rifampisin dan atau TB MDR)

yang dinyatakan sembuh dan pengobatan lengkap

\_\_\_\_\_ x 100%

Jumlah kasus TB resisten obat

(TB resisten rifampisin dan atau TB MDR)

yang memulai pengobatan TB lini kedua

Indikator ini menggambarkan kualitas pengobatan TB resisten obat

f. Persentase pasien TB yang mengetahui status HIV

Adalah jumlah pasien TB yang mempunyai hasil tes HIV yang dicatat di formulir pencatatan TB yang hasil tes HIV diketahui termasuk pasien TB yang

sebelumnya mengetahui status HIV positif di antara seluruh pasien TB. Indikator ini akan optimal apabila pasien TB mengetahui status HIV  $\leq 15$  hari terhitung dari pasien memulai pengobatan. Data ini merupakan bagian dari pasien yang dilaporkan di TB.07 dan dilaporkan seperti laporan TB.07.

Rumus:

Jumlah pasien TB yang mempunyai hasil tes HIV  
yang dicatat di formulir pencatatan TB yang hasil  
tes HIV diketahui termasuk pasien TB yang  
sebelumnya mengetahui status HIV positif

---

x 100%

Jumlah seluruh pasien TB terdaftar (ditemukan dan diobati TB)

Angka ini menggambarkan kemampuan program TB dan HIV dalam menemukan pasien TB HIV sedini mungkin. Angka yang tinggi menunjukkan bahwa kolaborasi TB HIV sudah berjalan dengan baik, klinik layanan TB sudah mampu melakukan tes HIV dan sistem rujukan antar TB dan HIV sudah berjalan baik. Angka yang rendah menunjukkan bahwa cakupan tes HIV pada pasien TB masih rendah dan terlambatnya penemuan kasus HIV pada TB.

### 3. Indikator operasional

Indikator ini merupakan indikator pendukung untuk tercapainya indikator dampak dan utama dalam keberhasilan Program Penanggulangan TB baik di tingkat Kab/Kota, Provinsi, dan Pusat, diantaranya adalah:

- a. Persentase kasus pengobatan ulang TB yang diperiksa uji kepekaan obat dengan tes cepat molekuler atau metode konvensional.
- b. Persentase kasus TB resistan obat yang memulai pengobatan lini kedua
- c. Persentase Pasien TB-HIV yang mendapatkan ARV selama pengobatan TB
- d. Persentase laboratorium mikroskopik yang mengikuti uji silang
- e. Persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti uji silang dengan hasil baik
- f. Cakupan penemuan kasus TB anak
- g. Cakupan anak < 5 tahun yang mendapat pengobatan pencegahan INH
- i. Jumlah kasus TB yang ditemukan di Populasi Khusus (Lapas/Rutan, Asrama, Tempat Kerja, Institusi Pendidikan, Tempat Pengungsian)
- j. Persentase kasus TB yang ditemukan dan dirujuk oleh masyarakat atau organisasi kemasyarakatan

Untuk tingkat provinsi dan pusat, selain memantau indikator di atas, juga harus memantau indikator yang dicapai oleh kabupaten/kota yaitu:

- a. Persentase kabupaten/kota minimal 80% fasyankesnya terlibat dalam PPM
- b. Persentase kabupaten/kota yang mencapai target indikator persentase pasien TB-HIV yang mendapatkan ARV selama pengobatan TB

- c. Persentase kabupaten/kota yang mencapai target untuk indikator persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti uji silang
- d. Persentase kabupaten/kota yang mencapai target untuk indikator persentase laboratorium yang mengikuti uji silang dengan hasil baik
- e. Persentase kabupaten/kota yang mencapai target cakupan penemuan kasus TB anak
- f. Persentase kabupaten/kota yang mencapai target indikator cakupan anak < 5 tahun yang mendapat pengobatan pencegahan PP INH.

## **F. Manajemen Kesehatan**

### **1 Pengertian**

Manajemen adalah suatu proses yang terdiri dari aktivitas perencanaan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan, dan pengendalian yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran yang telah ditentukan dengan memanfaatkan sumberdaya manusia dan sumberdaya lainnya.<sup>36</sup>

Koontz dan Donell mengemukakan bahwa manajemen adalah usaha mencapai suatu tujuan tertentu melalui kegiatan orang lain. Dengan demikian seorang manajer harus mengkoordinasikan sejumlah aktifitas orang lain meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf pengarah dan pengendalian.<sup>37</sup> Siagian mengatakan manajemen itu seni memperoleh hasil melalui berbagai

kegiatan yang dilakukan orang lain. Seni disini adalah kemampuan dan ketrampilan.<sup>38</sup> Manajemen kesehatan merupakan dua pengertian dari kata manajemen dan kesehatan. Jika dikaitkan dengan definisi Tery, Koontz dan Donnel serta Siagian, maka manajemen kesehatan adalah :

- a. Suatu proses yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pengawasan yang dilakukan untuk menentukan dan mengatasi masalah kesehatan masyarakat melalui pelayanan kesehatan, dengan menggunakan sumber-sumber lain dan manusia manusia lainnya.
- b. Suatu upaya untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan masyarakat melalui pelayanan kesehatan yang diberikan.
- c. Dengan menggunakan ketrampilan dan kemampuan untuk memperoleh hasil dari pelayanan kesehatan masyarakat melalui berbagai kegiatan yang dilakukan oleh orang lain.

## 2 Pendekatan Kesisteman Manajemen Kesehatan

Sistem adalah suatu rangkaian komponen yang berhubungan satu sama lain dan mempunyai suatu tujuan yang jelas. Reinke mengatakan bahwa ruang lingkup manajemen kesehatan yang disebutnya dengan dimensi, terdiri dari dimensi-dimensi input/masukan, proses/proses, output/keluaran, impact/dampak.

Azwar mengatakan elemen-elemen sistem manajemen kesehatan terdiri dari masukan (input), proses (process), keluaran (output), umpan balik (feedback), dampak (impact) dan lingkungan (environment).<sup>39</sup>

- a. Masukan (input), yaitu sumber daya yang dikonsumsi oleh suatu sistem. Dimensi input terdiri dari 6 M yaitu : Man, Money, Material, Machine, Methode dan Market. Dalam bidang administrasi publik, market disini adalah masyarakat. Brotosaputro menyatakan unsur unsur manajemen di lingkungan puskesmas terdiri dari sarana prasarana, sumberdaya manusia dan dana.<sup>40</sup>

Mengingat sifat keterbatasan dan ketidakpastian yang melekat, maka unsur-unsur ini harus dimanfaatkan secara efektif dan efisien, melalui penyelenggaraan fungsi fungsi manajemen, terutama unsur manusia sebagai sumberdaya yang utama. Mengingat peranannya dalam manajemen begitu besar, sehingga Siagian mengatakan manusia merupakan titik sentral dari manajemen.<sup>38</sup>

Keterbatasan dan ketidakpastian unsur manusia terletak kepada jumlah, mutu dan terutama perilakunya. Manusia dengan perilakunya itu justru memiliki keistimewaan tersendiri dibandingkan dengan unsur-unsur manajemen lainnya. Manusia bukan hanya sekedar merupakan suatu gejala/fenomena sosial, tetapi juga menciptakan fenomena tersebut.

- b. Proses (proces), yaitu semua kegiatan sistem, melalui proses akan diubah masukan menjadi keluaran. Proses dari sistem manajemen adalah semua

kegiatan mulai dari persiapan bahan, tempat dan kelompok penduduk sasaran yang dilakukan oleh staf puskesmas kader, dilaksanakannya program pelayanan kesehatan terpadu dilapangan sampai dengan evaluasinya. Dimensi proses adalah berkenan dengan penyelenggaraan fungsi fungsi manajemen kesehatan.

- c. Keluaran (output), yaitu hasil langsung suatu sistem. Produk program pelayanan kesehatan terpadu adalah output dalam sistem pelayanan terpadu.
- d. Efek (effect), yaitu hasil tidak langsung yang pertama dari proses suatu sistem. Pada umumnya efek suatu sistem dapat dikaji pada perubahan pengetahuan, sikap perilaku kelompok masyarakat yang dijadikan sasaran program.
- e. Dampak (outcome), yaitu dampak atau hasil tidak langsung dari proses suatu sistem.

### 3 Fungsi Manajemen

Fungsi manajemen menurut Terry dikenal dengan akronim *Planning, Organizing, Actuating, Controlling* (POAC). Koontz dan Donnell dengan akronim *Planning, Organizing, Staffing, Directing, Controlling* (POSDC).<sup>37</sup> Fungsi manajemen secara umum ada dua macam, yaitu fungsi organik dan fungsi pelengkap. Fungsi organik adalah fungsi yang mutlak wajib dilaksanakan, sedangkan fungsi pelengkap lebih spesifik demi meningkatkan efisiensi peaksanaan tugas. Adapun fungsi-fungsi manajemen yang akan penulis utarakan lebih lanjut

adalah fungsi-fungsi perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, serta pengawasan dan evaluasi/penilaian.

Manajemen program pelayanan kesehatan menurut Munijaya adalah sebagai berikut:<sup>40</sup>

a. Perencanaan

Perencanaan kesehatan adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok, dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan tersebut. Perencanaan dimulai dengan sebuah ide atau perhatian khusus ditujukan untuk situasi tertentu. Perencanaan program pelayanan kesehatan terpadu dimulai ditingkat puskesmas. Perencanaan program pelayanan kesehatan terpadu bersifat operasional karena langsung akan diimplementasikan (dilaksanakan) di lapangan. Dengan perencanaan yang tersusun lengkap, seorang manajer dan staf akan mengetahui dengan jelas arah sebuah program atau proyek. Mereka akan mengetahui jenis dan kegiatan yang harus dilaksanakan untuk mencapai tujuan program/proyek, jumlah dan kualifikasi staf yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan program/proyek tersebut, model kepemimpinan yang perlu dikembangkan, komunikasi dan model pengawasan yang hanya dilaksanakan oleh manajer atau mereka yang disertai tugas sebagai penanggung jawab program/proyek.



Perencanaan program pelayanan kesehatan terpadu terdiri dari lima langkah penting yaitu:

1) Analisis situasi

Analisis situasi adalah langkah pertama proses penyusunan perencanaan. Langkah dilakukan dengan analisis data laporan yang dimiliki oleh organisasi (data primer) atau mengkaji laporan lembaga lain (data sekunder) yang datanya dibutuhkan, observasi, dan wawancara.

Analisis situasi merupakan langkah awal perencanaan yang bertujuan untuk identifikasi masalah. Yang dihasilkan dari proses analisis situasi adalah rumusan masalah kesehatan dan berbagai faktor yang berkaitan dengan masalah kesehatan masyarakat yang sedang diamati serta potensi organisasi yang dapat digunakan untuk melakukan intervensi.

2) Menentukan prioritas masalah

Penetapan prioritas masalah adalah sebuah keharusan karena begitu kompleksnya masalah dan terbatasnya sumber daya yang tersedia. Semua masalah yang telah diidentifikasi kemudian ditentukan prioritasnya. Prioritas masalah dijadikan dasar untuk menentukan tujuan perencanaan program. Prioritas masalah secara praktis dapat ditetapkan berdasarkan pengalaman staf, jumlah dana yang tersedia, dan mudah tidaknya masalah itu dipecahkan. Prioritas pembinaan program juga dapat diarahkan ke wilayah tertentu

berdasarkan cakupan program dan tingkat partisipasi masyarakat yang paling rendah.

### 3) Menetapkan tujuan dan indikator keberhasilannya

Apabila prioritas program dan wilayah binaan sudah ditetapkan, langkah selanjutnya adalah menetapkan tujuan dan target masing-masing program berdasarkan jumlah penduduk sasaran disuatu wilayah kelima program pelayanan kesehatan terpadu.

Perumusan sebuah tujuan operasional program kesehatan harus bersifat SMART: *Spesific* (jelas sasarannya, dan mudah dipahami oleh staf pelaksana), *Measureable* (dapat diukur kemajuannya), *Appropriate* (sesuai dengan strategi nasional, tujuan program, dan visi/misi institusi dan sebagainya), *Realistic* (dapat dilaksanakan sesuai dengan fasilitas dan kapasitas organisasi yang tersedia), *Time bound* (sumber daya dapat dialokasikan dan kegiatan dapat direncanakan untuk mencapai tujuan program sesuai dengan target waktu yang telah ditetapkan).

### 4) Mengkaji hambatan dan kendala

Tujuan mengkaji hambatan dan kendala program adalah untuk mencegah atau mewaspadaai timbulnya hambatan serupa. Jenis hambatan atau kendala program dapat bersumber dari masyarakat, lingkungan, Puskesmas, maupun sektor-sektor lainnya ditingkat kecamatan. Teliti sumber daya (sarana

dan dana) yang tersedia dan kebijaksanaan Dinas Kesehatan dan instansi kecamatan sebelum Rencana Kerja Operasional (RKO) disusun. Semua sektor yang diikutsertakan mempunyai sumber daya tertentu yang dapat dimanfaatkan untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan terpadu.

#### 5) Menyusun rencana kerja operasional

Dengan Rencana Kerja Operasional (RKO) atau *Plan Of Action* (POA) akan memudahkan pimpinan mengetahui sumber daya yang dibutuhkan dan sebagai alat untuk pemantauan program secara menyeluruh.

#### b. Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah langkah untuk menetapkan, menggolong-golongkan, dan mengatur berbagai macam kegiatan, menetapkan tugas-tugas pokok dan wewenang, dan pendelegasian wewenang oleh pimpinan kepada staf dalam rangka mencapai tujuan organisasi. Fungsi pengorganisasian merupakan alat untuk memadukan (sinkronasi) dan mengatur semua kegiatan yang ada kaitannya dengan personil, financial, material, dan tata cara untuk mencapai tujuan organisasi yang telah disepakati bersama.

#### c. Penggerakan dan Pelaksanaan (Aktuasi)

Fungsi aktuasi adalah menciptakan iklim kerja sama diantara staf pelaksana program sehingga tujuan organisasi dapat tercapai secara efektif dan

efisien. Fungsi aktuasi haruslah dimulai pada diri manajer selaku pimpinan organisasi.

#### d. Pengawasan dan Pengendalian (Wasdal)

Upaya pengawasan dan pengendalian program pelayanan kesehatan terpadu dilaksanakan secara rutin dengan menggunakan tolak ukur keberhasilan program (RKO) sebagai pedoman kerja. Hasilnya akan digunakan sebagai umpan balik (informasi) untuk memperbaiki proses perencanaan program pelayanan kesehatan terpadu. Pimpinan Puskesmas hendaknya selalu mengadakan pemantauan secara menyeluruh terhadap pelaksanaan program dengan menggunakan laporan staf, analisis cakupan program, laporan masyarakat, dan hasil observasi (supervisi) di lapangan sebagai bahan penilaian.

Brotosaputro menyebut fungsi yang dimaksud adalah kombinasi fungsi administrasi yaitu: P1 (perencanaan); P2 (Pelaksanaan, Penggerakan, Pengorganisasian, staffing, pengkoordinasian, pengkajian, komunikasi, kepemimpinan); P3 (Pengarahan, Pengawasan, dan Penilaian, pencatatan-pelaporan, supervisi, monitoring).

## **G. Manajemen Puskesmas**

Pusat Kesehatan Masyarakat yang dikenal dengan sebutan Puskesmas adalah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya pada satu atau bagian wilayah kecamatan. Manajemen

adalah serangkaian proses yang terdiri atas perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan kontrol (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*) untuk mencapai sasaran/tujuan secara efektif dan efisien. Efektif berarti bahwa tujuan yang diharapkan dapat dicapai melalui proses penyelenggaraan yang dilaksanakan dengan baik dan benar serta bermutu, berdasarkan atas hasil analisis situasi yang didukung dengan data dan informasi yang akurat (*evidence based*). Sedangkan efisien berarti bagaimana Puskesmas memanfaatkan sumber daya yang tersedia untuk dapat melaksanakan upaya kesehatan sesuai standar dengan baik dan benar, sehingga dapat mewujudkan target kinerja yang telah ditetapkan.<sup>15</sup>

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, disebutkan bahwa Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dan berfungsi menyelenggarakan UKM dan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya. Puskesmas dalam Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota, merupakan bagian dari dinas kesehatan kabupaten/kota sebagai UPTD dinas kesehatan kabupaten/kota. Oleh sebab itu, Puskesmas melaksanakan tugas dinas kesehatan kabupaten/kota yang dilimpahkan kepadanya, antara lain kegiatan dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten/kota dan upaya kesehatan yang secara spesifik dibutuhkan masyarakat setempat (*local specific*). Dalam pelaksanaan tugas dan fungsi Puskesmas tersebut, Puskesmas harus melaksanakan manajemen Puskesmas secara efektif dan efisien. Siklus manajemen Puskesmas yang

berkualitas merupakan rangkaian kegiatan rutin berkesinambungan, yang dilaksanakan dalam penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan secara bermutu, yang harus selalu dipantau secara berkala dan teratur, diawasi dan dikendalikan sepanjang waktu, agar kinerjanya dapat diperbaiki dan ditingkatkan dalam satu siklus “*Plan-Do-Check-Action* (P-D-C-A)”.<sup>15</sup>

Upaya kesehatan bermutu merupakan upaya yang memberikan rasa puas sebagai pernyataan subjektif pelanggan, dan menghasilkan outcome sebagai bukti objektif dari mutu layanan yang diterima pelanggan. Oleh karena itu Puskesmas harus menetapkan indikator mutu setiap pelayanan yang dilaksanakannya atau mengikuti standar mutu pelayanan setiap program/pelayanan yang telah ditetapkan, yang dikoordinasikan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota. Diperlukan dukungan sumber daya yang memadai baik dalam jenis, jumlah maupun fungsi dan kompetensinya sesuai standar yang ditetapkan, dan tersedia tepat waktu pada saat akan digunakan. Dalam kondisi ketersediaan sumber daya yang terbatas, maka sumber daya yang tersedia dikelola dengan sebaik-baiknya, dapat tersedia saat akan digunakan sehingga tidak menghambat jalannya pelayanan yang akan dilaksanakan. Manajemen sumber daya dan mutu merupakan satu kesatuan sistem pengelolaan Puskesmas yang tidak terpisah satu dengan lainnya, yang harus dikuasai sepenuhnya oleh tim manajemen Puskesmas dibawah kepemimpinan kepala Puskesmas, dalam upaya mewujudkan kinerja Puskesmas yang bermutu, mendukung tercapainya sasaran dan tujuan penyelenggaraan upaya kesehatan di Puskesmas, agar dapat mengatasi masalah-masalah kesehatan yang

dihadapi masyarakat di wilayah kerjanya. Manajemen Puskesmas akan mengintegrasikan seluruh manajemen yang ada (sumber daya, program, pemberdayaan masyarakat, sistem informasi Puskesmas, dan mutu) didalam menyelesaikan masalah prioritas kesehatan di wilayah kerjanya.<sup>15</sup>

## **H. Evaluasi**

Sebuah organisasi pada umumnya di bangun dengan tujuan untuk mencapai target tertentu, demikian juga dengan organisasi yang bergerak di bidang kesehatan, dan untuk mencapai target yang ditentukan tersebut maka manajemen organisasi akan melakukan berbagai langkah perencanaan (*planning*) sesuai dengan analisa situasi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Ketika perencanaan itu sudah dilaksanakan maka akan dihasilkan capaian-capaian tertentu dari masing-masing kebijakan dan unit organisasi. Maka kegiatan dari organisasi tersebut adalah mengukur sejauh mana capaian dari masing-masing kebijakan dibandingkan dengan perencanaan yang sudah ditetapkan di awal kegiatan organisasi. Dari keinginan untuk mengukur pencapaian hasil kerja inilah maka evaluasi dilaksanakan, baik terhadap kebijakan itu maupun terhadap langkah-langkah dalam pelaksanaan kebijakan.<sup>41</sup>

Banyak batasan tentang evaluasi, namun secara umum dapat dikatakan bahwa evaluasi adalah suatu proses untuk menilai atau menetapkan sejauh mana tujuan yang telah di tetapkan tercapai. Dimana dalam kegiatan evaluasi sebuah organisasi akan

membandingkan antara hasil yang telah dicapai oleh suatu kebijakan dengan tujuan yang di rencanakan.<sup>42</sup>

## 1. Definisi Evaluasi

Menurut WHO (1981) : *Evaluation is as systematic way of learning from experience and using the lesson learned to improve current activities and promote better planning by careful selection of alternatifs for future action. This involve a critical analysis of different aspects of development and implementation of a policy, it's relevance, it's formulation, it's efficiency and effectiveness, it's cots and it's acceptance by all parties involved.* Evaluasi bidang kesehatan termasuk kegiatan analisis berbagai macam aspek perkembangan dan pelaksanaan kebijakan dengan mempelajari relevansi, adekuasi, progres, efektifitas, efisiensi, dan dampak dari kebijakan.<sup>43</sup>

Menurut Cronbach (1963) dan Stufflebeam (1971) yang dikutip dari Suharsimi & Cepi, evaluasi program adalah upaya menyediakan informasi untuk disampaikan kepada pengambil keputusan. Menurut *The American Public Health Assosiation* : Evaluasi adalah suatu proses untuk menentukan nilai atau jumlah keberhasilan dari pelaksanaan suatu program dalam mencapai tujuan yang telah di tetapkan<sup>44,45</sup>

Menurut *The International Clearing House on Adolescent Fertility Control For Population Options* : Evaluasi adalah suatu proses yang teratur dan sistematis dalam membandingkan hasil yang dicapai dengan tolak ukur atau kriteria yang telah



ditetapkan, dilanjutkan dengan pengambilan keputusan serta penyusunan saran-saran yang dapat dilakukan pada setiap tahap dari pelaksanaan program.<sup>39</sup>

Evaluasi dilakukan untuk menilai sejauh mana pencapaian tujuan, indikator, dan target yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan dalam rentang waktu lebih lama, biasanya setiap 6 bulan s/d 1 tahun. Pelaksanaan Monev merupakan tanggung jawab masing-masing tingkat pelaksana program, mulai dari Fasilitas kesehatan, Kabupaten/Kota, Provinsi hingga Pusat. Seluruh kegiatan program harus dimonitor dan dievaluasi dari aspek masukan (input), proses, maupun keluaran (output) dengan cara menelaah laporan, pengamatan langsung dan wawancara ke petugas kesehatan maupun masyarakat sasaran.<sup>2</sup>

## 2. Macam Evaluasi

### a. Evaluasi Semu

Evaluasi semu adalah pendekatan yang menggunakan metode deskriptif untuk men ghasilkan informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai hasil kebijakan, tanpa berusaha untuk menanyakan, manfaat atau nilai dari hasil tersebut terhadap individu, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan

### b. Evaluasi Formal

Evaluasi formal merupakan pendekatan yang menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang valid dan cepat dipercaya mengenai hasil kebijakan tersebut tetapi mengevaluasi hasil kebijakan tersebut atas dasar tujuan kesehatan itu dibuat. Dalam evaluasi formal, kriteria evaluatif yang sering digunakan adalah efektifitas dan efisiensi.

Dalam evaluasi formal sering dibedakan sebagai suatu pemisah atau sebagai suatu kegiatan integral dari proses perencanaan. Secara umum, evaluasi formal dibedakan menjadi 2 yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

1) Evaluasi formatif

Evaluasi yang dilakukan pada saat pelaksanaan kebijakan dengan tujuan pengembangan ataupun perbaikan kebijakan yang sedang berjalan. Manfaat dari evaluasi ini adalah memberikan umpan balik kepada manajer kebijakan tentang kemajuan hasil yang dicapai beserta hambatan yang dihadapi.

2) Evaluasi Sumatif

Evaluasi yang dilakukan untuk melihat hasil keseluruhan kebijakan yang telah dilaksanakan. Evaluasi ini dilakukan pada akhir kebijakan untuk menilai keberhasilan yang dicapai. Hasil evaluasi dapat memberikan jawaban atas kesesuaian yang dicapai dengan tujuan kebijakan beserta alasannya. Meskipun demikian evaluasi kebijakan sekaligus mencakup tujuan tersebut.<sup>41</sup>

3) Evaluasi Keputusan Teoritis (*Decision-Theoritic-Evaluation*)

Evaluasi keputusan teoritis adalah pendekatan yang menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang dapat dipertanggung jawabkan dan valid mengenai hasil kebijakan yang secara eksplisit dinilai oleh berbagai macam pelaku kebijakan.

Perbedaan antara evaluasi keputusan teoritis dengan evaluasi semu atau formal adalah bahwa evaluasi keputusan teoritis berusaha untuk membuat dan memunculkan eksplisit target dan tujuan dari perilaku kebijakan baik yang dinyatakan ataupun yang tersembunyi. Dalam evaluasi ini semua pihak mempunyai andil dalam memformulasikan dan mengimplementasikan kebijakan. Evaluasi keputusan teoritis pada dasarnya merupakan salah satu cara untuk menutupi kekurangan dari evaluasi semu dan evaluasi formal.<sup>42</sup>

### 3. Tujuan Evaluasi

Tujuan evaluasi program bervariasi, tergantung dari pihak yang memerlukan hasil informasi tersebut. Pimpinan tingkat atas memerlukan informasi hasil evaluasi berbeda dengan pimpinan tingkat menengah atau pelaksana. Pada dasarnya evaluasi dilakukan dengan tujuan sebagai berikut.<sup>45, 42</sup>

- a. Untuk menetapkan penilaian terhadap kebijakan yang sedang berjalan dan kecenderungannya, apakah pencapaian target seperti yang telah ditetapkan dalam rencana kebijakan telah berjalan efektif dan efisien.
- b. Sebagai alat untuk memperbaiki pelaksanaan kebijakan dan perencanaan program yang akan datang, selanjutnya dapat dipergunakan untuk memperbaiki kebijakan dan pelaksanaan program yang akan datang.
- c. Sebagai alat untuk memperbaiki alokasi sumber dana, daya dan manajemen (*resources*) saat ini serta di masa datang, karena tanpa adanya evaluasi akan terjadi pemborosan sumber dana dan daya yang sebenarnya dapat diadakan penghematan.
- d. Memperbaiki pelaksanaan perencanaan kembali suatu program dengan kegiatan ini antara lain mengecek relevansi program, mengukur kemajuan terhadap target yang direncanakan secara terus menerus serta menentukan sebab dan faktor didalam maupun diluar yang mempengaruhi pelaksanaan program.
- e. Untuk meningkatkan efektivitas administrasi manajemen kebijakan atau untuk memberikan kepuasan sehubungan dengan akuntabilitas yang diharapkan oleh atasan, penyandang dana kebijakan atau sponsor. Apabila evaluasi ini dikerjakan pada proyek atau kebijakan yang sedang berjalan akan membantu memotivasi dalam pelaksanaan kebijakan utamanya untuk meningkatkan kinerja (*performance*). Untuk menilai manfaat kebijakan bagi masyarakat sasaran kebijakan. Masyarakat sasaran perlu mengetahui dengan kesadaran penuh mengenai hasil evaluasi kebijakan yang menyangkut dirinya. Sayangnya, hasil

evaluasi seperti ini jarang disampaikan oleh penanggung jawab kebijakan kepada masyarakat sasaran dengan berbagai evaluasinya.

Evaluasi harus digunakan secara konstruktif seperti terkandung dalam maksud dan tujuan, bukan untuk membenarkan tindakan yang telah lalu atau mencari-cari kekurangan dan tidak dimaksudkan untuk mengadili seseorang.

#### 4. Ruang Lingkup Evaluasi

Menurut Reinke, dalam program pelayanan kesehatan evaluasi bukan hanya suatu alat pembanding sebelum dan sesudah dampak program, tetapi evaluasi harus dipandang sebagai suatu perbaikan pembuatan kebijakan atau keputusan. Evaluasi biasanya disandingkan dengan monitoring merupakan bagian yang penting dari suatu proses manajemen, karena adanya evaluasi akan diperoleh umpan balik (*feedback*) terhadap program atau pelaksanaan kegiatan. Tanpa adanya monitoring dan evaluasi, sulit rasanya untuk mengetahui sejauh mana tujuan yang di rencanakan itu telah mencapai tujuan atau belum.<sup>46</sup>

Untuk kepentingan praktis, ruang lingkup evaluasi atau penilaian secara sederhana dapat dibedakan atas empat kelompok yaitu.<sup>39</sup>

##### a. Penilaian terhadap masukan

Termasuk kedalam penilaian terhadap masukan (*input*) ialah yang menyangkut pemanfaatan berbagai sumber daya, baik dana, tenaga, metode maupun sarana-prasarana.

##### b. Penilaian terhadap proses

Penilaian ini lebih dititik beratkan pada pelaksanaan program, apakah sudah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan atau tidak. Proses yang di maksud disini mencakup semua tahap administrasi, mulai dari tahap perencanaan, pengorganisasian dan pelaksanaan program.

c. Penilaian terhadap keluaran

Yang dimaksud penilaian terhadap keluaran (*output*) ialah penilaian terhadap hasil yang dicapai dari pelaksanaan suatu program.

d. Penilaian terhadap dampak

Penilaian terhadap dampak atau (*impact*) suatu program mencakup pengaruh yang ditimbulkan dari pelaksanaan suatu program.

## 5. Sasaran Evaluasi

Evaluasi kebijakan atau program merupakan kebutuhan banyak pihak, menjadi penting dan kompleks. Seperti telah disampaikan definisi evaluasi dalam suatu pekerjaan adalah suatu proses penilaian kinerja dari suatu proses kegiatan, dalam arti sempit biasanya evaluasi program dibatasi atau berfokus pada hasil (*output*) yang berhubungan dengan pencapaian sasaran kebijakan. Sedangkan evaluasi outcome atau impact dibatasi terhadap “apa dampak yang secara nyata diterima akibat kebijakan yang diberikan dan manfaatnya bagi masyarakat yang menerima pelayanan”. Di dalam pengertian tersebut mencakup evaluasi terhadap : input-proses-output-outcome. Evaluasi kebijakan atau program adalah suatu bentuk khusus dari evaluasi. Sesuai namanya evaluasi ini dilakukan terhadap kebijakan atau

program. Sebagaimana diketahui kebijakan atau program adalah suatu rencana yang konkrit : suatu rencana yang mencantumkan tujuan, sasaran atau targetnya, penyediaan anggaran, SDM, sarana-prasarana lainnya dan waktu yang dijadwalkan. Masing masing elemen tersebut telah ditetapkan atau dibuat standar sebelumnya yang dapat diukur dalam perkembangan pelaksanaannya. Seiring dengan penjelasan tersebut, evaluasi kebijakan atau program mencakup.<sup>42</sup>

- a. Evaluasi terhadap tujuan kebijakan atau program yang telah ditentukan.
- b. Evaluasi terhadap sasaran kebijakan atau program yang dituju.
- c. Evaluasi terhadap target/hasil kebijakan atau program yang ditetapkan.
- d. Evaluasi terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan untuk mencapai tujuan, sasaran dan target.
- e. Evaluasi terhadap sumber daya yang digunakan.
- f. Evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan.

## 6. Indikator Evaluasi Kebijakan Kesehatan

Dalam WHO, indikator didefinisikan sebagai variabel yang membantu untuk mengukur perubahan. Variabel adalah alat bantu evaluasi yang dapat mengukur perubahan secara langsung atau tak langsung. Indikator harus valid, objektif, sensitif dan spesifik. Dalam memilih indikator harus diperhitungkan sejauh mana indikator itu sah, bisa dipercaya, sensitif dan spesifik. Validitas atau keabsahan mempunyai

arti bahwa indikator tersebut betul-betul mengukur hal-hal yang ingin diukur. Indikator ini dapat digunakan untuk menggambarkan keadaan kondisi atau status kesehatan yang sebenarnya. Reliabilitas atau dapat dipercaya mempunyai arti bahwa biarpun indikator digunakan oleh orang yang berlainan, pada waktu yang berlainan, hasilnya akan tetap sama. Sensitif atau kepekaan berarti bahwa indikator tersebut harus peka terhadap setiap perubahan mengenai keadaan fenomena yang dimaksud. Akan tetapi suatu indikator dapat juga sensitif terhadap lebih dari suatu keadaan atau fenomena. Spesifitas atau kekhususan berarti bahwa indikator tersebut dapat menunjukkan perubahan-perubahan hanya mengenai keadaan atau fenomena yang dikhususkan baginya. Indikator *input* atau indikator masukan seperti tersedianya sumber daya tenaga kesehatan, tersedianya anggaran kesehatan, perlengkapan, obat-obatan yang diperlukan, dan tersedianya metode pengobatan, pemberantasan penyakit, *standart opening procedure* klinis dan sebagainya.<sup>42</sup>

Indikator proses dipandang dari sudut manajemen yang diperlukan adalah tahap pelaksanaan dari pada fungsi-fungsi manajemen seperti perencanaan, pengorganisasian, pergerakan perantaraan, pengendalian dan penilaian. Secara khusus dalam proses pelayanan kesehatan berkaitan dengan upaya peningkatan mutu asuhan kesehatan yaitu menjaga mutu, kepatuhan terhadap standar operasional pelayanan medis. Indikator *output* (hasil) merupakan ukuran-ukuran khusus bagi hasil kebijakan seperti jumlah puskesmas yang berhasil dibangun, jumlah kader yang terlatih, jumlah anak yang diimunisasi, jumlah MCK yang dibangun, Jumlah



orang yang diobati atau jumlah kunjungan yang mendapat pelayanan kesehatan. Indikator outcomes (dampak jangka pendek) adalah ukuran-ukuran dari berbagai dampak kebijakan atau program, seperti meningkatnya derajat kesehatan anak balita, menurunnya angka kesakitan. Indikator impact (dampak jangka panjang) seperti angka kematian bayi, angka kematian ibu, meningkatnya status gizi anak dan sebagainya. Istilah-istilah tersebut seringkali tidak dibedakan antara dampak jangka panjang dan dampak jangka pendek.<sup>43</sup>

## 7. Prosedur Evaluasi

Prosedur suatu evaluasi pada umumnya memiliki tahapan-taapannya tersendiri. Walaupun tidak selalu sama, tetapi lebih penting adalah prosesnya sejalan dengan fungsi evaluasi itu sendiri. Berikut ini adalah tahapan evaluasi :<sup>47</sup>

- a. Menentukan apa yang akan dievaluasi. Yaitu apa saja yang dapat dievaluasi, dapat mengacu pada program, banyak terdapat aspek aspek yang kiranya dapat dan perlu di evaluasi. Tetapi, biasanya yang diprioritaskan untuk dievaluasi adalah hal-hal yang menjadi kunci sukses faktornya.
- b. Merancang (desain) kegiatan evaluasi. Sebelum evaluasi dilakukan, tentukan terlebih dahulu desain evaluasinya agar data apa saja yang dibutuhkan, tahapan-tahapan kerja apa saja yang dilalui, siapa saja yang dilibatkan, serta apa saja yang dihasilkan menjadi jelas.

- c. Pengumpulan data. Berdasarkan desain yang telah disiapkan, pengumpulan data dapat dilakukan secara efektif dan efisien, yaitu sesuai dengan kaidah-kaidah ilmiah yang berlaku dan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan.
- d. Pengolahan dan analisis data. Setelah data terkumpul data tersebut diolah dan dikelompokkan agar mudah dianalisis dengan menggunakan alat-alat analisis yang sesuai, sehingga dapat menghasilkan fakta yang dapat dipercaya. Selanjutnya dibandingkan antara fakta dan harapan (rencana) untuk menghasilkan gap. Besar gap akan disesuaikan dengan tolak ukur tertentu sebagai hasil evaluasinya.
- e. Pelaporan hasil evaluasi. Agar hasil evaluasi dapat dimanfaatkan bagi pihak-pihak yang berkepentingan, hendaknya hasil evaluasi didokumentasikan secara tertulis dan diinformasikan baik secara lisan maupun tulisan.
- f. Tindak lanjut hasil evaluasi. Evaluasi merupakan salah satu bagian dari fungsi manajemen, oleh karena itu, hasil evaluasi hendaknya dimanfaatkan oleh manajemen untuk mengambil keputusan dalam rangka mengatasi masalah manajemen, baik ditingkat strategi maupun di tingkat implementasi strategi.

## 8. Standar Evaluasi

Standar yang dipakai untuk mengevaluasi suatu kegiatan tertentu dapat dilihat dari tiga aspek utama, yang menurut *Commite on Standard For Educational Evaluation* kiranya dapat digunakan yaitu <sup>48</sup>

- a. *Utility* (manfaat). Hasil evaluasi hendaknya bermanfaat bagi manajemen untuk pengambilan keputusan atas program yang sedang berjalan.
- b. *Accuracy* (akurat). Informasi atas hasil evaluasi hendaknya memiliki tingkat ketepatan tinggi misalnya, dalam program promosi telah disepakati bahwa anggaran promosi sampai tengah tahun akan habis X rupiah dan kegiatan-kegiatan yang harus diselesaikan sebanyak Y kegiatan. Setelah dilakukan evaluasi, hendaknya informasi dapat dipakai untuk menilai apakah realisasi promosi dianggap menyimpang atau tidak
- c. *Feasibility* (layak). Hendaknya proses evaluasi yang dirancang dapat dilakukan secara layak. Untuk evaluasi program, hendaknya evaluator dapat melaksanakannya dengan baik dan benar, tidak hanya dari aspek teknis, tetapi juga dari aspek lain, seperti legal dan etis.