

# Evaluasi Pelaksanaan Program TBC MDR di Dinas Kesehatan

*By* Mohammad Zulkarnain

1  
**Evaluasi Pelaksanaan Program TBC MDR di Dinas Kesehatan  
Provinsi Sumatera Selatan****Sari Nazliyati Putri\*, Novrikasari, M. Zulkarnain**

Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya

\*Correspondence email: sariputri1234@gmail.com

**Abstrak.** TBC MDR merupakan suatu fenomena buatan manusia (*man-made phenomenon*) yang terjadi akibat dari pengobatan pasien TBC yang tidak adekuat maupun penularan langsung dari pasien TBC MDR. Adanya kasus yang belum terdeteksi dan ditatalaksana oleh program penanggulangan TBC MDR menjadikan hal ini tantangan baru dalam penanggulangannya. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan program penanggulangan TBC MDR di Sumatera Selatan menggunakan model evaluasi *konteks, input, proses, product* (CIPP). Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif deskriptif, dengan melakukan *indepth interview*. Dari hasil penelitian pada evaluasi konteks yang terdiri dari latar belakang, tujuan dan peluang program sudah sesuai dengan aturan dan petunjuk teknis tuberkulosis. Pada evaluasi input penyediaan sumber daya manusia pengelola program, dana serta sarana prasarana sudah sesuai dengan kebutuhan program baik di provinsi dan kabupaten/kota. Pada evaluasi proses untuk perencanaan program TBC MDR telah dilaksanakan dengan melibatkan lintas sektor dan lintas program dan instansi terkait lainnya, target program jelas, namun terdapat hambatan pada sumber daya manusia pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan yang berada di Kabupaten/Kota. Pada evaluasi produk didapat angka penemuan dan pengobatan kasus TB MDR (*enrollment rate*) yaitu pada tahun 2017: 46%, tahun 2018: 36 %, tahun 2019: 41 %. Kesimpulan yang didapat yaitu pelaksanaan program penanggulangan TBC MDR di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan dari konteks, input, proses, sudah berjalan dengan baik namun masih perlu penyempurnaan untuk dapat menghasilkan produk sesuai dengan Permenkes Nomor 67 Tahun 2016.

**Kata kunci:** CIPP; Evaluasi; MDR TB

**Abstract.** MDR TB is a man-made phenomenon that occurs as a result of inadequate treatment of TB patients as well as direct transmission from MDR TB patients. The existence of cases that have not been detected and managed by the MDR TB control program makes this a new challenge in overcoming it. The purpose of this study was to determine how the implementation of the MDR TB control program in South Sumatra using the evaluation model Context, Input, Process, Product (CIPP). This study uses descriptive qualitative research methods, by conducting in-depth interviews. From the results of the research on the Context Evaluation which consisted of the background, objectives and program opportunities in accordance with the Tuberculosis technical rules and guidelines (Permenkes No. 67/2016). In the evaluation of the input of the provision of human resources, program managers, funds and infrastructure are in accordance with the needs of the province and district / city. In the evaluation process for MDR TB program planning, it has been carried out by involving cross-sector and cross-program and other related agencies, the program target is clear, but there are obstacles to Human Resources at first-level and advanced level health facilities. In the Product Evaluation, the detection and treatment rates for MDR TB cases (obtained, Enrollment rate) were namely in 2017: 46%, 2018: 36%, 2019: 41%. In general, the implementation of the MDR TB Control Program in South Sumatra Province from context, input, process, has been going well but still needs improvement / improvement, to be able to produce products as expected by Permenkes Number 67 of 2016.

**Keywords:** CIPP; Evaluation; MDR TB**PENDAHULUAN**

Tahun 2018 World Health Organization (WHO) memperkirakan diseluruh dunia ada sebanyak 10 juta orang menderita TBC dan 1,2 juta orang meninggal. TBC di Indonesia menempati urutan ke-3 tertinggi di dunia setelah India dan China. Indonesia juga merupakan salah satu negara dengan *triple burden* TBC untuk insiden TBC, insiden TBC MDR dan TBC HIV (Global TB Report, 2019). Pada tahun 2017 kasus TBC yang tercatat di program penanggulangan TBC Kementerian Kesehatan ada sejumlah 442.000 kasus yang mana diperkirakan ada 8.600-15.000 kasus TBC MDR (perkiraan 2% dari kasus baru dan 13% dari pasien TBC yang diobati sebelumnya, tetapi cakupan yang diobati baru sekitar 27, 36% (Risksdas, 2018).

Belum selesai permasalahan TBC, pada saat yang sama muncul permasalahan baru yang berkaitan dengan TBC yaitu kekebalan ganda kuman TBC terhadap obat anti tuberkulosis (OAT) atau disebut *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TBC MDR). TBC MDR adalah keadaan dimana kuman penyebab tuberkulosis (*MTbc*) kebal terhadap 2 jenis antibiotik paling paten seperti *isoniazid* dan *rifampisin*. Penyebab utama terjadinya resisten adalah pengobatan yang tidak adekuat (*man-made phenomenon*) maupun penularan yang terjadi secara langsung dari pasien TBC MDR (Kementerian Kesehatan, 2014).

Adanya TBC MDR merupakan ancaman yang cukup serius bagi penduduk di dunia dan telah menjadi perhatian bagi masyarakat di berbagai negara di dunia,

mengingat pengobatannya yang sulit dan membutuhkan biaya yang cukup besar sehingga menjadi hambatan baru dalam program pengendalian TBC MDR. Penyebab resistensi terhadap OAT antara lain: 1) Pengobatan yang diberikan pemberi layanan pengobatan (provider) tidak adekuat yaitu, jenis, dosis, jumlah dan paduan OAT tidak standar DOTS, 2) Motivasi minum obat penderita TBC yang rendah sehingga tidak patuh dan tidak minum obat TBC secara teratur, 3) Dukungan keluarga yang rendah dalam memotivasi penderita selama pengobatan (Sarwani D, 2012).

Pada penelitian yang dilakukan untuk mengetahui penyebab terjadinya TBC MDR di Kota Badung, diperoleh bahwa TBC MDR terjadi akibat dari penatalaksana pengobatan yang tidak memenuhi standar *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS) meliputi diagnosis yang tidak tepat; pemberian OAT dengan dosis, jenis, jumlah paduan yang tidak tepat serta jangka waktu pengobatan yang lama dan tidak adekuat (Nugrahaeni, 2015).

Penelitian lain yang dilakukan di Sumatera Selatan menunjukkan bahwa kejadian TBC MDR di puskesmas Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Selatan merupakan kombinasi dari berbagai faktor yang meliputi faktor komposisional (individu) dan faktor kontekstual (puskesmas). Pasien TB yang berobat di puskesmas mempunyai risiko terhadap kejadian TBC MDR apabila mempunyai pendidikan rendah, mempunyai riwayat pengobatan, tingkat kepatuhan menelan obat, pengetahuan dasar TBC rendah, dan mempunyai Pengawas Makan Obat (PMO) dengan kinerja buruk (Nurdin, 2018).

Di Sumatera Selatan Estimasi Insiden TBC Tahun 2017 sampai dengan Tahun 2019 adalah 33.733 kasus. Dengan perkiraan insiden kasus TBC MDR 2% maka jumlah kasus TBC MDR di Sumatera Selatan adalah 675 kasus. Penemuan kasus TBC MDR Tahun 2017 ada 110 kasus; Tahun 2018 ada 281 kasus, tahun 2019 ada 391 kasus. Dan tercatat menjalani Pengobatan TBC MDR pada tahun 2017 sampai dengan tahun 2019 ada 161 kasus dengan status yaitu: sembuh 6 kasus (3,72%), putus berobat 23 kasus (14,28%), gagal 1 kasus (0,62%), meninggal 19 kasus (11,80%), pengobatan lengkap 2 kasus (1,24%), dalam pengobatan 109 kasus (67,70%), lainnya 1 kasus (0,62%) (Data Dinkes Prov Sumsel, 2019). Perkiraan kasus TBC MDR yang ada di Provinsi Sumatera Selatan 675 kasus, yang tercatat 391 kasus (dari 391 kasus, 161 kasus yang sudah diobati dan masih dalam pengobatan, sisanya 230 kasus belum di tatalaksana pengobatannya). Dengan perkiraan 675 kasus TBC MDR dikurangi 161 kasus TBC MDR yang sudah diobati dan masih dalam pengobatan, maka masih ada 514 kasus harus ditemukan, berada di masyarakat, belum tersentuh, belum terdeteksi, belum diobati dan belum dilaporkan pada Program Penanggulangan TBC MDR (Prov Sumsel, 2018).

Permasalahan yang ada diatas menjadikan TBC MDR tantangan baru dalam program penanggulangannya, sehingga dibutuhkan suatu pendekatan yang komprehensif dan terintegrasi, sesuai amanah Undang Undang Dasar 1945 dan Pancasila. (Menteri kesehatan republik indonesia, 2019). Pelaksanaan pemberantasan terhadap penyakit menular mengalami kesulitan karena dipengaruhi wilayah. Penyebab lainnya yang berpengaruh terhadap peningkatan beban penyakit menular dalam hal ini TBC adalah belum berjalan secara optimal pelaksanaan program penanggulangan TBC selama ini, karena belum ada komitmen yang kuat dari pelaksanaan pelayanan kesehatan, dari pengambil kebijakan, pendanaan dalam segi operasional program dan sarana prasarana penunjang program (Fatimah and Indrawati, 2018).

Sebagai bagian dari Organisasi Perangkat Daerah (OPD), Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan adalah perpanjangan tangan dari Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan yang bertanggung jawab menyelenggarakan program penanggulangan TBC dan TBC MDR di Provinsi Sumatera Selatan. Diperlukan penerapan manajemen kesehatan pada suatu organisasi kesehatan untuk meningkatkan produktivitas dengan efektif dan efisien sehingga dihasilkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Manajemen merupakan suatu ilmu terapan yang didalamnya dapat digunakan oleh para manajer organisasi untuk melakukan suatu proses dalam pembuatan perencanaan, pengorganisasian, mengendalikan dan memimpin berbagai usaha dari anggota organisasi dan menggunakan semua sumber daya organisasi untuk mencapai sasaran (Stoner, 1996).

TBC dan TBC MDR merupakan penyakit menular yang dapat disembuhkan dengan kunci utama yaitu melakukan pengobatan secara tuntas agar dapat memutus mata rantai penularan. Selain dengan tindakan medis juga dibutuhkan pelaksanaan kebijakan strategis dengan melakukan komitmen politis pada level pengambil keputusan. Hal tersebut sangat diperlukan untuk mendukung pelaksanaan program dilapangan seperti pendanaan, ketersediaan sarana prasarana, dan adanya pengawasan yang optimal terhadap pasien dalam melakukan pengobatan sehingga dengan adanya koordinasi yang baik antar penyelenggara kebijakan dapat membantu mengatasi permasalahan penanggulangan TBC dan TBC MDR (Boli, Baliwati and Sukandar, 2018).

Adanya permasalahan dalam penanggulangan TBC MDR di Provinsi Sumatera Selatan seperti masih ada penderita yang belum ditemukan, belum diobati, setelah diobati masih rendah angka keberhasilan pengobatannya, penderita tidak patuh, tidak ada pengawas makan obat serta dukungan/kebijakan pemerintah, komitmen politis dari pengambil keputusan dari sehingga peneliti ingin melakukan Evaluasi Pelaksanaan Program Penanggulangan *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TBC MDR) di Dinas Kesehatan

Provinsi Sumatera Selatan tersebut dengan menganalisis program tersebut berdasarkan komponen-komponen model Evaluasi CIPP (*Context, Input, Process, Product*).

## METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif deskriptif. Lokasi penelitian di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan pada Bidang Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit (P2P) dan Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular (P2M). Kategori informan yang akan dilakukan wawancara adalah orang yang tahu dari awal sampai akhir bagaimana proses program penanggulangan TBC MDR di Provinsi Sumatera Selatan dengan pengalaman masa kerja rata-rata diatas 10 Tahun. Jumlah informan dalam penelitian ini yaitu 21 informan yang dipilih dengan memakai tehnik *purposive sampling*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Evaluasi Konteks

Evaluasi konteks berhubungan dengan masalah kekuatan dan kelemahan dari objek tertentu yang akan atau sedang berjalan. Evaluasi konteks memberikan informasi bagi pengambil keputusan dalam perencanaan suatu program yang akan dilaksanakan. Selain itu, konteks juga melihat bagaimana rasionalnya suatu program (Nurcahya et al, 2019).

Dari hasil penelitian, latar belakang kebutuhan program TBC khususnya TBC MDR sudah ada sejak tahun 2010 hingga sekarang diperlukan strategi khusus untuk menanggulangnya, salah satunya yaitu dengan dimasukkannya dalam SPM masing-masing daerah Kabupaten/Kota di Sumatera Selatan dan upaya pengintegrasian dengan layanan kesehatan lain, kegiatan surveilans dan pelacakan rutin, guna memberikan pelayanan yang menyeluruh bagi masyarakat Sumatera Selatan.

TBC MDR merupakan permasalahan baru dalam program penanggulangan TBC. TBC MDR terjadi karena timbulnya kekebalan ganda kuman TBC terhadap obat anti tuberkulosis. Hal tersebut disebabkan belum optimalnya penatalaksanaan, ketidakpatuhan dan ketidaktahuan akan bahaya yang terjadi. Dengan permasalahan kesehatan yang berpotensi berkembang di wilayah Sumatera Selatan maka perlu ditetapkan TBC MDR sebagai prioritas dalam program penanggulangan TBC.

Kompleksnya permasalahan mengenai TBC mengharuskan semua pihak untuk dapat berkomitmen dan bekerjasama dalam melakukan penanggulangan TBC. Kerugian yang terjadi sangat besar tidak hanya dari aspek kesehatan semata namun juga dari aspek ekonomi maupun aspek sosial seperti permasalahan ekonomi dan persepsi masyarakat tentang pengobatan. Dengan demikian TBC merupakan ancaman terhadap cita-cita pembangunan meningkatkan kesejahteraan

rakyat secara menyeluruh. Hasil wawancara dengan informan :

“Karena TBC ini sudah bukan hanya permasalahan kesehatan tetapi juga banyak pihak yang terlibat. TBC MDR ini resisten terhadap obat jadi sangat berbahaya, pengobatannya lama dan pasti membutuhkan banyak biaya dalam pengobatannya baik untuk pasien itu sendiri atau program”.

Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa masalah ekonomi dan masalah informasi mengenai pengobatan menjadi salah satu aspek lain latar belakang permasalahan TBC MDR yang ada di Sumatera Selatan. Permasalahan ekonomi cenderung mempengaruhi masyarakat dalam hal memilih pengobatan, masyarakat dengan kemampuan ekonomi terbatas akan kesulitan mengeluarkan biaya transportasi untuk menuju fasilitas kesehatan untuk melakukan pengobatan.

Berdasarkan wawancara mendalam informan diketahui bahwa TBC masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia pada umumnya dan Sumatera Selatan pada khususnya yang sudah ada sejak lama sehingga diperlukan strategi khusus untuk mengatasinya yaitu dengan dimasukkannya dalam SPM masing-masing daerah Kabupaten/Kota di Sumatera Selatan dan upaya pengintegrasian dengan layanan kesehatan lain, kegiatan surveilans dan pelacakan rutin, guna memberikan pelayanan yang menyeluruh bagi masyarakat Sumatera Selatan.

Kebijakan penanggulangan TBC MDR yang berlaku saat ini menitikberatkan pada manajemen program yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi serta menjamin ketersediaan sumber daya. Untuk melaksanakan hal tersebut, diperlukan komitmen dari para pelaksana program agar adanya peningkatan kualitas pelayanan, kemudahan dalam penemuan dan pengobatan kasus serta memutus mata rantai penularan.

### Evaluasi Input

Pada penelitian ini input terdiri dari Sumber Daya manusia (SDM), Pendanaan dan logistic. Pada level provinsi penanggulangan TBC dilaksanakan berdasar struktur yang ada sesuai tugas dan fungsinya dan dibantu Tim TB yang terdiri dari Petugas Pengelola Program TB Provinsi (wasor TB), Tim Pelatih Provinsi (TPP), unit terkait di jajaran Dinas Kesehatan provinsi dan petugas lainnya. Hasil penelitian menunjukkan jumlah secara keseluruhan petugas ada 9 orang yang sehari-hari berkantor pada sekretariat TBC di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan. Untuk pemegang program penanggulangan TBC MDR di kabupaten/kota adalah wasor yang pernah mendapatkan pelatihan TBC sebelumnya sedangkan SDM yang ada pada Dinas Kesehatan Kabupaten masing-masing 1 orang wasor aktif, Kota Palembang dengan 2 orang wasor aktif sehingga total berjumlah 18 orang dan telah mengikuti

pelatihan Program TBC bersertifikat dari Kementerian Kesehatan.

Jumlah tersebut sesuai menurut arijanto (2018), bahwa menjadi hal utama bagi satu organisasi dalam melakukan manajemen sumber daya manusia adalah harus adanya kejelasan dalam pembagian wewenang tugas (*authority*) dan tanggung jawab (*responsibility*) agar nanti pelaksanaannya dapat berjalan dengan baik dan menghindari terjadinya tumpang tindih pekerjaan dan pembagian tugas (*job description*) yang jelas (Arijanto, 2018).

Kriteria SDM yang harus dipenuhi oleh tiap Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota pada program penanggulangan TBC MDR di Sumatera Selatan, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 67 Tahun 2016 tentang kriteria standar SDM yang ada untuk di Provinsi adalah 1 orang Pengelola Program Penanggulangan TBC (*wasor*) terlatih pada Dinas Kesehatan Provinsi dengan membawahi 10-20 kabupaten/kota di daerah yang aksesnya mudah dan 10 kabupaten/kota untuk Daerah Terpencil Perbatasan Kepulauan sudah terpenuhi.

Adanya kriteria standar dalam ketenagaan TBC di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menjadi kendala dalam pelaksanaan program. Tidak semua faskes dapat memenuhi kriteria standar tersebut, hal ini sesuai dengan pernyataan dari informan bahwa tidak terpenuhinya kriteria SDM pada fasilitas pelayanan kesehatan menjadi permasalahan dalam penanggulangan program.

Ketersediaan Sumber Daya Manusia (SDM) pada pelaksana kegiatan pelayanan TBC MDR yang ada di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) masih mengalami masalah pada segi jumlah dan kemampuan. Belum semua Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten/Kota di Sumatera Selatan membuka layanan Pengobatan TBC MDR, dengan alasan tidak mempunyai SDM Ahli, SDM yang ada tidak percaya diri jika belum pelatihan khusus TB RO, SDM yang pindah atau berhenti kerja. Hal ini juga sesuai dengan pernyataan wawancara informan :

*“Untuk dirumah sakit ini sekitar 50% cuma sering terkendala dengan TIM yang terlatih karena SDM nya sering berganti-ganti...”*

Ketersediaan sumber daya manusia untuk program TBC MDR di Rumah Sakit Kabupaten/Kota masih mengalami kendala baik dalam segi kuantitas maupun kualitas. Kendala utama karena dibutuhkan Tim Ahli Khusus yang telah dilatih untuk menatalaksana pasien TBC MDR dan permasalahan lain seperti petugas yang pindah bagian dan mutasi kerja. Dari 6 RSUD Rujukan Regional Sumatera Selatan, ada 2 rumah sakit yang belum melakukan inisiasi pengobatan dengan alasan tidak memiliki tenaga ahli/subspesialis paru dan 4 rumah sakit yang telah melakukan inisiasi pengobatan.

Selain itu, dalam penanggulangan TBC dibutuhkan pembiayaan yang optimal sehingga dapat menurunkan permasalahan TBC di Sumatera Selatan. Pendanaan Program TBC dapat diperoleh mulai dari anggaran pemerintah dan dari sumber lainnya, sehingga semua potensi sumber dana dapat dimobilisasi. Mobilisasi alokasi sumber dana secara tepat, baik di tingkat pusat maupun daerah harus dilaksanakan melalui komitmen pembiayaan pemerintah pusat dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional (APBN) dan peningkatan pemerintah daerah dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dan penerimaan dana hibah. Sumber pendanaan terbesar untuk program penanggulangan TBC dan TBC MDR berasal dari bantuan luar negeri yaitu *Global Fund* (GF), suatu lembaga donor internasional non pemerintah dibidang kesehatan.

Indonesia sebagai negara dengan beban TBC terbesar didunia maka diperlukan adanya pendanaan yang cukup dan berkesinambungan. Diharapkan untuk pembiayaan TBC dialokasikan dengan tepat sehingga dapat untuk membiayai pelaksanaan program (Swansburg, 2001).

Hal yang tak kalah penting dalam program penanggulangan TBC MDR yaitu sarana dan prasarana kesehatan. Sarana dan prasarana penunjang medik canggih dalam bentuk alat Tes Cepat Molekuler (TCM) yang membantu dalam mempercepat penegakan diagnosis pasien TBC MDR, sehingga mempengaruhi untuk memulai pengobatan pasien TBC MDR. Sampai dengan bulan Juni 2020 jumlah alat TCM yang ada di Sumatera Selatan berjumlah 30 buah. Dengan penempatan masing-masing 1 alat TCM pada tiap RSUD Kabupaten/Kota sehingga total ada 18 alat, kemudian 1 alat di RSMH, 1 alat di RSK Paru Provinsi, 1 alat RSUD Siti Fatimah, 1 RS Pratama Tugujaya dan 8 Puskesmas Kabupaten/Kota.

Hasil penelitian bahwa sarana dan prasarana untuk program penanggulangan TBC MDR yang ada di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan tersedia dan mencukupi, hal tersebut didasari kebutuhan program TBC (*program oriented*) bukan berdasarkan kebutuhan biaya (*budget oriented*). Untuk menjamin ketersediaan dan mutu agar sarana prasarana yang didapat tetap berkualitas baik harus dengan perencanaan kebutuhan logistic (Tambunan, Engelina, 2018).

### Evaluasi Process

Pada penelitian ini proses terdiri dari perencanaan, pelaksanaan dan hambatan. Perencanaan merupakan suatu proses awal yang harus dilakukan agar tujuan organisasi tercapai dengan efektif dan efisien, apabila perencanaan tidak dibuat dan dicatat dengan jelas maka tidak ada keteraturan dan berurutan dalam melakukan kegiatan. Perencanaan harus jelas dan menyeluruh terhadap kegiatan yang akan dikerjakan, kejelasan akan siapa yang melakukan kegiatan, kapan waktu

pengerjaannya dan proses dalam melaksanakannya (Gde Muninjaya, 2011). Dari hasil wawancara mendalam, observasi dan studi dokumen diketahui bahwa proses perencanaan yang ada pada program penanggulangan TBC melalui tahapan mulai dari memperhatikan usulan dari fasilitas kesehatan (RSUD atau Puskesmas) kemudian ada keterlibatan dari pimpinan dan terakhir baru ke subbag perencanaan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan.

Proses perencanaan yang terjadi di Seksi P2M Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan dimulai dengan adanya perencanaan masing-masing seksi yang dibuat dalam bentuk Term Of Reference (TOR) kemudian TOR tersebut yang diajukan ke seksi perencanaan, perencanaan yang ada akan dikoordinir dan dirapatkan, untuk menentukan apakah sudah benar dan menjadi prioritas program. Pencanaan-perencanaan yang sudah di rapatkan tadi kemudan akan diajukan ke Biro Perencanaan Kementerian Kesehatan, Bappeda, BPKAD, dipilih apakah usulan tersebut disesuaikan dengan anggaran yang ada pada Provinsi atau Kabupaten/Kota. Setelah disetujui maka akan turun satuan tiga, pra DPA, dan terakhir baru DIP, DIPA, kemudian dilakukan pengecekan apakah sesuai alokasi anggaran yang diusulkan dengan dana yang didapat sesuai dengan TOR yang diajukan diawal perencanaan.

Selain itu, hasil wawancara, observasi dan studi dokumen terhadap proses pelaksanaan program dengan Informan Pengelola program diperoleh informasi bahwa untuk pelaksanaan pengobatan standar pasien TBC MDR pada awalnya ada satu pilihan yaitu dengan lama pengobatan selama 20 – 24 bulan. Seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan perkembangan mengenai pengobatan, WHO merilis secara resmi pengobatan jangka pendek untuk pasien TBC MDR dengan lama pengobatan 9 – 11 bulan. Dan mulai diimplementasikan pengobatan tersebut di Indonesia pada tahun 2017.

Pelaksanaan program TBC MDR ini tak luput dari hambatan, hambatan yang terjadi dalam pelaksanaan program TBC yaitu pada rumah sakit, sebagai tempat pelaksanaan pengobatan TBC MDR masih adanya kendala seperti tempat rawat jalan dan rawat inap pasien TBC MDR yang masih gabung dengan pasien biasa, rumah sakit tidak memiliki dana untuk renovasi gedung, selain itu dari pasiennya bahwa pengobtan TBC MDR ini lama dan timbul efek samping obat yang berat.

Sedangkan dari hasil triangulasi berupa wawancara mendalam dan observasi yang dilakukan terhadap pasien TBC MDR, adanya hambatan eksternal dalam pelaksanaan program yaitu pada saat menjalani pengobatan dan mengetahui lamanya pengobatan, setiap hari harus ke Rumah Sakit untuk menjalani pengobatan, sudah menjalani pengobatan yang banyak (suntikan dan obat) timbul efek samping obat yang berat membuat mereka pernah terpikir untuk menstop sendiri pengobatan, hal ini selaras dengan penelitian yang

dilakukan pada pasien TBC MDR di RS Moewardi Surakarta, Jawa Tengah bahwa mual dan muntah, serta artralgia. Efek samping tersebut merupakan derajat ringan dan dapat diatasi dengan memberikan obat simtomatis tanpa mengubah paduan obat. Efek samping gangguan renal berhubungan dengan riwayat pengobatan TB sebelumnya dan lebih banyak terjadi pada laki-laki. Sebaliknya, untuk gangguan pendengaran lebih banyak terjadi pada perempuan. Efek samping dari gangguan psikiatri cukup banyak sehingga perlu kerjasama yang erat antara tim ahli klinis dan ahli kesehatan jiwa (Reviono, P. Kusnanto, Vicky Eko, Helena Pakiding, 2014).

Menjalani masa pengobatan yang lama sekitar 9-11 bulan juga menjadi hambatan bagi pasien TBC MDR. Dari hasil wawancara mendalam dengan informan bahwa mereka dahulu pernah menjalani pengobatan TBC namun menstop sendiri pengobatannya karena eras sudah lebih baik. Sehingga akan menyebabkan penghentian pengobatan sebelum waktunya (*drop out*). *Drop out* di Indonesia merupakan faktor terbesar dalam kegagalan pengobatan penderita TBC yang besarnya 50%. Angka *drop out* tidak boleh lebih dari 10% karena jika terjadi maka akan menghasilkan proporsi kasus *retreatment* yang tinggi dimasa yang akan datang yang disebabkan karena ketidakefektifan dari pengendalian tuberkulosis (Nugroho, 2011). Oleh karena itu, perlu adanya edukasi atau penyuluhan kepada pasien TBC tentang pentingnya menyelesaikan setiap tahapan pengobatan TBC, sehingga pasien dapat menyelesaikan pengobatan TBC (Abdool Karim *et al.*, 2010).

### Evaluasi Produk

Berdasarkan hasil penelitian indikator evaluasi produk adalah angka penemuan dan pengobatan kasus TBC MDR (*Enrollment rate*) dan angka keberhasilan pengobatan TBC MDR. *Enrollment rate* digunakan sebagai indikator gambaran terhadap kemampuan program untuk melakukan pengobatan TBC MDR yang berhasil ditemukan dan juga sebagai gambaran terhadap beban penderita TBC MDR pada suatu wilayah pada periode tertentu (triwulan atau pertahun). Dari sumber data TB 03 ETB Manager *Enrollment rate* Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan, pada tahun 2017 sebesar 46%, tahun 2018 sebesar 36%, dan Tahun 2019 sebesar 41%. Data ini sesuai dengan informasi dari informan 4 selaku pengelola program TBC MDR dan dapat diKesimpulkan bahwa penemuan kasus TBC MDR baru mencapai 40%.

Hasil wawancara :

“Penemuan kasus sampai saat ini kita baru mencapai 40-45 % sdh mendekati target namun belum memenuhi standar nasional kalo angka kesembuhan masih dibawah 50% karena pasien kita ada yang meninggal dan menyetop pengobatan. Karena efek samping obat yang mereka terima sangat berat

sampai bahkan pernah dirawat keluar masuk rumah sakit pada awal-awal pengobatan”.

Berdasarkan data WHO tahun 2018, angka keberhasilan pengobatan TBC MDR di Indonesia masih rendah, hanya 2.500 penderita yang sembuh dari total 23.000 penderita TBC MDR atau sekitar 10,83%. Pada penelitian yang dilakukan dengan menggunakan data sekunder ETb Manajer Subdit TBC Kemenkes RI terhadap 223 pasien TBC MDR yang menggunakan pengobatan regimen jangka pendek di Indonesia Tahun 2017 terdapat pasien TB RO dengan status kesembuhan sebanyak 104 (46,6%) dan sisanya tidak sukses sebanyak 119 (53,4%) (Agustina, Maulida and Yovsyah, 2018) <sup>4</sup>

Walaupun WHO telah menetapkan target angka keberhasilan pengobatan sebesar 75%, angka keberhasilan pengobatan TBC MDR yang dilaporkan masih rendah yaitu di antara 40-70%. Beberapa penelitian di Cina, negara dengan beban TB yang tinggi, mencatat ha <sup>4</sup> pengobatan TB-MDR. Suatu studi retrospektif melaporkan angka keberhasilan 44,6% (13,7% sembuh dan 30,9% pengobatan lengkap) dan hasil yang buruk pada 55,4% (3,8% meninggal; 21% gagal; 3,2% putus; 27,4% pindah/tidak diketahui/hilang). Penelitian kohort lain melaporkan 57% kasus sembuh, 3% pengobatan lengkap, 3% kematian, 13% gagal pengobatan, dan 27% t <sup>g</sup>ak terpantau (Kada r *et al.*, 2020). Penanganan TBC MDR membutuhkan kerjasama lintas bagian yang baik. Penyebab tertinggi resistensi TBC adalah faktor manusia; ketidakpatuhan minum obat dan pemberian informasi dan panduan minum obat yang salah oleh tenaga kesehatan menjadi penyebab yang paling tinggi terjadinya TBC MDR, di samping kurang atau tidak teraturnya suplai OAT lini kedua dan kurangnya metode diagnosis TBC MDR (Christanto, 2018).

## SIMPULAN

Kesimpulan yang didapat dalam penelitian ini, yaitu :

1. Secara *Conteks*, dari latar belakang program bahwa penyakit TBC merupakan salah satu penyakit infeksi penyebab masalah kesehatan dimasyarakat sejak lama sehingga dibutuhkan upaya penanggulangan yang secara menyeluruh tidak hanya dari aspek kesehatan namun dari aspek ekonomi dan aspek social.
2. Secara *Input*, dari Sumber Daya Manusia (SDM) yang ada pada Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota di Sumatera Selatan sudah sesuai dengan standar Kementerian Kesehatan RI, namun SDM pelaksana seperti: dokter, perawat, petugas laboratorium, kader dan pengawas menelan obat (PMO) yang ada di Puskesmas dan Rumah Sakit/Rumah Sakit Umum Daerah belum sesuai dengan standar Kementerian Kesehatan RI

3. Secara *Process*, dari Perencanaan Program telah berjalan sesuai dengan tahapan penyusunan anggaran dan tujuan program TBC MDR dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor yang berhubungan dengan program ini. Sedangkan hambatan yang terjadi berupa proses pelaksanaan Program Penanggulangan TBC MDR di Sumatera Selatan berasal dari FKTP dan FKTL sebagai pelaksana program, baik hambatan internal maupun eksternal.
4. Secara *Product*, masih ada beberapa fasilitas kesehatan yang belum membuka atau mengaktifkan pelayanan TBC MDR sehingga angka penemuan kasus TBC MDR semakin tahun semakin meningkat namun tidak diimbangi dengan angka pengobatannya. Pada tahun 2019 *Enrollment rate* 41% dari target nasional 75%.

## DAFTAR PUSTAKA <sup>7</sup>

- Abdool Karim, S. S. *et al.* (2010) ‘Timing of initiation of antiretroviral drugs during tuberculosis therapy’, *New England Journal of Medicine*. doi: 10.1056/NEJMoa0905848.
- Agustina, R., Maulida, R. and Yovsyah (2018) ‘Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kesuksesan Kesembuhan dari Pengobatan Regimen Pendek ( Short Treatment Regiment ) pada Pasien Tuberkulosis Resistensi Obat di Indonesia Tahun 2017 Factors Associated with Recovery Success after Short Treatment Regimen’, *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*, 2(2), pp. 65–71.
- Arijanto, A. (2018) ‘Leadership style, career development and work satisfaction to employee’s performance’, *European Research Studies Journal*. doi: 10.35808/ersj/1402.
- Boli, E. B., Baliwati, Y. F. and Sukandar, D. (2018) ‘Komitmen Politik dan Peluang Pengembangan Kebijakan Gizi Pemerintah Daerah Provinsi Nusa Tenggara Timur Political Commitment and Opportunity to Advance Nutrition Policy in East Nusa Tenggara Province’, 14(4), pp. 351–359.
- Christanto, A. (2018) ‘Paradigma Baru Tuberkulosis pada Era Sustainable Development Goals (SDGs) dan Implikasinya di Indonesia’, *Cdk-260*, 45(1), pp. 57–60. Available at: [http://www.kalbemed.com/Portals/6/19\\_260Opini-Paradigma Baru Tuberkulosis pada Era Sustainable Development Goals dan Implikasinya.pdf](http://www.kalbemed.com/Portals/6/19_260Opini-Paradigma Baru Tuberkulosis pada Era Sustainable Development Goals dan Implikasinya.pdf).
- Fatimah, S. and Indrawati, F. (2018) ‘Higeia Journal of Public Health’, *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 1(3), pp. 84–94.
- Gde Muninjaya, A. . (2011) *Manajemen Kesehatan*. Ed.3. Jakarta: EGC.
- Kadar, H. *et al.* (2020) ‘Hubungan Kadar’, *Jurnal Respirologi Indonesia*, 40(1).
- Kemenkes RI. (2014). ‘Pedoman Nasional Pengendalian

- Tuberkulosis 2014', *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*.
- Menteri kesehatan republik indonesia (2019) *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 4 Tahun 2019, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Nugrahaeni, D. K. (2015) 'ANALISIS PENYEBAB RESISTENSI OBAT ANTI TUBERKULOSIS', *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. doi: 10.15294/kemas.v11i1.3341.
- Nugroho, R. A. (2011) *Qualitatif Study Factors related to Drop Out Tuberculosis Treatment in Balai Pegobatan Penyakit Paru- Paru Tegal, Kesmas*.
- Nurchaya, E., Muftiadi, A. and Buchari, A. (2019) 'Evaluasi Konteks Dan Produk Program Badan Usaha Milik Daerah', *Unpad.Ac.Id*, 2 no 3, p. 14.
- Nurdin, N. (2018) *Pengembangan Strategi Intervensi Pengendalian Tuberculosis Multidrug Resistant (TB MDR) di Provinsi Sumatera Selatan*. Universitas Indonesia.
- Prov Sumsel, D. (2018) *Profil Dinas Kesehatan Tah un 2019*. Palembang.
- Prov Sumsel, D. (2019) *Dinas kesehatan*.
- Reviono, P. Kusnanto, Vicky Eko, Helena Pakiding, D. N. (2014) 'Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB): Tinjauan Epidemiologi dan', *Majalah Kedokteran Bandung*, 46(4), pp. 189–196.
- Riskesdas. (2018). *Kemendes RI. Profil Kesehatan Indonesia 2017. Data dan Informasi. Kementerian Kesehatan RI; 2018., Jurnal Ilmu Kesehatan*.
- Sarwani D, N. S. (2012) 'Faktor Risiko Multidrug Resistant Tuberculosis (Mdr-Tb)', *KESMAS - Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(1), pp. 60–66. doi: 10.15294/kemas.v8i1.2260.
- Stoner, J. A. S. (1996) *Manajemen Jilid II*. Cetakan Ta. Edited by P. Prenhalindo.
- Swansburg, R. . (2001) *Pengembangan Staf Keperawatan*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Tambunan, Engelina, M. (2018) 'Analisis Penatalaksanaan Program Penanggulangan TB Paru dengan Strategi Dots di Puskesmas Belawan Kecamatan Medan Belawan Tahun 2017', *fakultas kesehatan masyarakat*.
- WHO. (2019). *Global tuberculosis report 2019*.



# Evaluasi Pelaksanaan Program TBC MDR di Dinas Kesehatan

## ORIGINALITY REPORT

# 18%

SIMILARITY INDEX

## PRIMARY SOURCES

1	<a href="http://ji.unbari.ac.id">ji.unbari.ac.id</a> Internet	166 words — 4%
2	<a href="http://www.scribd.com">www.scribd.com</a> Internet	143 words — 3%
3	<a href="http://media.neliti.com">media.neliti.com</a> Internet	115 words — 2%
4	<a href="http://jurnalrespirologi.org">jurnalrespirologi.org</a> Internet	94 words — 2%
5	<a href="http://sardjito.co.id">sardjito.co.id</a> Internet	66 words — 1%
6	<a href="http://www.fkm.ui.ac.id">www.fkm.ui.ac.id</a> Internet	66 words — 1%
7	<a href="http://id.scribd.com">id.scribd.com</a> Internet	56 words — 1%
8	<a href="http://www.cdkjournal.com">www.cdkjournal.com</a> Internet	50 words — 1%
9	<a href="http://www.kemkes.go.id">www.kemkes.go.id</a> Internet	39 words — 1%
10	<a href="http://digilibadmin.unismuh.ac.id">digilibadmin.unismuh.ac.id</a> Internet	

38 words — 1%

---

11 eprints.umg.ac.id  
Internet

35 words — 1%

---

EXCLUDE QUOTES OFF

EXCLUDE MATCHES < 1%

EXCLUDE BIBLIOGRAPHY ON