

## IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS DALAM UPAYA PENEMUAN KASUS TB PARU DI PUSKESMAS OEKABITI KECAMATAN AMARASI KABUPATEN KUPANG

Maria Noviani Alycia Peri<sup>1\*</sup>, Serlie K. A. Littik<sup>2</sup>, Noorce Ch. Berek<sup>3</sup>, Fransiskus G. Mado<sup>4</sup>

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana Kupang<sup>1,2,3,4</sup>

\*Corresponding Author : mariaalyciaperi@gmail.com

### ABSTRAK

Tuberkulosis (TB) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia, termasuk di kabupaten Kupang. Puskesmas Oekabiti merupakan Puskesmas dengan angka *Treatment Coverage* (TC) terendah ketiga pada tahun 2023 yaitu 14,47%, jauh di bawah target nasional 90%. Penelitian ini bertujuan menggambarkan Implementasi Kebijakan Penanggulangan Tuberkulosis dalam Upaya Penemuan Kasus TB Paru di Puskesmas Oekabiti Kecamatan Amarasi Kabupaten Kupang. Penelitian menggunakan desain kualitatif deskriptif dengan informan yaitu pengelola program TB di Puskesmas kabupaten Kupang dan Puskesmas, kepala Puskesmas, petugas laboratorium, dokter, dan kader TB. Variabel penelitian yaitu standar dan sasaran kebijakan, sumber daya (SDM, dana, sarana prasarana), serta komunikasi antar organisasi. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan dokumentasi. Analisis data dengan cara reduksi, penyajian, dan penarikan kesimpulan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa standar dan sasaran kebijakan penanggulangan TB di Puskesmas Oekabiti sudah sesuai Permenkes No. 67 Tahun 2016, tetapi belum ada SOP tertulis khusus penemuan kasus TB. Kuantitas SDM memadai, namun kompetensi teknis dalam pengambilan dahak belum merata, peran kader terbatas karena kurangnya pelatihan dan insentif. Pendanaan dari BOK dan Global Fund terbatas. Sarana prasarana relatif memadai, tetapi tidak ada ruang tunggu khusus pasien TB, serta distribusi obat kadang terlambat. Komunikasi internal Puskesmas berjalan baik, tetapi komunikasi eksternal dengan kader, yayasan, serta lintas sektor masih terbatas.

**Kata kunci** : implementasi kebijakan, penemuan kasus TB

### ABSTRACT

*Tuberculosis (TB) remains a major public health issue in Indonesia, including Kupang District. Oekabiti Health Center recorded the third-lowest Treatment Coverage (TC) in 2023 at 14.47%, far below the national target of 90%. This study aims to describe the implementation of TB control policies, particularly pulmonary TB case finding, at Oekabiti Health Center, Amarasi Subdistrict. A descriptive qualitative design was used with informants including TB program managers at the district and health center levels, the head of the health center, laboratory staff, a doctor, and TB cadres. The study examined policy standards and targets, resources (human resources, funding, facilities), and inter-organizational communication. Data were collected through in-depth interviews and document review, and analyzed through data reduction, display, and conclusion drawing. Results show that policy standards align with Ministry of Health Regulation No. 67/2016, but no written SOP specifically for TB case finding exists. Human resources are adequate in number, yet technical skills in sputum collection vary, and cadre involvement is limited due to insufficient training and incentives. Funding from BOK and the Global Fund is restricted. Facilities are generally adequate, but no dedicated TB waiting room is available, and drug distribution is sometimes delayed. Internal communication runs well, whereas communication with cadres, partner organizations, and local stakeholders remains weak.*

**Keywords** : policy implementation, TB case finding

### PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Sebagian besar penyakit ini paru. Penyakit ini masih menjadi masalah kesehatan

masyarakat global dan menjadi salah satu penyebab utama kematian di dunia. Sebagian besar kematian akibat TB tercatat di India, Indonesia, Myanmar, dan Filipina. Secara global pada tahun 2022 diperkirakan 1,3 juta orang meninggal akibat TB, termasuk 167.000 orang terinfeksi HIV. Jumlah kasus TB secara global juga mengalami peningkatan dari 10 juta kasus pada tahun 2020 menjadi 10,6 juta kasus pada tahun 2021. Dari tiga puluh negara dengan beban TB tinggi, Indonesia menempati posisi kedua terbesar dengan kontribusi sekitar 10% kasus setelah India (27%). Estimasi kasus baru di Indonesia mencapai 1.060.000 kasus dengan 134.000 kematian per tahun, sedangkan kasus yang ditemukan pada tahun 2023 tercatat sebanyak 821.200 kasus. Meningkat signifikan dibandingkan tahun 2022 yang berjumlah 677.464 kasus (Kementrian Kesehatan, 2023).

Nusa Tenggara Timur (NTT) merupakan salah satu provinsi di Indonesia dengan kasus TB yang cukup tinggi. Data Profil Dinas Kesehatan Provinsi NTT tahun 2022 menunjukkan jumlah kasus TB meningkat dari 5.184 kasus pada tahun 2021 menjadi 8.091 kasus pada tahun 2022. Salah satu indikator utama yang digunakan untuk mengukur keberhasilan pengendalian TB adalah *Treatment Coverage* (TC), yakni persentase kasus TB yang ditemukan, diobati, dan dilaporkan dibandingkan estimasi jumlah kasus TB secara keseluruhan (Rahman, 2021). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi NTT, capaian TC pada tahun 2023 sebesar 49,32%, meningkat dibandingkan tahun 2022 sebesar 43,76%. Angka ini jauh dari target yang ditetapkan Kementerian Kesehatan tahun 2023 yaitu 90%. Kabupaten Kupang menempati posisi ketiga terendah dengan TC 29,59% pada tahun 2023 (Dinas Kesehatan Provinsi NTT, 2023). Kondisi ini menunjukkan bahwa masih banyak penderita TB yang belum ditemukan dan diobati, sehingga berisiko menimbulkan penularan lebih lanjut.

Puskesmas Oekabiti merupakan Puskesmas dengan angka TC terendah ketiga di Kabupaten Kupang. Data menunjukkan cakupan penemuan kasus TB di Puskesmas Oekabiti pada tahun 2022 sebesar 24,52%, dan menurun drastis menjadi 14,47% pada tahun 2023. Survei awal menunjukkan beberapa faktor penyebab rendahnya penemuan kasus, seperti beban tugas rangkap, belum optimalnya implementasi penemuan kasus sesuai standar, keterbatasan kualitas dahak, serta kesulitan petugas dan kader dalam menjangkau masyarakat sasaran. Kondisi ini menegaskan bahwa implementasi kebijakan penanggulangan TB belum berjalan optimal. Penelitian sebelumnya menunjukkan berbagai hambatan dalam penemuan kasus TB. Penelitian Lutfiyah Ulfa & Mardiana (2021) di Puskesmas Karangmalang Kota Semarang menemukan bahwa standar kebijakan belum optimal, jumlah petugas dan kader masih kurang, serta sikap pelaksana belum mendukung. Penelitian Sistyaningsih et al., (2023) di Kabupaten Sidoarjo menunjukkan rendahnya capaian penemuan kasus disebabkan oleh keterbatasan anggaran dan peran masyarakat, sedangkan penelitian Katmini et al., (2023) menyoroti kurangnya pengetahuan masyarakat dan lemahnya koordinasi lintas sektor.

Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini bertujuan menggambarkan Implementasi Kebijakan Penanggulangan TB dalam Upaya Penemuan Kasus TB Paru di Puskesmas Oekabiti, Kecamatan Amarasi, Kabupaten Kupang.

## METODE

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif deskriptif untuk menggambarkan implementasi kebijakan penanggulangan TB dalam upaya penemuan kasus TB paru di Puskesmas Oekabiti, Kecamatan Amarasi, Kabupaten Kupang. Penelitian dilaksanakan pada Mei – Juni 2025. Informan dipilih secara purposive, terdiri atas pengelola program TB Dinkes Kabupaten Kupang dan Puskesmas, Kepala Puskesmas, Dokter, Petugas Laboratorium, dan tiga Kader TB. Jenis data yang diperoleh dalam penelitian ini yaitu data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dengan informan, sedangkan data sekunder diperoleh dari Profil Kesehatan, Dinas Kesehatan, Puskesmas Oekabiti, serta

referensi hasil penelitian yang terkait dengan implementasi kebijakan penanggulangan TB dalam penemuan kasus TB. Instrumen penelitian berupa pedoman wawancara, perekam suara, kamera, serta catatan lapangan, dengan peneliti sebagai instrumen utama. Variabel penelitian mencakup (a) standar dan sasaran kebijakan, (b) sumber daya, (c) komunikasi antar organisasi. Analisis data dilakukan secara interaktif menggunakan model Miles dan Huberman yang meliputi (a) reduksi, (b) penyajian, (c) penarikan kesimpulan. Triangulasi sumber untuk menjamin keabsahan data.

Penelitian ini telah menerima sertifikat etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana dengan nomor sertifikat 000936/KEPK FKM UNDANA/2025.

## HASIL

### Standar dan Sasaran Kebijakan

Hasil wawancara menunjukkan bahwa acuan kebijakan penanggulangan tuberkulosis di Puskesmas Oekabiti merujuk pada standar nasional yang tercantum dalam Permenkes No. 67 Tahun 2016. Kebijakan tersebut kemudian diturunkan ke tingkat provinsi, kabupaten, hingga Puskesmas melalui Standar Operasional Prosedur (SOP) pelayanan TB. Terdapat beberapa jenis SOP dalam pelayanan TB yang ada di Puskesmas Oekabiti yaitu SOP penemuan kasus dan SOP pemeriksaan laboratorium. Informan menyebutkan bahwa SOP penemuan kasus TB ada, namun tidak ditemukan adanya dokumen SOP di Puskesmas. Sementara itu, pada pemeriksaan laboratorium, informan menjelaskan bahwa SOP tersedia serta terdapat dokumennya di Puskesmas dan digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan pemeriksaan. Hal ini dinyatakan oleh beberapa informan berikut:

*“Untuk kebijakan itu sudah terkait dengan aturan, kalau kebijakan nasional itu ada Permenkes No. 67 Tahun 2021 tentang penanggulangan TB itu yang terbaru tahun 2021, kalau yang pertama itu Permenkes No. 67 Tahun 2016, yang 2021 itu diperbaharui dari Permenkes Tahun 2016, kemudian untuk yang provinsi itu ada peraturan gubernur nanti cari dia punya nomor berapa, kalau untuk kabupatennya itu terkait dengan kebijakan itu ada peraturan bupati,”* (Informan 1)

*“Ia ada SOP”* (Informan 3)

*“Kami ada SOP disini... kalau kami di lab kan lebih ke pemeriksaannya, jadi kalau untuk penemuan yang cari sputum itu, kami di sini caranya bersama – sama, jadi setiap staf itu di bagi target untuk cari sputum, jadi kalau pemeriksaannya itu kami ada SOP kebetulan kami kan sudah akreditasi... pemeriksaannya berdasarkan SOP.”* (Informan 4)

Dalam pelaksanaan upaya penemuan kasus TB di Puskesmas Oekabiti, informan menyebutkan bahwa dalam SOP penemuan kasus TB meliputi penemuan kasus secara pasif dan penemuan kasus secara aktif. Penemuan kasus secara pasif dilakukan dengan menjangkau pasien yang datang berobat ke Puskesmas dengan keluhan batuk, baik yang dicurigai TB atau hanya ISPA, termasuk melalui integrasi layanan primer dengan program lain seperti TB-HIV, TB dengan ibu hamil, TB dengan gizi, TB dengan UKS, dan UKGS. Hal ini dinyatakan oleh beberapa informan berikut:

*“...ada integrasi program lain, jadi dia ini sonde bisa berdiri sendiri, jadi selain dia punya program sendiri dia ada gabung dengan TB HIV, TB dengan ibu hamil, TB dengan gizi, TB dengan UKS, UKGS, jadi dia sonde berdiri sendiri, apa le sekarang kan dengan berlakunya integrasi layanan primer berarti semua pasien yang datang ke Puskesmas wajib katong screening TBC.”* (Informan 2)

*“Selain itu ada penemuan kasus secara pasif juga jadi setiap hari itu semua pasien wajib dilakukan screening TB, jadi setiap pasien yang datang dengan keluhan batuk baik yang*

*dicurigai ke TBC atau hanya sekedar ISPA itu tetap dilakukan screening dan dilakukan pemeriksaan.” (Informan 3)*

Penemuan kasus aktif dilakukan dengan menjangkau kelompok berisiko seperti ibu hamil, pasien Diabetes Melitus (DM) dan bayi balita gizi buruk atau gizi kurang. Petugas juga melakukan kunjungan rumah pada kontak erat pasien TB. Penemuan kasus aktif juga dilakukan melalui skrining di tempat umum seperti sekolah dan tempat kerja. Selain itu terdapat kegiatan ketuk pintu yang dilaksanakan dengan mendatangi rumah warga, biasanya dilakukan satu kali menjelang peringatan hari TB sedunia pada bulan maret. Hal ini disampaikan oleh informan berikut:

*“Untuk temukan kasus otomatis harus cari terduga yang tanda dan gejalanya mengarah ke TBC. Penemuan kasus lain pada kasus indeks yang kontak serumah dengan pasien, kemudian bisa dari ibu hamil, pasien dengan pengobatan rutin DM, bayi balita dengan gizi buruk atau gizi kurang.” (Informan 3)*

*“Tempat – tempat umum saja seperti sekolah, kantor, itu yang dilakukan pemeriksaan, sekalian semua jalan, mau screening TBC, screening jiwa, semua ada.” (Informan 3)*

Penetapan target penemuan kasus TB di Puskesmas Oekabiti dilakukan secara berjenjang mulai dari pemerintah pusat, kemudian diturunkan ke provinsi, kabupaten, hingga ke Puskesmas. Target tersebut disusun berdasarkan jumlah penduduk diwilayah kerja dan ditetapkan setiap awal tahun. Target yang diberikan ke Puskesmas ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang dan diuraikan kembali sesuai dengan cakupan wilayah masing – masing. Hal ini dinyatakan oleh beberapa informan berikut:

*“Untuk standar sasaran setiap tahun dari dinas yang menetapkan target untuk Puskesmas, tapi target itu berdasarkan target nasional, jadi sonde lari dari target nasional, nanti dinas akan uraikan kembali targetnya ke setiap kecamatan... puskesmas.” (Informan 1)*

*“Kalau target untuk setiap Puskesmas itu targetnya dari dinas... dinas yang susun dan pemantauannya juga mereka yang pantau melalui sistem.” (Informan 3)*

Target penemuan kasus ditingkat Puskesmas tidak hanya dibebankan kepada pengelola TB, tetapi dibagi ke seluruh tenaga kesehatan di Puskesmas dan pustu. Setiap tenaga kesehatan diwajibkan mengumpulkan pot dahak terduga TB sesuai target yang ditetapkan yaitu satu orang satu pot dahak dan pustu enam pot dahak dalam satu bulan. Strategi internal ini dilakukan untuk mendorong keterlibatan seluruh tenaga kesehatan dalam pencapaian target. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“Kalau kami setiap staf disini harus cari sputum satu orang satu, terus mereka bawaan dahaknya ke lab nanti kami periksa, kalau didesa kami ada pustu setiap desa... setiap pustu itu ada target juga... satu pustu minimal harus cari enam orang terduga yang harus periksa sputum... targetnya setiap bulan.” (Informan 4)*

Monitoring dan evaluasi pencapaian target dilakukan secara rutin melalui rapat mingguan dan bulanan di Puskesmas. Selain itu, capaian target juga dipantau oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang melalui Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB) yang digunakan sebagai media pencatatan dan pelaporan kasus. Di samping penggunaan SITB, Puskesmas juga masih menyampaikan laporan manual sebagai bagian dari mekanisme pelaporan rutin. Mekanisme ini memastikan bahwa capaian target dapat terkontrol secara berkala dan menjadi dasar tindak lanjut apabila terdapat hambatan. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“Kalau saya didinas itu pantauanya bisa setiap minggu, setiap bulan, kalau mereka punya laporan pasti setiap bulan masuk, baik secara manual maupun online... namanya SITB... Sistim Informasi Tuberkulosis, dari sekian Puskesmas, user dan password di saya ada, jadi setiap saat saya bisa buka” (Informan 1)*

*“Jadi ke tadi katong biasanya evaluasi, kalau di Puskesmas sini capaian penemuan terduga itu biasanya di evaluasi setiap minggu” (Informan 2)*

*“Untuk monitoring evaluasi kita lakukan setiap bulan, jadi setiap bulan semua wajib melaporkan dan tindak lanjutnya nanti kita duduk bersama semua program bersama ibu kapus... dicari solusinya kalau target dan capaian penemuan belum sampai.” (Informan 3)*

## **Sumber Daya**

### ***Sumber Daya Manusia (SDM)***

Hasil wawancara menunjukkan bahwa ketersediaan sumber daya manusia (SDM) dalam pelaksanaan penemuan kasus TB di Puskesmas Oekabiti melibatkan berbagai tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, analis kesehatan, bidan, tenaga promkes, serta petugas farmasi. Tenaga tersebut berperan sesuai dengan fungsinya, mulai dari pemeriksaan laboratorium, pemantauan pengobatan, hingga distribusi obat, dan edukasi. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“Dokter, perawat, bidan, analis, tenaga promkes, biasanya kalau mau penyuluhan tenaga promkes yang buat media promosi, hanya lebih banyak katong pakai media sosial supaya lebih gampang untuk bisa simpan terus disitu kalau perlu bisa ambil.” (Informan 2)*

*“Untuk saat ini ada dokter, perawat, bidan... bidan desa, kemudian analis.” (Informan 3)*

Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam pelaksanaan penemuan kasus TB di Puskesmas Oekabiti dilakukan melalui pelatihan dan *On the Job Training* (OJT) yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan. Pelatihan penting untuk memastikan tenaga kesehatan memahami prosedur terbaru, sedangkan OJT dilakukan apabila ada tenaga baru yang ditugaskan pada program TB. Namun, pelatihan hanya diberikan kepada dokter, penanggung jawab program TB, dan petugas laboratorium, sementara tenaga lainnya umumnya hanya mendapat pembekalan informasi secara internal. Petugas laboratorium juga mendapat pelatihan teknis terkait pemeriksaan laboratorium yang terakhir dilaksanakan pada tahun 2024. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“Sebelum mereka pegang program ini minimal harus di OJT terkait dengan program... yang lebih besarnya pelatihan pengelola program. kalau anggaran mencukupi berarti ada pelatihan, tapi kalau tidak ada pelatihan di OJT saja, bisa didinas atau saya yang turun ke Puskesmas.” (Informan 1)*

*“Untuk pelatihannya penanggung jawab program dengan dokter, tapi untuk informasi terkait dengan TBC semua itu disampaikan ke semua tenaga.” (Informan 3)*

*“Biasanya setiap tahun dari dinas kesehatan ada pelatihan untuk pengelola TB, minggu lalu ada pertemuan diprovinsi tentang TB, terus untuk tenaga lab tahun lalu kami baru selesai dilatih untuk pemeriksaan... jadi setiap tahun ada.” (Informan 4)*

Selain pelatihan, setiap tenaga kesehatan yang terlibat dalam pencarian sputum telah dibekali pengetahuan teknis mengenai kualitas dahak yang memenuhi syarat serta cara pengambilan dahak yang benar. Pembekalan ini diberikan dalam bentuk penyampaian informasi oleh pengelola program TB saat apel pagi atau rapat bulanan di Puskesmas. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“Ia sudah, karena tiap kali ada rapat bulanan penanggung jawab program sampaikan, jadi sudah tau, siapa saja yang turun harus tau baru turun.” (Informan 3)*

*“Kita ada rapat, apel pagi juga, jadi sebelum kegiatan pengelola TB menjelaskan caranya, dahak yang diperlukan berapa banyak, cara pengambilannya, dahak tidak boleh bercampur dengan makanan, tidak boleh ada darah, jadi seperti itu sudah dijelaskan, sebelum turun mereka semua sudah paham.” (Informan 4)*



Meskipun tenaga kesehatan sudah dibekali pengetahuan teknis, dalam pelaksanaan penemuan kasus TB masih ditemui beberapa kendala. Kendala tersebut meliputi kualitas dahak pasien yang tidak sesuai sehingga hasil pemeriksaan menunjukkan negatif walaupun pasien memiliki gejala TB, serta adanya pasien yang menolak memberikan maupun diambil dahaknya. Tenaga kesehatan juga telah memberikan edukasi kepada masyarakat mengenai gejala TB serta pentingnya pemeriksaan dahak. Edukasi diberikan agar masyarakat mengenali tanda dan gejala TB sejak dini serta cara penularannya dan bersedia menjalani pemeriksaan. Namun berdasarkan keterangan informan, masih ada pasien yang tetap menolak meskipun telah diberikan penjelasan oleh petugas. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“Mungkin kualitas dahak, trus dari daya tahan tubuh pasien yang masih bisa... walaupun sudah terkontaminasi tapi belum menunjukkan tanda dan gejala kesana.”* (Informan 3)

*“Jadi dijelaskan ke orang yang terduganya, tujuannya apa, apa itu TBC supaya mereka juga paham, tanda dan gejalanya seperti apa, pencegahannya bagaimana, penularannya seperti apa supaya mereka bisa kenali sejak dini tanda dan gejala TB serta penularannya bagaimana, dengan begitu mereka juga bersedia untuk dilakukan pemeriksaan.”* (Informan 4)

*“Pernah ada pasien yang tidak mau kasih sampel dahaknya, kadang sebenarnya mereka ada batuk sudah lama tapi mereka bilang mereka sehat saja, jadi dijelaskan dulu tapi kita tidak bisa paksa, kalau memang dia terima kita lakukan pengambilan sampel”* (Informan 4)

Selain tenaga kesehatan, keterlibatan kader juga dipandang penting dalam mendukung penemuan kasus TB, khususnya investigasi kontak dimasyarakat. Namun, keterlibatan kader di Puskesmas Oekabiti masih terbatas karena pelatihan yang belum merata dan sebagian besar kader rangkap tugas posyandu. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“Kalau kader disini tugasnya untuk membantu investigasi kontak, dengan kader aktif melakukan investigasi kontak berarti dengan sendirinya bisa naikan cakupan untuk penemuan terduga maupun pasien... untuk kader saat ini sonde aktif karna, dong juga kader posyandu, semua hal dong rangkap habis.”* (Informan 3)

*“Dulu masih diperdhaki ada, cuma sekarang di Puskesmas tidak ada pelatihan.”* (Informan 8)

Selain kendala tersebut, terdapat faktor lain yang mempengaruhi keterlibatan kader dalam penemuan kasus TB, yakni keterbatasan waktu akibat kesibukan pribadi, serta persoalan internal pekerjaan seperti pembagian insentif yang tidak sepenuhnya diterima oleh kader sehingga berpengaruh pada partisipasi mereka. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“Disini beta saja kaka, kayaknya satu desa satu, tapi jujur beberapa tahun terakhir kurang aktif karna berbagai macam kesibukan.”* (Informan 6)

*“Sekarang tiap desa itu satu, trus kadang ada yang jalan – jalan berenti, saya juga kadang vakum karna ada kesibukan trus katong kerja dalam internal itu tidak terbuka sehingga beta kurang aktif... terakhir yang beta kecewa sonde mau kerja karna uang tidak sampe di beta pung tangan dari situ yang beta tarik diri”* (Informan 8)

### **Sumber Daya Finansial (Dana)**

Sumber dana yang digunakan dalam pelaksanaan penemuan kasus TB di Puskesmas Oekabiti bersumber dari Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dan *Global Fund*. Dana BOK digunakan untuk operasional lapangan seperti transportasi sputum, investigasi kontak, serta kegiatan pemantauan pasien, sedangkan dana dari *Global Fund* hanya untuk pembayaran jasa tenaga laboratorium dalam pemeriksaan sampel Tes Cepat Molekuler (TCM). Namun, secara khusus dana BOK yang tersedia belum mencukupi untuk mendukung seluruh kebutuhan program seperti insentif dan pelatihan kader. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan

berikut: *“Sonde cukup karna dananya hanya khusus penanggung jawab program, tapi kalau anggaran perjalanan dinas hanya untuk nakes, kader baru ini tahun ada pelatihan tapi satu kali... belum jalan.”* (Informan 2)

*“Dari BOK untuk pelaksanaan program mulai dari penjangkaran terduga, pemantauan TBC mangkir, investigasi kontak, maupun pendampingan minum obat”* (Informan 3)

*“Dana BOK Puskesmas, sama satu lagi untuk pembayaran tenaga di lab dari Global Fund khusus pemeriksaan sampel TCM.”* (Informan 4)

Meskipun dana yang tersedia terbatas, upaya penemuan kasus TB tetap dilaksanakan. Petugas Puskesmas tetap melakukan pencarian kasus walaupun anggaran perjalanan, seperti untuk pencarian sputum sangat terbatas. Hal ini disampaikan oleh informan berikut:

*“sebelum itu katong rodi, tapi tetap katong jalan cari, ada dana ko sonde ada tetap jalan cari.”* (Informan 2)

Selain dari dana BOK dan *Global Fund*, dukungan finansial juga berasal dari kerjasama dengan yayasan seperti Perdhaki. Lembaga ini biasanya membantu dalam hal memberikan honor kader maupun pelatihan kader. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“Untuk honorkader tidak ada, tapi ada kerja sama dengan yayasan katolik yang perdhaki, adanya untuk pelatihan... sejenis refreshing kader saja.”* (Informan 2)

*“Ia dari perdhaki.”* (Informan 7)

*“Dari yayasan, Puskesmas tidak ada.”* (Informan 8)

Selain itu, insentif yang diterima kader masih sangat terbatas dan tidak mencukupi kebutuhan mereka. Besaran insentif yang diberikan bervariasi, mulai dari Rp. 15.000 hingga Rp. 50.000 per kegiatan. Seringkali insentif tersebut digunakan untuk mendukung aktivitas kunjungan pasien, sehingga manfaat langsung yang dirasakan sangat minim. Pembayaran insentif juga tidak rutin dan terkadang mengalami keterlambatan. Namun, kader tetap bekerja meskipun masih adanya keterbatasan insentif. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“Anggap ganti uang transport selam turun investigasi, mau bilang cukup sonde cukup itu sudah, tapi mama rasa bae, segala sesuatu kalau mau liat dari segi uang kermana pekerjaan mau jalan, memang betul sonde ada yang mau rela – rela, insentif katong di nonbes sampe ini bulan belum ada”* (Informan 6)

*“Kalau dukungan finansial dihitung per orang pasien yang di IK 50, jadi yang kemarin beta IK enam orang 300... Jadi kalau katong bawa orangnya untuk periksa dipuskesmas itu rewardnya tersendiri, tapi karna katong IK saja jadi 50 berawal dari 35... menurut beta sonde cukup”* (Informan 7)

*“Pake kembali untuk mereka, katong pake untuk kunjungi mereka lagi, jadi sama saja sonde ada yang beta rasa, jadi kembali ke pasien jadi katong sonde bilang mau bantu katong, ko hanya 25 ribu, ada yang 15 ribu”* (Informan 8)

### Sarana dan Prasarana

Hasil wawancara menunjukkan bahwa sarana dan prasarana dalam program penanggulangan TB di Puskesmas Oekabiti sudah cukup tersedia untuk mendukung kegiatan penemuan kasus. Puskesmas memiliki alat diagnostik utama berupa Tes Cepat Molekuler (TCM) yang digunakan untuk penegakan diagnosis, sedangkan mikroskop hanya dipakai untuk *follow up* pasien yang menjalani pengobatan. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“Ada mikroskop tapi karna kita faskesnya TCM tidak boleh, kecuali untuk pasien yang follow up bulan kedua, bulan kelima dan akhir pengobatan”* (Informan 3)

*“Penegakan diagnosisnya pake TCM, kalau mikroskopis khusus follow up pasien yang sudah positif, mereka yang positif minum obat selama 6 bulan, setelah minum obat diambil lagi sampel sampai bulan terakhir pas sudah selesai pengobatan kita follow up lagi pakai mikroskopis... pengobatannya berhasil tidak.” (Informan 4)*

Kapasitas alat Tes Cepat Molekuler (TCM) hanya dapat memproses 4 sampel dalam sekali pemeriksaan dengan waktu kurang lebih 2 jam untuk mendapatkan hasil laboratorium. Apabila jumlah sampel lebih banyak, pemeriksaan dilakukan secara bertahap sehingga terdapat keterlambatan pemeriksaan dan penegakan diagnosis. Namun, dalam waktu 1 hingga 3 hari semua sampel dapat diperiksa karena Puskesmas memiliki kulkas sebagai tempat penyimpanan dahak dengan suhu 2-8 derajat, sehingga kualitas dahak tetap terjaga. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“Iaa ada dalam kulkas, di suhu 2-8 derajat bertahan sampai 10 hari, tapi biasanya satu hari untuk running sampel itu 4, satu kali running 2 jam, jadi selama jam kerja bisa 2 atau 3 kali running, kadang ada penumpukkan paling hanya 2 atau 3 hari sudah bisa dilakukan pemeriksaan semua.” (Informan 3)*

*“Untuk keterlambatan alat TCM karna 1 kali periksa hanya bisa 4 sputum, hasilnya keluar sekitar 2 jam, jadi kalau sampelnya agak banyak mungkin terlambat, tapi hanya terlambat 1 hari saja tidak sampai 1 minggu.” (Informan 4)*

Fasilitas fisik untuk mendukung pelayanan TB di Puskesmas Oekabiti mencakup ruang khusus pengambilan dahak, letaknya di belakang laboratorium. Diantara ruang pengambilan dahak dan laboratorium terdapat jendela untuk menyerahkan dahak ke laboratorium untuk diperiksa, sehingga pasien tidak membawa pot dahak melewati ruang pelayanan depan. Sementara itu, ruang tunggu khusus pasien TB sudah tidak tersedia, sehingga pasien TB bergabung dengan pasien umum karena keterbatasan ruangan. Namun, pasien TB tetap diberikan masker agar lebih aman saat menunggu bersama pasien lain. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“Dulu ada, hanya sekarang karna sudah terpusat dibawah untuk pelayanan pagi, jadi dong tetap bergabung, hanya saja kita sudah tau pasien itu yang mana dikasih masker.” (Informan 3)*

*“Ada... dibelakang laboratorium ini kami buat kotak begitu untuk pasien keluarkan dahak disitu, jadi kalau pasien yang datang berobat mereka keluarkan dahak di dalam ruangan, trus mereka over dari jendela belakang lab jadi mereka tidak bawa dahaknya dari depan supaya mencegah kontaminasi.” (Informan 4)*

Ketersediaan obat TB di Puskesmas Oekabiti pada umumnya cukup aman karena adanya sistem *buffer stock*. Obat jarang mengalami kekosongan, meskipun dalam kondisi tertentu pernah terjadi keterlambatan distribusi, sehingga pasien baru bisa memulai pengobatan satu sampai dua hari setelah penegakan diagnosis. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“Ia kadang, tapi jarang terjadi, kalau stok obatnya habis, kita janji 1 atau 2 hari lagi untuk mulai pengobatan, tapi biasanya kalau sudah terdiagnosis hari ini pastinya sudah pulang, jadi ditelpon besok pagi datang kembali untuk ambil obat.” (Informan 3)*

*“Jarang karna kita ada buffer stock istilahnya jadi kalau jumlah obat tertentu sudah berkurang kita langsung permintaan ke dinas kesehatan.” (Informan 4)*

Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) pada umumnya juga selalu tersedia karena pengelolaannya juga dilakukan dengan sistem *buffer stock*. Permintaan dilakukan secara rutin atau segera saat stok mendekati batas minimum melalui apotek Puskesmas menggunakan aplikasi SMILE. Setelah pengajuan kebutuhan disetujui melalui aplikasi tersebut, logistik dapat



diambil langsung oleh pihak Puskesmas digudang farmasi kabupaten. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“Sebelum melakukan permintaan ke dinas, kita ada aplikasi namanya SMILE yang wajib diisi dulu kebutuhannya, disetujui disana baru kita ambil digudang farmasi kabupaten, jadi kita yang ambil sendiri untuk dibawa ke Puskesmas.”* (Informan 3)

*“Pokoknya kalau sudah sampai batas buffer stock kita langsung permintaan ke apotik Puskesmas trus apotik lanjutkan permintaan ke dinas kesehatan.”* (Informan 4)

### **Komunikasi Antar Organisasi**

Hasil wawancara menunjukkan bahwa komunikasi antara Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang dan Puskesmas Oekabiti dalam pelaksanaan penemuan kasus TB dilakukan secara rutin, baik melalui media daring maupun pertemuan langsung. Komunikasi daring paling sering dilakukan melalui grup *WhatsApp* yang digunakan sebagai sarana koordinasi cepat, saling *follow up* dan berbagi informasi, sekaligus digunakan oleh Dinas Kesehatan untuk mengirimkan pembaruan capaian tiap puskesmas. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“Kalau diprogram saya ada buat wa grup, jadi kami saling follow up, saling sharing disitu, kemudian capaian masing – masing puskesmas saya sampaikan disitu.”* (Informan 1)

*“Rutin, ada grup WA yang membahas program dan cakupan TB. Trus kalau informasi pelaporan katong pake SITB.”* (Informan 2)

Selain komunikasi dengan Dinas Kesehatan, koordinasi lintas sektor dalam upaya penemuan kasus TB di Puskesmas Oekabiti juga telah dilakukan melalui forum mini lokakarya lintas sektor, rapat tingkat kecamatan, serta kerja sama dengan pemerintah desa. Puskesmas memanfaatkan momen pertemuan lintas sektor untuk menyampaikan capaian, kendala, serta meminta dukungan dari camat dan kepala desa dalam kegiatan penanggulangan TB. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“sosialisasi standar pelayanan biasanya lintas program dulu dalam mini lokakarya bulanan, kemudian ketong bawa ke mini lokakarya lintas sektor. Biasanya dalam rakor – rakor tingkat kecamatan Puskesmas wajib menyampaikan hasil evaluasi kegiatan, kalau cakupannya masih rendah biasanya katong minta camat, kepala desa untuk bantu dapat capaiannya.”* (Informan 2)

Meskipun koordinasi lintas sektor berjalan, namun masih terdapat kendala dalam pelaksanaannya. Kendala utama adalah perbedaan persepsi dari pihak desa terkait pentingnya kegiatan TB. Beberapa desa mendukung dengan baik, sementara desa lain cenderung kurang merespons karena menganggapnya bukan prioritas. Selain itu, dukungan pemerintah desa juga dipengaruhi oleh kedekatan dengan masyarakat. Desa lebih cepat merespons apabila kegiatan ditujukan kepada warga asli, sedangkan warga pendatang responnya cenderung lebih rendah. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“Kalau lintas sektor kadang mau masukkan kegiatan didana desa rasa berat karena ini kegiatan belum penting untuk dong, apalagi kader TB... tapi kadang lintas sektor kalau kepala desa yang mengerti katong masukkan kegiatan dong mau dukung, kalau yang sonde mangarti dong ia tapi sonde bikin.”* (Informan 2)

*“Untuk koordinasi sebenarnya tidak terlalu sulit karna kita di amarasi ini untuk lintas sektor itu bagus, tinggal kita sampaikan pasti dari desa dong respon itu cepat, hanya saja kalau dia bukan warga asli situ, otomatis desa juga kurang, karna bukan kita pung warga”* (Informan 3)

Komunikasi dengan kader TB juga masih terdapat kendala. Hasil wawancara menunjukkan bahwa komunikasi antara petugas Puskesmas dengan kader TB juga belum

berjalan efektif, sehingga peran kader dalam penemuan kasus TB belum optimal. Selain itu, hambatan komunikasi juga dirasakan setelah berhentinya dukungan dari yayasan yang sebelumnya berperan dalam memperkuat koordinasi. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut:

*“Kader ini katong kurang komunikasi... koordinasi antar kita dengan kader, jadi kebanyakan karna interennya kita untuk wajib temukan terduga atau wajib untuk investigasi kontak, jadi terkadang tugas kader itu pas dia ada baru dilibatkan”* (Informan 3)

*“Untuk kendala ketika mau sampaikan informasi ke Puskesmas sekarang hubungannya macet, tidak seperti dulu setelah yayasan berenti komunikasi su terputus.”* (Informan 8)

## PEMBAHASAN

### Standar dan Sasaran Kebijakan

Standar dan sasaran kebijakan merupakan salah satu komponen penting dalam implementasi kebijakan karena berfungsi sebagai acuan dalam pelaksanaan program. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa standar kebijakan penanggulangan tuberkulosis di Puskesmas Oekabiti sudah mengacu pada regulasi nasional yaitu Permenkes No. 67 Tahun 2016. Regulasi ini menjadi landasan dalam penyusunan SOP yang diterapkan hingga tingkat Puskesmas. Beberapa jenis SOP telah tersedia di Puskesmas, terutama SOP pemeriksaan laboratorium yang digunakan sebagai acuan dalam pemeriksaan dan terdokumentasi dengan baik. Namun, dokumen SOP khusus penemuan kasus TB tidak dapat ditemukan di Puskesmas. Pelaksanaan penemuan kasus TB di Puskesmas Oekabiti terdiri dari dua strategi, yaitu penemuan kasus secara pasif dan aktif. Kombinasi strategi penemuan kasus ini memungkinkan deteksi kasus TB lebih luas, mempercepat identifikasi pasien, dan meminimalkan risiko penularan di masyarakat. Namun, pelaksanaan kegiatan antar petugas dapat bervariasi karena ketiadaan acuan atau dokumen tertulis yang berpotensi menurunkan kualitas layanan jika prosedur dilupakan atau tidak sesuai standar. Temuan ini sejalan dengan penelitian Andi Akifah Rezkiyani et al., (2021) yang menekankan bahwa pedoman tertulis merupakan elemen penting untuk menjaga keseragaman praktik dan kualitas implementasi program.

Sasaran kebijakan berupa target penemuan kasus TB di tetapkan secara berjenjang dari pusat ke daerah hingga ke Puskesmas. Kemudian target tersebut diturunkan lagi menjadi target individu untuk tenaga kesehatan di Puskesmas maupun pustu. Mekanisme ini memperlihatkan adanya proses internalisasi sasaran, sehingga setiap petugas memiliki tanggung jawab jelas untuk mendukung pencapaian target. Dengan demikian, sasaran kebijakan bukan hanya bersifat umum di tingkat pusat, tetapi sudah konkret di level pelaksana sehingga memudahkan pengukuran kinerja. Monitoring dan evaluasi pencapaian program TB dilakukan secara rutin melalui rapat mingguan dan bulanan di tingkat Puskesmas. Pelaporan program juga disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang melalui SITB dan juga laporan manual. Penggunaan dua sistem tersebut membantu memastikan keakuratan dan kelengkapan data, terutama ketika terjadi kendala teknis pada SITB.

### Sumber Daya

#### Sumber Daya Manusia (SDM)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sumber daya manusia yang tersedia di Puskesmas Oekabiti dalam mendukung penemuan kasus TB terdiri dari beberapa jenis tenaga kesehatan, yakni dokter, perawat sebagai pengelola program TB, bidan, analis kesehatan, farmasi, serta tenaga promkes. Tenaga kesehatan ini bekerja sesuai dengan perannya masing – masing. Jenis tenaga kesehatan ini sudah sesuai dengan Permenkes RI No. 67 Tahun 2016 yang menegaskan bahwa untuk penyelenggaraan layanan TB di tingkat Puskesmas di perlukan sekurang – kurangnya 1 dokter, 1 orang perawat atau tenaga pengelola program TB, dan 1 orang tenaga

laboratorium yang sudah terlatih (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2017). Meskipun ketersediaan SDM inti sudah terpenuhi, tidak semua tenaga kesehatan memperoleh kesempatan mengikuti pelatihan, sehingga kompetensi teknis di antara mereka belum merata. Hal ini menimbulkan kesenjangan kapasitas di antara pelaksana, terutama dalam hal penemuan kasus. Temuan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Afifatussalamah & Isfandari (2022) yang menunjukkan bahwa ketidakmerataan pelatihan pada tenaga kesehatan berdampak pada kualitas implementasi program TB, terutama pada penjarangan suspek TB.

Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan di Puskesmas Oekabiti yang belum mendapatkan pelatihan umumnya dilakukan melalui penyampaian informasi teknis dalam rapat internal atau apel pagi. Upaya ini masih terbatas pada penyampaian teori tanpa praktik langsung. Akibatnya, kualitas dahak yang dikumpulkan seringkali tidak sesuai dengan kriteria pemeriksaan laboratorium, sehingga hasil pemeriksaan berisiko tidak akurat. Hal ini sejalan dengan penelitian Niken et al., (2022) yang menekankan pentingnya kualitas dahak dalam menunjang diagnosis, serta Penelitian Hendy et al., (2024) yang menunjukkan bahwa *On the Job Training* memiliki peran penting dalam memperkuat keterampilan teknis tenaga kesehatan karena menggabungkan pengetahuan disertai praktik langsung dilapangan. Selain itu, terdapat hambatan dari sisi masyarakat dalam pelaksanaan penemuan kasus TB. Tidak semua pasien bersedia memberikan atau diambil sampel dahaknya meskipun tenaga kesehatan telah memberikan edukasi. Penolakan ini umumnya disebabkan oleh kurangnya pemahaman, rasa takut, serta stigma terhadap penyakit TB. Hal ini menunjukkan bahwa keterampilan komunikasi dan edukasi tenaga kesehatan memegang peran penting dalam membangun kepercayaan masyarakat terhadap layanan TB.

Selain tenaga kesehatan, keterlibatan kader memiliki peran penting dalam penemuan kasus TB di masyarakat. Kader berfungsi sebagai ujung tombak dalam investigasi kontak karena kedekatan sosial mereka dengan masyarakat. Dalam Juknis Investigasi Kontak Pasien TB Bagi Petugas Kesehatan dan Kader menjelaskan bahwa kader sebagai salah satu pelaksana investigasi kontak melalui kunjungan rumah dan skrining gejala (Kemenkes, 2019). Namun, hasil penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan kader di Puskesmas Oekabiti belum optimal karena beberapa kendala, seperti pelatihan yang tidak berkesinambungan, rangkap dengan tugas posyandu, serta permasalahan insentif yang tidak sepenuhnya diterima.

### Sumber Daya Finansial (Dana)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sumber dana dalam implementasi kebijakan penanggulangan tuberkulosis dalam hal ini kegiatan penemuan kasus TB di Puskesmas Oekabiti berasal dari BOK dan *Global Fund*. BOK memang menjadi sumber utama pendanaan program TB di Puskesmas Oekabiti. Akan tetapi, jumlahnya masih terbatas karena tidak semua kebutuhan program dapat tercover seperti insentif dan pelatihan kader. Kondisi ini mencerminkan bahwa ketidaksesuaian antara kebutuhan program dan ketersediaan anggaran dapat menjadi hambatan dalam keberlangsungan kegiatan penemuan kasus TB. Hal ini sejalan dengan penelitian Nursya & Wilda Tri Yuliza (2022) yang menemukan bahwa keterbatasan dana BOK di Puskesmas Ie Mirah menyebabkan tidak semua kegiatan program P2TB terlaksana, sehingga pelaksanaannya berjalan lambat dan tidak optimal.

Meskipun dana yang tersedia di Puskesmas Oekabiti terbatas, petugas tetap melakukan pencarian kasus TB seperti pengambilan sputum dan investigasi kontak karena kegiatan tersebut merupakan bagian dari tugas program yang harus dijalankan. Kondisi ini menunjukkan bahwa keterbatasan finansial tidak selalu menghentikan pelaksanaan kebijakan. Meski demikian, hal ini dapat berdampak pada menurunnya kualitas dan jangkauan kegiatan di lapangan. Selain dana BOK, dukungan finansial juga diperoleh dari *Global Fund*, namun dana ini hanya bersifat spesifik, yakni untuk pembayaran jasa tenaga laboratorium terkait pemeriksaan TCM. Insentif dan pelatihan kader TB di Puskesmas Oekabiti tidak ditanggung

oleh anggaran Puskesmas maupun dana BOK, melainkan sepenuhnya disediakan oleh Yayasan Perdhaki. Dukungan ini mencakup pelatihan penyegaran secara berkala serta insentif. Hal ini menunjukkan bahwa aspek pembiayaan kader sepenuhnya bergantung pada pihak eksternal. Ketergantungan penuh seperti ini berisiko menghambat keberlanjutan program apabila dukungan dihentikan, karena Puskesmas tidak memiliki alokasi dana untuk menanggung kebutuhan kader.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa besaran insentif kader yang diberikan sangat kecil yaitu Rp. 15.000 – Rp. 50.000 per kegiatan, tidak rutin, dan bahkan sering terlambat. Namun hal ini bukan menjadi hambatan bagi kader dalam menjalankan tugasnya di lapangan. Oleh karena itu, kader menjalankan tugas lebih karena rasa tanggung jawab sosial dan kepedulian terhadap masyarakat, bukan karena dukungan finansial yang diterima. Hal ini menegaskan bahwa dedikasi kader lebih dipengaruhi oleh kepedulian terhadap masyarakat dari pada imbalan finansial. Namun, berdasarkan penelitian oleh Porusia & Iswari (2019) menjelaskan bahwa insentif dalam bentuk uang adalah salah satu pendorong eksternal yang dapat memotivasi seseorang, sekaligus menjadi daya tarik bagi individu dalam melaksanakan pekerjaannya.

### Sarana dan Prasarana

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di Puskesmas Oekabiti memiliki sarana diagnostik berupa alat TCM dan mikroskop. Ketersediaan alat ini menunjukkan bahwa Puskesmas telah memiliki instrumen penting untuk mendukung pelaksanaan kebijakan penemuan kasus TB. Hal ini sejalan dengan pandangan Van Meter dan Van Horn bahwa sarana dan prasarana yang memadai akan memperkuat proses implementasi kebijakan karena pelaksana memiliki alat kerja yang sesuai untuk mencapai tujuan program. Aspek kapasitas TCM berpengaruh terhadap efektivitas implementasi. Hasil penelitian di Puskesmas Oekabiti menunjukkan bahwa kapasitas alat TCM hanya mampu memproses 4 sampel dalam satu kali pemeriksaan dengan waktu sekitar 2 jam. Keterlambatan penegakan diagnosis dapat terjadi jika jumlah sampel meningkat. Mengantisipasi keterlambatan tersebut, Puskesmas Oekabiti menggunakan kulkas dengan suhu 2-8 derajat *celcius* sebagai media penyimpanan dahak. Praktik ini penting karena menjaga kualitas sampel agar tetap layak diperiksa meskipun tidak langsung di proses. Menurut standar *World Health Organization* (WHO, 2021), dahak yang disimpan pada suhu 2-8 derajat *celcius* dapat bertahan hingga 10 hari tanpa menurunkan kualitas hasil pemeriksaan.

Meski demikian, efektifitas penyimpanan sangat dipengaruhi oleh kualitas dahak yang diterima sejak awal. Di Puskesmas Oekabiti, dahak yang dikumpulkan seringkali belum sepenuhnya sesuai dengan kriteria pemeriksaan laboratorium, sehingga meskipun disimpan dengan fasilitas yang memenuhi standar, hasil pemeriksaan tetap berisiko tidak akurat. Temuan ini sejalan dengan penelitian Shabikhani et al., (2014) yang menegaskan bahwa sarana penyimpanan hanya dapat berfungsi maksimal apabila spesimen yang diterima juga memiliki kualitas yang baik karena fasilitas penyimpanan tidak mampu memperbaiki spesimen yang sudah mengalami kerusakan sejak awal. Selain itu, fasilitas fisik di Puskesmas Oekabiti juga sudah cukup mendukung pelaksanaan program TB, salah satunya dengan adanya ruang khusus pengambilan sampel dahak yang terpisah dengan ruang pelayanan utama dan dilengkapi jendela untuk penyerahan sampel langsung ke laboratorium. Cara ini efektif mencegah pasien membawa pot dahak melewati ruang depan, sehingga risiko penularan dapat ditekan. Namun, ruang tunggu khusus bagi pasien TB sudah tidak tersedia, sehingga pasien TB harus bergabung dengan pasien umum.

Upaya Puskesmas untuk memberikan masker tentu dapat membantu mengurangi risiko penularan, tetapi dari sisi ketersediaan fasilitas fisik, kondisi ini masih menjadi kelemahan. Menurut teori Van Meter dan Van Horn, keterbatasan sarana yang tidak sesuai dengan standar dapat menjadi faktor penghambat dalam pencapaian tujuan kebijakan. Ketersediaan obat TB

dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) di Puskesmas Oekabiti pada umumnya cukup terjamin karena adanya sistem *buffer stock*. Obat TB relatif aman, meskipun pernah terjadi keterlambatan distribusi sehingga pasien baru bisa memulai pengobatan satu hingga dua hari setelah diagnosis. Penelitian D.Y. Patil Vidyapeeth (2024) menekankan bahwa keterlambatan atau kekosongan obat TB berisiko menurunkan kepercayaan pasien serta meningkatkan angka putus berobat.

### **Komunikasi Antar Organisasi**

Komunikasi merupakan salah satu faktor penting dalam keberhasilan implementasi kebijakan, khususnya untuk memastikan informasi, arahan, dan koordinasi antar pelaksana program dapat berjalan dengan lancar. Hasil penelitian di Puskesmas Oekabiti menunjukkan bahwa pola komunikasi antara Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang dan Puskesmas telah terbangun secara rutin melalui pertemuan langsung maupun media daring. Komunikasi daring lebih sering dilakukan melalui grup *WhatsApp*. Hal ini menunjukkan bahwa penggunaan media daring dapat meningkatkan transparansi, mempercepat aliran informasi, dan mendukung keberlanjutan pengelolaan informasi dan program (WHO, 2022). Selain komunikasi vertikal dengan Dinas Kesehatan, koordinasi lintas sektor juga dilakukan melalui forum mini lokakarya lintas sektor, rapat tingkat kecamatan, serta kerja sama dengan pemerintah desa. Forum ini digunakan untuk menyampaikan capaian, kendala, dan meminta dukungan dari camat maupun kepala desa. Meski demikian, koordinasi lintas sektor masih terhambat karena perbedaan persepsi pemerintah desa terhadap urgensi program penanggulangan TB. Variasi persepsi dan respon ini berimplikasi pada ketidakmerataan dukungan lintas sektor tingkat desa.

Komunikasi antara petugas kesehatan dan kader TB juga belum berjalan efektif. Berhentinya dukungan yayasan yang sebelumnya berperan dalam memperkuat koordinasi juga berdampak pada terputusnya jalur komunikasi. Kondisi ini mengakibatkan kader kesulitan memperoleh arahan dan informasi terbaru dari Puskesmas. Hal ini menegaskan pentingnya keberlanjutan komunikasi eksternal melalui mitra atau fasilitator untuk memastikan keterlibatan kader, sebagaimana dijelaskan oleh Wulandari et al., (2023).

### **KESIMPULAN**

Standar dan sasaran kebijakan penanggulangan TB di Puskesmas Oekabiti mengacu pada Permenkes No. 67 Tahun 2016, namun belum didukung SOP tertulis khusus penemuan kasus TB. Sasaran ditetapkan berjenjang hingga ke level individu tenaga kesehatan. Monitoring dan evaluasi capaian program dilakukan secara rutin. SDM sudah memadai, namun kompetensi teknis yang belum merata mempengaruhi kualitas pengambilan dahak, serta peran kader TB terbatas karena belum mendapatkan pelatihan dan insentif yang memadai. Pendanaan bersumber dari dana BOK dan *Global Fund* namun masih terbatas. Sarana dan prasarana relatif tersedia, tidak ada ruang tunggu pasien TB, serta distribusi obat kadang terlambat. Komunikasi internal puskesmas berjalan baik, tetapi komunikasi eksternal dengan kader, yayasan, serta lintas sektor masih terbatas, sehingga peran mereka dalam mendukung program TB belum optimal.

### **UCAPAN TERIMA KASIH**

Ucapan terimakasih disampaikan kepada Puskesmas Oekabiti yang telah memberikan ijin kepada peneliti untuk melakukan penelitian, serta tenaga kesehatan yang sudah bersedia menjadi informan dalam penelitian ini. Ucapan terimakasih juga disampaikan kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam penyelesaian penelitian ini. Semoga penelitian ini memberikan manfaat bagi penulis maupun pembaca.



## DAFTAR PUSTAKA

- Affatussalamah, R., & Isfandari, M. A. (2022). Pengaruh Pelatihan Dengan Penjaringan Suspek Tuberkulosis Anak Oleh Petugas Puskesmas. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 2(3), 368–379. <http://e-journal.unair.ac.id/index.php/JBE/article/view/1303>
- Andi Akifah Rezkiyani, Andi Surahman Batara, & Andi Rezki Amelia. (2021). Implementasi Kebijakan Penanggulangan Tuberkulosis Era Pandemi Covid-19 Di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar. *Window of Public Health Journal*, 2(5), 938–950. <https://doi.org/10.33096/woph.v2i5.294>
- D.Y. Patil Vidyapeeth. (2024). *Anti - tuberculosis Drugs Stock - outs : Interruptions and Implications*. 4103. <https://doi.org/10.4103/mjdrdypu.mjdrdypu>
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya. (2017). Permenkes RI No. 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis. *Dinas Kesehatan*, 163.
- Hendy, A., Alsharkawy, S. S., Al-Kurdi, Z., El-Nagger, N. S., Hendy, A., Sayed, S., Al-Mugheed, K., Alsenany, S. A., & Farghaly Abdelaliem, S. M. (2024). Impact of On-the-Job Training on Nurses' Performance in Creating a Healing Environment and Clustered Nursing Care for Premature. *SAGE Open Nursing*, 10. <https://doi.org/10.1177/23779608241255863>
- Katmini, Musdalifah, I., Kusuma, K. W., Muchaiyat, M., & Supriyadi. (2023). Strategi Peningkatan Penemuan Kasus Tuberkulosis secara Aktif Promotif berbasis keluarga dan Masyarakat. *Jurnal Pengabdian Komunitas*, 2(2), 42–50.
- Kemendes. (2019). Investigasi kontak. *Petunjuk Teknis Investigasi Kontak Pasien TBC Bagi Petugas Kesehatan Dan Kader*. <https://htbs.tbindonesia.or.id/wp-content/uploads/2020/03/Petunjuk-Teknis-Investigasi-Kontak.pdf>
- Kementrian Kesehatan. (2023). *Profil Kesehatan*. <https://www.kemkes.go.id/id/profil-kesehatan-indonesia-2023>
- Lutfiyah Ulfa, S., & Mardiana. (2021). Implementasi Penemuan Kasus TB Paru dalam Penanggulangan Tuberkulosis di Puskesmas Karangmalang Kota Semarang. *Ijphn*, 1(1), 31–41. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/IJPHN>
- Niken, N., Darma, I. Y., & Yulia, H. (2022). Hubungan Kualitas Sediaan Bakteri Tahan Asam (Bta) Terhadap Hasil Diagnosis Pasien Tuberkulosis Paru. *JPP (Jurnal Kesehatan Poltekkes Palembang)*, 17(1), 79–85. <https://doi.org/10.36086/jpp.v17i1.1194>
- Nursya, F., & Wilda Tri Yuliza. (2022). Evaluasi Pelaksanaan Program Penanggulangan Covid-19. *Jurnal Kesehatan Mercusuar*, 5(2), 26–32. <https://doi.org/10.36984/jkm.v5i2.307>
- Porusia, M., & Iswari, A. P. (2019). Insentif Penemuan Kasus Dan Besaran Capaiannya: Penelitian Deskriptif Di Surakarta, Jawa Tengah. *Jurnal Kesehatan*, 11(2). <https://doi.org/10.23917/jk.v11i2.7536>
- Rahman, H. (2021). *Analisis Pelaksanaan Penemuan Kasus TB di Puskesmas Kenali Besar Kota Jambi Tahun 2024*. 1–7. <https://www.kemkes.go.id/id/profil-kesehatan-indonesia-2023>
- Sistyaningsih, M., Hendrati, L. Y., Hadi, S. S., & Farakhin, N. (2023). Analisis Penemuan Suspek Tb Di Kabupaten Sidoarjo Provinsi Jawa Timur Tahun 2021. *Jurnal Ners*, 7(1), 325–332. <https://doi.org/10.31004/jn.v7i1.13418>
- WHO. (2022). Credible and trusted. *World Health Organisation*. <https://www.who.int/about/communications/credible-and-trusted>
- Wulandari, D., Surjoputro, A., & Musthofa, S. B. (2023). Komunikasi sebagai Upaya Promotor Kesehatan dalam Memelihara Kemitraan di Desa Siaga Aktif Mandiri. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 5(2), 2381–2389. <https://doi.org/10.31539/joting.v5i2.7412>