

IMPLEMENTASI PERATURAN PRESIDEN RI NOMOR 67 TAHUN 2021 TENTANG PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS (TBC) DI PUSKESMAS KALIJUDAN

Adinda Sakina Putri^{1)*}

¹Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Airlangga

Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

adinda.sakina.putri-2023@fisip.unair.ac.id

ABSTRAK

Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 mengamanatkan kolaborasi lintas sektor sebagai strategi utama untuk mencapai eliminasi Tuberkulosis (TBC) di Indonesia. Namun, implementasi kebijakan ini di tingkat garda terdepan menghadapi berbagai tantangan kompleks. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis secara mendalam proses, dinamika, dan faktor-faktor yang memengaruhi implementasi kebijakan tersebut dengan mengambil studi kasus di Puskesmas Kalijudan, Surabaya. Menggunakan pendekatan kualitatif studi kasus, data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumen, kemudian dianalisis dengan kerangka teori implementasi kebijakan dari George C. Edward III yang meliputi empat variabel: Komunikasi, Sumber Daya, Disposisi, dan Struktur Birokrasi. Hasil penelitian menunjukkan adanya dualisme kinerja yang signifikan: angka keberhasilan pengobatan pasien sangat tinggi dan melampaui target, namun angka penemuan kasus baru secara konsisten rendah. Keberhasilan pengobatan didukung oleh kekuatan internal Puskesmas, seperti disposisi tim yang positif dan struktur kerja kuratif yang mapan. Sebaliknya, tantangan dalam penemuan kasus berakar pada kombinasi faktor penghambat, yaitu (1) sumber daya manusia yang terkuras oleh beban kerja klinis dan penanganan pasien tidak patuh; (2) disposisi pasif dari mitra eksternal yang diperparah oleh stigma di masyarakat; dan yang paling fundamental, (3) ketiadaan struktur birokrasi formal yang menjadi landasan hukum bagi kerja sama lintas sektor. Kesimpulan utama sekaligus kontribusi teoretis dari penelitian ini adalah bahwa dalam konteks kolaborasi multisektor, Struktur Birokrasi berfungsi sebagai prasyarat fundamental. Tanpa adanya aturan yang jelas dan melembaga, efektivitas faktor lain seperti komunikasi yang baik dan disposisi yang mendukung menjadi terbatas, sehingga gagal mentransformasi pemahaman menjadi aksi kolektif yang terpadu dan berkelanjutan.

Kata kunci: Implementasi Kebijakan, Tuberkulosis (TBC), Kolaborasi Lintas Sektor, Struktur Birokrasi, Puskesmas

ABSTRACT

Presidential Regulation Number 67 of 2021 mandates cross-sector collaboration as the main strategy to achieve Tuberculosis (TB) elimination in Indonesia. However, the implementation of this policy at the forefront level faces various complex challenges. This study aims to analyze in depth the process, dynamics, and factors that influence the implementation of the policy by taking a case study at the Kalijudan Health Center, Surabaya. Using a qualitative case study approach, data were collected through in-depth interviews, observations, and document studies, then analyzed using the theoretical framework of policy implementation from George C. Edward III which includes four variables: Communication, Resources, Disposition, and Bureaucratic Structure. The results of the study indicate a significant dualism in performance: the success rate of patient treatment is very high and exceeds the target, but the number of new case findings is consistently low. The success of treatment is supported by the internal strengths of the Health Center, such as a positive team disposition and an established curative work structure. Conversely, innovation in case finding is destroyed by a combination of inhibiting factors, namely (1) human resources that are drained by clinical workload and handling of non-compliant patients; (2) passive disposition of external partners exacerbated by stigma in society; and most fundamentally, (3) the absence of a formal bureaucratic structure that serves as a legal basis for cross-sector collaboration. The main conclusion

and theoretical contribution of this study is that in the context of multi-sector collaboration, Bureaucratic Structure functions as a fundamental prerequisite. Without clear and institutionalized rules, the effectiveness of other factors such as good communication and supportive disposition becomes limited, thus failing to transform understanding into integrated and sustainable collective action.

Keyword: Policy Implementation, Tuberculosis (TB), Cross-Sector Collaboration, Bureaucratic Structure, Health Centers

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak fundamental bagi seluruh masyarakat dan menjadi elemen penting dalam upaya meningkatkan kesejahteraan masyarakat sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia. Pemerintah telah melakukan langkah-langkah untuk memperkuat sistem layanan kesehatan guna meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Terdapat lima langkah yang ditempuh dalam upaya memperkuat layanan kesehatan, termasuk peningkatan akses layanan, peningkatan mutu fasilitas penyelenggara layanan dan sumber daya kesehatan, regionalisasi rujukan di semua tingkat, penguatan peran instansi kesehatan daerah, serta koordinasi lintas sektor (Mayditanian, 2023). Tuberkulosis (TBC) masih menjadi salah satu tantangan kesehatan masyarakat terbesar di dunia dan di Indonesia. Indonesia menempati posisi kedua sebagai negara dengan beban TBC tertinggi di dunia setelah India, yang menunjukkan bahwa penyakit ini merupakan prioritas utama kesehatan nasional. Sebagai respons strategis dan wujud komitmen tinggi pemerintah dalam mengakhiri epidemi TBC pada tahun 2030, Presiden Republik Indonesia telah menetapkan Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. Peraturan ini menjadi landasan hukum yang kuat dan komprehensif, yang mengamankan percepatan penanggulangan TBC melalui pendekatan multisektoral, tidak hanya berpusat pada aspek medis tetapi juga melibatkan lintas kementerian/lembaga, pemerintah daerah, hingga seluruh komponen masyarakat. Menurut Kemenkes RI ada sekitar 48 negara yang telah masuk kedalam daftar *High Burden Country* (HBC). Negara Indonesia telah masuk kedalam daftar tersebut, yang demikian artinya Negara Indonesia mempunyai masalah yang besar dalam menghadapi penyakit TBC (Kumalasari & Prabawati, 2021).

Penyakit TBC Paru atau TBC mudah menyebar melalui udara ketika penderita batuk, sehingga orang di sekitarnya rentan terinfeksi. Faktor lingkungan seperti ventilasi, kepadatan hunian, pencahayaan, dan kelembaban, serta perilaku seperti kebiasaan merokok dan tidak menutup mulut saat batuk atau bersin, dapat mempengaruhi risiko penyebaran TBC. Penyakit TBC adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang mana menyerang saluran pernafasan bagian bawah dengan tidak ditemukan gejala atau keluhan sampai timbul gejala seperti batuk yang lebih dari 2 minggu atau lebih yang dapat diikuti dengan keluhan batuk berdarah hingga berdarah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa aktivitas fisik, dan demam disertai meriang lebih dari satu bulan (Hasina, 2020). Terdapat dua jenis infeksi TBC berdasarkan tingkat keparahannya, yaitu (Pusat Layanan Kesehatan, 2022):

a. TBC Laten

TBC laten terjadi ketika seseorang memiliki bakteri TBC di tubuhnya, tetapi sistem imun tubuh berhasil mencegah bakteri tersebut agar tidak menyebar. Penderita TBC laten tidak memiliki gejala apa pun dan tidak menular. Meskipun demikian, infeksi tetap ada dalam tubuh dan bisa menjadi aktif di masa depan. Beberapa faktor risiko yang bisa memicu TBC laten menjadi aktif adalah apabila penderita mengidap HIV, mengalami infeksi dalam 2 tahun terakhir, hasil rontgen dada yang menunjukkan kondisi tidak biasa, atau sistem kekebalan yang tiba-tiba melemah.



b. TBC Aktif

TBC aktif terjadi ketika bakteri TBC berkembang biak, menyebabkan gejala, dan membuat penderita sakit. TBC aktif juga bisa menyebar ke orang lain. Sebanyak 90% kasus TBC aktif pada orang dewasa berasal dari infeksi TBC laten. Infeksi TBC, baik laten maupun aktif, juga dapat resisten terhadap obat, yang berarti obat tertentu tidak efektif melawan bakteri.

Gejala TBC yang umum dialami oleh pasien TBC paru antara lain: batuk terus-menerus (berdahak maupun tidak berdahak); demam dan meriang dalam jangka waktu yang panjang; sesak napas dan nyeri dada; berat badan menurun; batuk dengan dahak yang terkadang bercampur darah; nafsu makan yang menurun; berkeringat di malam hari meskipun tanpa melakukan kegiatan. Bakteri TBC ditularkan melalui *droplet* yang terinfeksi di udara. Ketika *droplet* ini masuk ke udara, siapa pun di dekatnya dapat menghirupnya. Seseorang dengan TBC dapat menularkan bakteri melalui bersin, batuk, berbicara, dan bernyanyi. Pengobatan TBC terdiri dari dua tahap yaitu tahap awal atau intensif, dimana tahap ini berlangsung sejak pasien memulai pengobatan hingga 2 bulan.. Tahap selanjutnya adalah tahap lanjutan, dimana tahap ini berlangsung dari bulan ke-2 hingga bulan ke-6 atau lebih, tergantung pada kondisi pasien (Pusat Layanan Kesehatan, 2022). Kasus TBC di Indonesia diperkirakan sebanyak 969.000 kasus TBC (satu orang setiap 33 detik). Angka ini naik 17% dari tahun 2020, yaitu sebanyak 824.000 kasus. Insidensi kasus TBC di Indonesia adalah 354 per 100.000 penduduk, yang artinya setiap 100.000 orang di Indonesia terdapat 354 orang di antaranya yang menderita TBC. Dari total 969.000 estimasi kasus TBC yang ada di Indonesia, kasus yang ditemukan hanya sebesar 443.235 (45,7%) kasus saja, sedangkan ada 525.765 (54,3%) kasus lainnya belum ditemukan dan dilaporkan. Pada tahun 2020, jumlah kasus yang belum ditemukan adalah sebanyak 430.667 kasus. Artinya terjadi peningkatan jumlah kasus yang belum ditemukan secara signifikan. Sedangkan capaian penemuan kasus meningkat dari tahun 2020 yang sebanyak 393.323 kasus (Yayasan KNCV Indonesia, 2022).

Upaya penanggulangan tuberkulosis (TBC) di Indonesia didasarkan pada kerangka kebijakan yang berlapis dan komprehensif. Secara praktis, intervensi yang dilakukan mencakup promosi kesehatan, surveilans, pengendalian risiko, penanganan kasus, imunisasi, dan pengobatan preventif. Landasan hukum untuk tindakan-tindakan ini sudah ada sejak lama melalui UU Kesehatan dan Permenkes Nomor 67 Tahun 2016. Lebih lanjut, komitmen ini juga telah diintegrasikan ke dalam dokumen perencanaan strategis nasional seperti RPJMN 2020-2024 dan Renstra Kemenkes. Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 kemudian diterbitkan untuk memperkuat arsitektur regulasi yang sudah ada. Peran utamanya adalah memberikan mandat yang lebih tinggi untuk mengatasi tantangan koordinasi lintas kementerian/lembaga, sebuah masalah fundamental dalam sistem kesehatan Indonesia yang terdesentralisasi. Berdasarkan Perpres Nomor 67 Tahun 2021, Penanggulangan TBC adalah segala upaya kesehatan yang mengupayakan aspek promotif dan preventif tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif untuk melindungi kesehatan masyarakat, menurunkan angka kesakitan, kecacatan atau kematian, memutuskan penularan, mencegah resistensi obat TBC, dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan akibat TBC. Meskipun Perpres Nomor 67 Tahun 2021 telah memberikan kerangka kerja yang ideal, proses implementasinya di lapangan seringkali menghadapi berbagai tantangan. Adanya sebuah peraturan tidak secara otomatis menjamin keberhasilannya. Terdapat kesenjangan (*gap*) antara kebijakan yang dirancang di tingkat pusat dengan realitas di tingkat operasional seperti Puskesmas. Tantangan ini dapat berupa keterbatasan sumber daya manusia, kendala sarana dan prasarana, tingkat pemahaman staf kesehatan yang bervariasi terhadap detail peraturan baru, hingga faktor eksternal seperti tingkat kesadaran dan stigma di masyarakat.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) memegang peranan vital sebagai ujung tombak (*garda terdepan*) dalam implementasi kebijakan kesehatan di tingkat komunitas. Keberhasilan program penanggulangan TBC secara nasional sangat bergantung pada efektivitas pelaksanaan strategi di tingkat



layanan primer ini. Puskesmas bertanggung jawab penuh atas kegiatan penemuan kasus secara aktif dan pasif, diagnosis, pengobatan hingga tuntas dengan pendampingan, serta kegiatan promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Oleh karena itu, memastikan Perpres Nomor 67 Tahun 2021 terimplementasi dengan baik di tingkat Puskesmas adalah kunci untuk mencapai target eliminasi TBC. Puskesmas Kalijudan, sebagai salah satu fasilitas kesehatan primer di wilayah perkotaan yang padat penduduk, menghadapi dinamika permasalahan yang kompleks dalam penanggulangan TBC. Oleh karena itu, menjadi krusial untuk memahami secara mendalam bagaimana Perpres Nomor 67 Tahun 2021 diterjemahkan dan dijalankan dalam konteks spesifik di Puskesmas Kalijudan.

Salah satu faktor yang menentukan keberhasilan suatu kebijakan atau program adalah proses implementasinya. Implementasi kebijakan melibatkan serangkaian aktivitas yang menjadi tanggung jawab pihak terkait untuk mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam kebijakan tersebut (Ulfa & Mardiana, 2021). Untuk mengukur sejauh mana implementasi Penanggulangan TBC di Puskesmas Kalijudan dapat berhasil, perlu dilakukan analisis menggunakan beberapa variabel yang dijelaskan dalam Teori Implementasi oleh George C. Edward III. (Edward III, 1980) berpendapat bahwa keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel krusial: **komunikasi, sumber daya, disposisi (sikap pelaksana), dan struktur birokrasi**. Kerangka ini sangat relevan untuk membedah tantangan kolaborasi lintas sektor dalam penanggulangan TBC di tingkat Puskesmas. **Komunikasi** akan menguji apakah mandat kolaborasi dalam Perpres Nomor 67 Tahun 2021 tersampaikan dengan jelas dan konsisten, tidak hanya kepada Puskesmas tetapi juga kepada mitra di kecamatan atau kelurahan. **Sumber daya** akan mengeksplorasi ketersediaan anggaran, staf, dan waktu yang dialokasikan oleh semua pihak untuk kegiatan bersama. Variabel **disposisi** menjadi sangat penting untuk mengungkap sikap atau kehendak para pelaksana di berbagai sektor—apakah mereka mendukung, acuh, atau bahkan menolak kolaborasi ini karena adanya ego sektoral. Terakhir, **struktur birokrasi** akan menganalisis apakah terdapat Standar Operasional Prosedur (SOP) yang jelas atau mekanisme formal yang memfasilitasi kerja sama lintas sektor tersebut. Dengan menggunakan lensa teori Edward III, penelitian ini tidak hanya mengungkap apa yang terjadi di lapangan, tetapi juga secara sistematis menganalisis mengapa kolaborasi lintas sektor di Puskesmas Kalijudan berjalan efektif atau justru terhambat.

Penelitian serupa dilakukan oleh (Putriady, 2022) dengan judul Implementasi Kebijakan Pemerintah Permenkes Nomor 67 Tahun 2016 dalam Penanggulangan Tuberkulosis di Kota Medan. Hal yang membedakan adalah perbedaan waktu, tempat, dan variabel penelitian. Penelitian ini menggunakan variabel dari teori implementasi dari George C. Edward III, sedangkan Putriady menggunakan studi literature. Selain itu, penelitian Putriady dilakukan di Kota Medan, sedangkan penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kalijudan Kota Surabaya. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis secara kritis dan mendalam proses implementasi kebijakan kolaborasi lintas sektor berdasarkan Perpres Nomor 67 Tahun 2021 di Puskesmas Kalijudan, dengan mengidentifikasi faktor-faktor determinan yang memengaruhinya. Berdasarkan latar belakang dan identifikasi celah penelitian, maka fokus permasalahan dalam penelitian ini dirumuskan sebagai berikut: Bagaimana proses, dinamika, serta faktor-faktor yang memengaruhi implementasi kebijakan kolaborasi lintas sektor berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis di Puskesmas Kalijudan?

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis penelitian studi kasus. Pendekatan kualitatif dipilih karena bertujuan untuk memahami secara mendalam, kaya, dan holistik fenomena implementasi kebijakan di konteks alaminya. Jenis studi kasus digunakan untuk melakukan



eksplorasi mendalam terhadap sebuah sistem yang terikat (*bounded system*), yaitu proses implementasi Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 yang berfokus pada kolaborasi lintas sektor di Puskesmas Kalijudan. Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Kalijudan, Surabaya pada bulan April hingga Mei 2024. Pemilihan lokasi ini didasarkan pada pertimbangan bahwa Puskesmas merupakan unit operasional terdepan (garda terdepan) dalam implementasi kebijakan penanggulangan TBC. Sebagai puskesmas di wilayah perkotaan, Puskesmas Kalijudan menghadapi dinamika yang kompleks dan relevan untuk diteliti, terutama terkait interaksi dengan berbagai pemangku kepentingan di sekitarnya.

Subjek dalam penelitian ini adalah proses implementasi kebijakan penanggulangan TBC yang berbasis pada kolaborasi lintas sektor di Puskesmas Kalijudan. Informan penelitian dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu memilih individu yang dianggap memiliki pengetahuan, pengalaman, dan perspektif yang kaya serta relevan dengan topik penelitian. Informan terdiri dari:

1. 1 orang Penanggung Jawab Program TBC dan 1 orang Petugas Promosi Kesehatan yang memiliki pengalaman atau keterlibatan dalam program penanggulangan TBC atau kebijakan kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Kalijudan minimal selama 1 (satu) tahun setelah Perpres Nomor 67 Tahun 2021 diterbitkan.
2. 1 orang Perwakilan dari pemerintah tingkat kecamatan yang wilayahnya menjadi cakupan Puskesmas, serta tokoh masyarakat atau Ketua RW yang aktif terlibat dalam kegiatan kesehatan.
3. 2 orang Kader TBC yang telah lama bertugas dan memiliki pemahaman mendalam mengenai interaksi antara Puskesmas dan masyarakat.

Untuk memperoleh data yang komprehensif dan mendalam, peneliti menggunakan tiga teknik pengumpulan data utama:

1. Wawancara Mendalam (*In-depth Interview*): Wawancara semi-terstruktur dilakukan dengan seluruh informan untuk menggali informasi terkait pengalaman, persepsi, dan tantangan dalam implementasi Perpres Nomor 67 Tahun 2021. Pedoman wawancara disusun berdasarkan empat variabel dari teori implementasi kebijakan Edwards III (komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi) untuk memandu jalannya diskusi.
2. Observasi: Peneliti melakukan observasi non-partisipan untuk mengamati proses kerja sehari-hari di Puskesmas dan interaksi antar-petugas. Observasi ini bertujuan untuk menangkap data kontekstual yang mungkin tidak terungkap melalui wawancara.
3. Studi Dokumentasi: Peneliti mengumpulkan dan menganalisis dokumen-dokumen yang relevan, seperti Standar Operasional Prosedur (SOP) terkait penanganan TBC, laporan bulanan program TBC, serta surat edaran atau dokumen lain yang berkaitan dengan implementasi Perpres Nomor 67 Tahun 2021.

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan secara kualitatif melalui model analisis interaktif yang dikembangkan oleh Miles, Huberman, dan Saldana. Proses ini mencakup tiga alur kegiatan yang simultan yaitu (1) Kondensasi Data (*Data Condensation*), yaitu proses memilih, memfokuskan, menyederhanakan, dan mengabstraksikan data mentah dari transkrip wawancara, catatan lapangan, dan dokumen; (2) Penyajian Data (*Data Display*), yaitu menyajikan data yang telah dikondensasi ke dalam bentuk narasi terstruktur, matriks, atau bagan untuk memudahkan pemahaman dan melihat pola hubungan antar-data; dan (3) Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi (*Conclusion Drawing/Verifying*) yaitu menarik kesimpulan sementara dari data yang disajikan, yang kemudian diverifikasi secara terus-menerus dengan data baru hingga diperoleh kesimpulan yang kredibel (Miles et al., 2014). Seluruh data yang telah dianalisis kemudian diinterpretasikan menggunakan lensa teori implementasi kebijakan George C. Edward III untuk menjawab pertanyaan penelitian secara sistematis. Untuk menjaga

keabsahan data, peneliti menggunakan teknik triangulasi sumber (membandingkan data dari berbagai informan) dan triangulasi metode (membandingkan data dari wawancara, observasi, dan dokumen).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum Kinerja Program Penanggulangan TBC di Puskesmas Kalijudan

Puskesmas Kalijudan, sebagai salah satu garda terdepan pelayanan kesehatan di Surabaya Timur, menunjukkan komitmen dalam upaya pencegahan dan pengendalian TBC melalui pembentukan Tim TB DOTS. Kinerja program selama dua tahun terakhir menunjukkan sebuah pola yang signifikan, yang menjadi dasar untuk analisis lebih lanjut.

Tabel 1. Data capaian program selama periode 2022-2023.

Indikator Kinerja	Tahun 2022	Tahun 2023
Penemuan Kasus		
Target	139	145
Realisasi	75	69
Capaian Penemuan (%)	54,0%	47,6%
Keberhasilan Pengobatan		
Target	27	48
Realisasi	30	54
Capaian Kesembuhan (%)	111,1%	112,5%

Sumber: Laporan Tahunan Program TBC Puskesmas Kalijudan, diolah 2024

Berdasarkan laporan tahunan Puskesmas menunjukkan sebuah pola yang menarik. Pada tahun 2022, Puskesmas Kalijudan melaporkan penemuan dan pengobatan 75 kasus TBC dari target sebanyak 139 pasien (capaian 54%). Walaupun jumlah penemuan kasus tidak mencapai target, capaian ini disertai dengan tingkat keberhasilan pengobatan (*success rate*) yang menggembirakan, di mana 30 pasien dinyatakan sembuh, melebihi target 27 pasien (capaian 111%). Pola serupa berlanjut pada tahun 2023. Meskipun jumlah kasus TBC yang ditemukan dan diobati sedikit menurun menjadi 69 pasien dari target 145 pasien (capaian 48%), Puskesmas Kalijudan justru mengalami peningkatan yang lebih signifikan dalam tingkat keberhasilan pengobatan. Dari 48 pasien yang ditargetkan untuk sembuh, sebanyak 54 pasien berhasil pulih (capaian 112,5%). Data ini mengindikasikan adanya dua fenomena yang kontras: Mengapa Puskesmas Kalijudan sangat efektif dalam mengobati pasien tetapi kurang efektif dalam menemukan kasus baru? Penemuan kasus TBC menjadi fokus utama dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru (P2TB) di Puskesmas Kalijudan. Berbagai kegiatan seperti penyuluhan keliling, investigasi kontak erat, hingga skrining aktif telah dijalankan. Namun, data menunjukkan bahwa upaya ini belum cukup optimal untuk mencapai target penemuan kasus. Kesenjangan inilah yang menjadi inti analisis dalam penelitian ini, di mana keberhasilan suatu kebijakan diukur dari proses implementasinya. Untuk menjawab pertanyaan tersebut, analisis mendalam dilakukan terhadap proses implementasi kebijakan kolaborasi lintas sektor yang diamanatkan oleh Perpres Nomor 67 Tahun 2021, menggunakan empat variabel dari teori Edward III.

Analisis Implementasi Kebijakan Berdasarkan Teori George C. Edward III

1. **Komunikasi:** Variabel komunikasi mengukur sejauh mana perintah, tujuan, dan detail kebijakan tersampaikan secara jelas, akurat, dan konsisten kepada para pelaksana.

Dari hasil wawancara, ditemukan bahwa komunikasi secara internal di dalam Puskesmas Kalijudan berjalan sangat efektif. Tim TB DOTS memiliki pemahaman yang solid mengenai SOP pengobatan, alur pelaporan, dan target kesembuhan. Kepala Puskesmas secara rutin melakukan evaluasi internal. Komunikasi secara eksternal kepada mitra lintas sektor juga menunjukkan hasil yang positif. Adanya forum seperti lokakarya mini bulanan di tingkat kecamatan dan kelurahan telah dimanfaatkan secara optimal oleh Puskesmas untuk menyosialisasikan pentingnya peran serta dalam penemuan kasus TBC. Seorang informan dari pihak kelurahan menyatakan:

Oh, kalau sosialisasi dari Puskesmas sudah sering dan jelas sekali. Kami paham betul pentingnya cari penderita TBC dan bagaimana alurnya. Di setiap rapat koordinasi, selalu diingatkan oleh Penanggungjawab (PJ) TBC. Masalahnya bukan di kami tidak tahu, tapi lebih ke teknis di lapangannya nanti.

Temuan ini adalah sebuah hal yang unik dalam kajian pelaksanaan kebijakan. Faktor komunikasi, yang biasanya menjadi penyebab utama kegagalan sebuah program, ternyata di Puskesmas Kalijudan justru sudah berjalan dengan baik. Pesan tentang pentingnya penanggulangan TBC dan perlunya kerja sama dari berbagai pihak (seperti kecamatan dan kelurahan) sudah diterima dan dipahami dengan jelas. Namun, hal yang menarik adalah temuan ini justru menunjukkan ada masalah lain yang lebih besar dalam sistem pelaksanaannya. Ini membuktikan anggapan dalam teori pelaksanaan kebijakan bahwa keempat faktor (komunikasi, sumber daya, sikap pelaksana, dan struktur birokrasi) saling terkait erat. Keberhasilan pada satu faktor tidak menjamin program akan berhasil jika faktor lainnya masih lemah. Kekuatan di satu bidang bisa menjadi tidak berarti karena kelemahan di bidang lain. Dalam kasus ini, komunikasi yang baik telah berhasil menciptakan pemahaman di tingkat pengetahuan saja. Artinya, para mitra seperti pihak kelurahan atau kecamatan sudah tahu dan paham apa yang diharapkan dari mereka. Namun, pemahaman ini tidak berubah menjadi tindakan nyata secara bersama-sama karena terhalang oleh berbagai kendala di lapangan.

2. **Sumber Daya:** Sumber daya mencakup aspek staf (jumlah dan keahlian), anggaran, fasilitas, dan informasi yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan.

Saat ini, jumlah petugas Tim TB DOTS di Puskesmas Kalijudan sebanyak 7 orang yang terdiri dari:

- a. 1 Dokter yang bertugas mendiagnosa dan terapi pada pasien TBC;
- b. 1 Perawat dan 1 Bidan yang bertugas membuat jadwal kunjungan pengambilan obat TBC;
- c. 1 Petugas Laboratorium yang bertugas untuk *follow up* hasil pengobatan melalui pemeriksaan dahak;
- d. 1 Apoteker yang bertugas menyediakan dan mengelola Obat Anti Tuberkulosis (OAT);
- e. 1 Petugas Administrasi yang bertanggung jawab untuk mengelola berbagai kegiatan administratif di Puskesmas, termasuk administrasi pendaftaran pasien, pengelolaan data pasien, pengaturan jadwal konsultasi, dan pemeliharaan catatan medis;
- f. Kader TBC yang bertugas melakukan kunjungan rumah ke pasien TBC untuk memastikan kepatuhan terhadap pengobatan, memberikan informasi tentang penyakit TBC, membantu dalam penyebaran informasi tentang pencegahan TBC kepada masyarakat, dan memberikan dukungan emosional kepada pasien dan

keluarga mereka, serta membantu dalam pemantauan dan pelaporan kasus TBC ke Puskesmas.

Dalam penelitian ini ditemukan salah satu hambatan paling signifikan dalam implementasi lintas sektor terletak pada keterbatasan sumber daya manusia, khususnya dalam hal kapasitas dan beban kerja. Secara kuantitas, jumlah Tim TB DOTS di Puskesmas Kalijudan mungkin terlihat cukup di atas kertas. Namun, secara kualitas, tim ini menanggung beban kerja yang sangat berat. Tugas mereka mencakup seluruh spektrum manajemen pasien: memastikan kepatuhan minum obat harian, memantau efek samping, melakukan konseling, melakukan investigasi kontak dari pasien yang sudah ada, hingga menyelesaikan tuntutan administrasi dan pelaporan yang detail dan menyita waktu. Temuan sentral di lapangan adalah bahwa sebagian besar waktu dan energi Tim TB DOTS habis untuk melakukan pengawasan dan penanganan intensif terhadap pasien yang menunjukkan tanda-tanda ketidakpatuhan atau berisiko putus berobat. Kegiatan ini mencakup kunjungan rumah (Kunjungan Rumah/KR) yang berulang kali, konseling persuasif kepada pasien dan keluarga, serta koordinasi terus-menerus dengan Pengawas Minum Obat (PMO) keluarga. Upaya ini jauh lebih intensif dibandingkan penanganan pasien yang patuh. Seorang petugas dari Tim TB DOTS menggambarkan kondisi ini secara gamblang:

Bagi kami, setiap pasien itu penting. Kalau ada yang mulai kendur semangatnya minum obat, kami anggap itu prioritas. Kami coba datang, bicara dari hati ke hati dengan pasien dan keluarganya. Memang butuh waktu dan tenaga ekstra, tapi melihat mereka mau melanjutkan pengobatan lagi itu kepuasan tersendiri.

Temuan ini secara langsung menjelaskan paradoks kinerja di Puskesmas Kalijudan. Angka keberhasilan pengobatan yang tinggi adalah buah dari dedikasi tim yang mencurahkan seluruh waktu dan energi mereka untuk merawat pasien yang sudah teridentifikasi. Ini menunjukkan bahwa tingginya angka keberhasilan pengobatan di Puskesmas Kalijudan adalah cerminan langsung dari dedikasi dan profesionalisme Tim TB DOTS. Mereka tidak hanya menjalankan tugas, tetapi juga menunjukkan komitmen mendalam untuk memastikan setiap pasien memiliki peluang terbaik untuk sembuh. Mereka secara sadar memprioritaskan penanganan intensif bagi pasien yang berisiko, dan investasi waktu serta energi ini terbukti sangat berhasil dalam menyelamatkan pasien dari risiko putus berobat dan mencapai target kesembuhan. Fokus yang intensif pada penanganan pasien ini secara alamiah memengaruhi alokasi waktu untuk kegiatan lain, khususnya dalam hal penemuan kasus baru secara proaktif di masyarakat. Hal ini bukanlah sebuah kelalaian, melainkan sebuah pilihan strategis yang diambil dalam kondisi sumber daya yang ada, di mana menjaga keberhasilan pengobatan pasien yang sudah dalam penanganan menjadi prioritas utama. Ini adalah bukti bahwa tim mampu mengelola sumber daya yang ada untuk mendapatkan hasil maksimal pada salah satu indikator terpenting, yaitu kesembuhan.

Kondisi ini sekaligus menyoroti sebuah peluang besar untuk penguatan sistem penanggulangan TBC berbasis masyarakat, sejalan dengan semangat Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021. Beban untuk memastikan kepatuhan pasien, yang saat ini banyak ditopang oleh tim Puskesmas, sesungguhnya dapat menjadi area kolaborasi yang produktif. Dengan memberdayakan kader atau tokoh masyarakat melalui sebuah struktur yang lebih formal, tugas pengawasan kepatuhan dapat dibagi. Hal ini tidak hanya akan meringankan beban Tim Puskesmas, tetapi juga akan memungkinkan para ahli di Puskesmas untuk lebih mengoptimalkan peran mereka dalam kegiatan yang membutuhkan keahlian klinis lebih tinggi,

seperti penemuan kasus secara aktif dan penatalaksanaan medis. Dengan demikian, penguatan dukungan dari komunitas akan menjadi langkah strategis untuk menyeimbangkan keberhasilan pengobatan dengan peningkatan penemuan kasus di masa depan tugas wajib harian.

3. Disposisi (Sikap Pelaksana): Disposisi berkaitan dengan sikap, kehendak, dan komitmen para pelaksana untuk menjalankan kebijakan.

Faktor disposisi atau sikap adalah salah satu penentu paling penting dalam keberhasilan sebuah program. Disposisi ini tidak hanya menyangkut sikap para petugas yang menjalankan kebijakan, tetapi juga sikap dan pandangan masyarakat yang menjadi sasaran dari kebijakan tersebut. Dalam penelitian ini, ditemukan ada dua sisi disposisi yang sangat memengaruhi jalannya program penanggulangan TBC di Puskesmas Kalijudan. Temuan di lapangan menunjukkan adanya perbedaan sikap yang jelas antara pelaksana internal (Puskesmas) dan eksternal (mitra lintas sektor). Tim TB DOTS Puskesmas Kalijudan menunjukkan sikap yang sangat positif, proaktif, dan penuh komitmen. Mereka melihat penanggulangan TBC sebagai tugas utama yang harus dijalankan dengan sebaik-baiknya. Sikap inilah yang menjadi mesin pendorong di balik tingginya angka kesembuhan pasien.

Di sisi lain, mitra dari sektor lain seperti pihak kecamatan dan kelurahan menunjukkan sikap yang mendukung, namun cenderung pasif. Artinya, mereka tidak menolak program dan bersedia membantu jika diminta secara langsung oleh Puskesmas. Namun, jarang sekali muncul inisiatif dari pihak mereka untuk memulai kegiatan terkait TBC. Sikap pasif dari mitra lintas sektor ini bukan disebabkan oleh penolakan, melainkan lebih karena beberapa hal. Pertama, setiap instansi memiliki tugas pokok dan target kinerjanya masing-masing, di mana program TBC seringkali tidak termasuk sebagai prioritas utama mereka. Kedua, masih ada pandangan yang kuat bahwa masalah kesehatan adalah domain atau ‘urusan’ sektor kesehatan (Puskesmas).

Akibatnya, Puskesmas harus selalu menjadi pihak yang ‘mengetuk pintu’ lebih dulu untuk mengajak kerja sama. Meskipun pintu tersebut selalu terbuka, proses ini membutuhkan energi dan waktu ekstra dari tim Puskesmas yang sumber dayanya sudah terbatas. Kondisi ini menyoroti perlunya sebuah dorongan kebijakan yang lebih tinggi (misalnya dari pemerintah kota) untuk menjadikan penanggulangan TBC sebagai tanggung jawab bersama yang terukur, bukan hanya dukungan sukarela. Selain sikap para pelaksana, tantangan besar lainnya datang dari disposisi masyarakat itu sendiri, yang sangat dipengaruhi oleh adanya stigma negatif terhadap penyakit TBC. Stigma ini muncul dalam berbagai bentuk, seperti anggapan bahwa TBC adalah penyakit memalukan (aib), penyakit kutukan, atau penyakit yang hanya menyerang kalangan ekonomi bawah. Pandangan keliru ini menimbulkan rasa takut untuk berinteraksi dengan pasien dan keluarganya, sehingga stigma ini menciptakan penghalang ganda bagi keberhasilan program. Akibatnya, warga yang mengalami gejala TBC (seperti batuk lama) cenderung menyembunyikan kondisinya karena takut dikucilkan atau dianggap sebagai aib keluarga. Sehingga, mereka terlambat mencari pengobatan, dan penemuan kasus oleh petugas menjadi lebih sulit. Selain itu, pasien yang sedang menjalani pengobatan seringkali merasa malu. Rasa malu ini dapat menyebabkan mereka kurang disiplin minum obat, terutama jika tidak ada dukungan penuh dari keluarga dan lingkungan. Stigma menjadi salah satu alasan utama di balik ketidakpatuhan pasien.

Stigma itu masih kental sekali. Masih banyak yang anggap ini penyakit ‘aib’, penyakit orang susah, atau malah ada yang bilang kena guna-guna. Jadi kalau ada warga batuk-batuk lama, mereka itu cenderung sembunyi, takut ketahuan tetangga. Malu, Bu.

Mending diam-diam beli obat batuk di warung sampai parah. Nanti kalau sudah terpaksa ke Puskesmas pun, mereka maunya jangan sampai ada yang tahu.

Stigma di masyarakat ini menjadi tantangan sosial yang tidak bisa diselesaikan oleh Puskesmas sendirian. Upaya penyuluhan kesehatan yang dilakukan Puskesmas memang penting, tetapi untuk mengubah keyakinan dan norma sosial yang sudah lama ada, diperlukan pendekatan yang lebih luas. Ini adalah sebuah peluang besar untuk menerapkan kolaborasi lintas sektor yang sesungguhnya, sesuai amanat Perpres No. 67 Tahun 2021. Upaya melawan stigma akan jauh lebih efektif jika melibatkan pihak-pihak yang memiliki keahlian dalam komunikasi sosial dan dipercaya oleh masyarakat, seperti tokoh agama, tokoh masyarakat, organisasi kepemudaan (Karang Taruna), dan PKK. Dengan bekerja sama, mereka dapat merancang pesan dan kegiatan yang lebih menyentuh budaya dan kebiasaan masyarakat setempat, sehingga secara perlahan pandangan negatif terhadap TBC dapat diubah menjadi sikap yang mendukung dan peduli.

4. **Struktur Birokrasi:** Struktur birokrasi mencakup mekanisme kerja formal yang memungkinkan berbagai pihak bekerja sama untuk menyelesaikan masalah yang kompleks.

Di dalam lingkungan Puskesmas Kalijudan sendiri, strukturnya sudah sangat kuat dan teratur. Hal ini terlihat dari adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) untuk program DOTS yang dijalankan dengan disiplin oleh Tim TBC. Alur kerja untuk pasien, mulai dari diagnosis, pencatatan, pemberian obat, hingga pemantauan sudah sangat jelas. Struktur internal yang rapi inilah yang menjadi salah satu kunci mengapa angka keberhasilan pengobatan pasien sangat tinggi. Namun, kondisi yang bertolak belakang terjadi ketika melihat struktur kerja sama dengan pihak di luar Puskesmas. Penelitian ini menemukan bahwa tidak ada sebuah struktur formal yang menjadi payung hukum bagi kolaborasi lintas sektor dalam penanggulangan TBC di tingkat lokal. Tidak ada Peraturan Walikota (Perwali) turunan atau petunjuk teknis yang secara spesifik mengatur bagaimana Puskesmas, kecamatan, dan kelurahan harus bekerja sama.

Kelemahan struktur ini paling terlihat jelas saat membahas masalah akar penyebab TBC, yaitu kondisi lingkungan. Temuan di lapangan menunjukkan bahwa masih banyak rumah warga di wilayah Puskesmas Kalijudan yang tidak memenuhi syarat rumah sehat (misalnya, lembab, kurang ventilasi, dan kurang pencahayaan matahari).

Paling yang bisa kami lakukan adalah memberikan penyuluhan kepada warga untuk membuka jendela atau menjemur kasur. Secara kelembagaan, kami bisa membuat laporan atau surat ke dinas terkait, tapi itu sifatnya hanya pemberitahuan, bukan bagian dari sebuah program bersama yang terstruktur dan ada tindak lanjutnya. Akibatnya ya seperti ini terus, Bu. Kami hanya bisa mengobati orang yang sakit, tapi tidak bisa berbuat banyak untuk memperbaiki 'pabrik'-nya yang terus memproduksi penyakit.

Puskesmas, melalui data pasiennya, mampu mengidentifikasi daerah-daerah dengan banyak rumah berisiko tinggi yang dapat menjadi sumber penularan. Namun, Puskesmas tidak punya wewenang atau kemampuan untuk memperbaiki rumah tersebut. Solusi masalah ini seharusnya ada pada kerja sama terstruktur dengan dinas lain, seperti Dinas Perumahan Rakyat atau Dinas Sosial. Tanpa adanya 'jembatan' birokrasi yang resmi untuk menghubungkan Puskesmas dengan dinas-dinas tersebut, maka tidak ada tindakan yang bisa dilakukan untuk mengatasi akar masalah ini. Akibatnya, Puskesmas hanya bisa terus-menerus mengobati pasien yang sakit tanpa pernah bisa mengatasi lingkungan yang menjadi tempat penularan. Oleh karena itu, temuan ini bukanlah sebuah kritik, melainkan sebuah identifikasi peluang perbaikan yang paling mendasar. Membangun sebuah mekanisme atau aturan kerja bersama yang formal

adalah kunci untuk ‘mengunci’ hasil baik dari faktor komunikasi dan disposisi yang sudah ada. Struktur ini akan mengubah kerja sama dari yang sifatnya sukarela menjadi sebuah kewajiban bersama yang terukur dan berkelanjutan, sejalan dengan tujuan besar dari Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021.

Implikasi Teoritis

Hasil penelitian di Puskesmas Kalijudan ini memberikan sejumlah pelajaran penting. Pelajaran ini tidak hanya berguna untuk pengembangan teori pelaksanaan kebijakan, tetapi juga memberikan rekomendasi praktis yang bisa diterapkan untuk perbaikan program di lapangan. Penelitian ini menunjukkan bahwa teori implementasi dari George C. Edward III dengan empat faktornya (Komunikasi, Sumber Daya, Disposisi, dan Struktur Birokrasi) sangat berguna untuk membedah masalah yang rumit di lapangan. Analisis implementasi kebijakan ini dapat diuraikan melalui empat faktor krusial. Temuan di lapangan menunjukkan bahwa dua faktor, yaitu Komunikasi (kejelasan tujuan) dan Disposisi (sikap positif pelaksana), berada dalam kondisi yang baik. Namun, efektivitas kedua faktor ini dinegasikan oleh kelemahan pada dua faktor lainnya. Secara spesifik, kolaborasi lintas sektor tidak dapat terwujud secara optimal karena adanya defisit Sumber Daya serta ketiadaan Struktur Birokrasi yang formal. Hal ini mengindikasikan bahwa dalam konteks kerja sama institusional, keberadaan struktur atau mekanisme formal yang jelas berfungsi sebagai prasyarat fundamental. Tanpa landasan struktural tersebut, niat baik dan pemahaman yang sudah terbangun tidak dapat ditindaklanjuti secara efektif.

Rekomendasi Praktis untuk Perbaikan Program (Implikasi Praktis)

Berdasarkan temuan di lapangan, berikut adalah beberapa rekomendasi praktis yang dapat dipertimbangkan:

- a. Pemerintah Kota Surabaya disarankan untuk membuat peraturan turunan dari Perpres Nomor 67 Tahun 2021, misalnya dalam bentuk Peraturan Walikota (Perwali). Peraturan ini harus secara resmi dan jelas mengatur tugas serta tanggung jawab setiap dinas terkait (seperti Kecamatan, Kelurahan, Dinas Perumahan, Dinas Sosial) dalam program penanggulangan TBC. Dengan adanya aturan ini, kerja sama akan berubah dari yang sifatnya sukarela menjadi sebuah kewajiban bersama yang memiliki target dan bisa dievaluasi.
- b. Manajemen Dinas Kesehatan dan Puskesmas perlu meninjau kembali beban kerja yang ditanggung oleh Tim TBC. Perlu dipertimbangkan solusi seperti menambah tenaga, menyederhanakan tugas-tugas pelaporan yang rumit, atau melatih kader untuk membantu tugas non-klinis. Tujuannya agar tim tidak mengalami kelelahan (*burnout*) dan memiliki cukup waktu serta energi untuk melakukan kegiatan penemuan kasus baru di masyarakat.
- c. Program untuk menghilangkan stigma TBC di masyarakat harus dirancang dan dijalankan secara bersama-sama dengan para tokoh yang dipercaya oleh warga. Dengan melibatkan tokoh agama, tokoh masyarakat, dan organisasi pemuda akan membuat pesan anti-stigma lebih mudah diterima. Mereka lebih memahami cara berkomunikasi yang paling efektif sesuai dengan budaya setempat, sehingga hasilnya bisa lebih baik daripada jika hanya dilakukan oleh petugas kesehatan saja.

SIMPULAN

Penelitian mengenai implementasi Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 di Puskesmas Kalijudan menyimpulkan adanya sebuah dualisme kinerja yang signifikan. Di satu sisi, Puskesmas menunjukkan efektivitas yang sangat tinggi dalam aspek kuratif (pengobatan), yang dibuktikan dengan angka keberhasilan pengobatan yang secara konsisten melampaui target. Namun, di sisi lain, Puskesmas

menghadapi tantangan persisten dalam aspek promotif-preventif, yang tercermin dari angka penemuan kasus baru yang belum mencapai target. Dualisme ini berakar pada perbedaan efektivitas implementasi pada empat faktor kunci yang dianalisis. Keberhasilan pengobatan didukung oleh disposisi tim internal yang sangat positif dan struktur birokrasi internal (SOP DOTS) yang mapan. Sebaliknya, tantangan dalam penemuan kasus disebabkan oleh kombinasi beberapa faktor penghambat: (1) Sumber daya manusia yang kapasitasnya terkuras untuk menangani beban kerja kuratif dan masalah kepatuhan pasien; (2) Disposisi mitra lintas sektor yang cenderung pasif dan adanya stigma di masyarakat; serta yang paling fundamental, (3) Kelemahan pada variabel Struktur Birokrasi, yaitu ketiadaan mekanisme atau aturan main formal yang menjadi landasan hukum bagi kerja sama lintas sektor. Kontribusi utama dari penelitian ini terletak pada dua temuan penting yang memberikan nuansa baru pada studi implementasi kebijakan kesehatan: (1) Berbeda dengan banyak studi yang sering menunjuk kegagalan komunikasi sebagai penyebab utama, penelitian ini menemukan bahwa komunikasi yang efektif sekalipun dapat menjadi tidak berdaya jika tidak ditopang oleh struktur formal yang memberikan kewenangan dan sumber daya yang memadai untuk bertindak. Temuan ini menunjukkan bahwa solusi kebijakan tidak bisa hanya berhenti pada ‘peningkatan sosialisasi’, tetapi harus menyentuh aspek yang lebih fundamental; (2) Secara teoretis, studi ini mengindikasikan adanya hierarki atau tingkat kepentingan yang berbeda antarvariabel dalam model Edward III, khususnya untuk konteks kolaborasi lintas sektor yang kompleks. Struktur Birokrasi teridentifikasi bukan sekadar salah satu dari empat faktor yang setara, melainkan berfungsi sebagai prasyarat fundamental (fondasi). Tanpa adanya fondasi berupa aturan main yang jelas, maka faktor-faktor lain seperti komunikasi yang baik dan disposisi yang mendukung tidak dapat berfungsi secara optimal untuk menghasilkan aksi kolektif yang terpadu. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa keberhasilan untuk mencapai target eliminasi TBC 2030, sebagaimana diamanatkan oleh Peraturan Presiden, tidak hanya bergantung pada penguatan kapasitas klinis di dalam Puskesmas. Keberhasilan tersebut secara krusial akan ditentukan oleh kemampuan pemerintah untuk membangun ‘jembatan’ birokrasi yang kokoh, yang mampu mengubah niat baik dan pemahaman menjadi aksi kolektif yang nyata, terukur, dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Edward III, G. C. (1980). *Implementing Public Policy*. Washington DC: Congressional Quarterly Press. <https://books.google.co.id/books?id=nQtHAAAMAAJ>
- Hasina, S. N. (2020). Pencegahan Penyebaran Tuberkulosis Paru Dengan (BEEB) Batuk Efektif dan Etika Batuk Di RW. VI Sambikerep Surabaya. *Community Development Journal: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 1(3), 322–328.
- Kumalasari, F. M., & Prabawati, I. (2021). Implementasi Kebijakan Penanggulangan Tuberkulosis Dengan Strategi Directly Observed Treatment Short-Course (Dots) Di Puskesmas Kecamatan Bangsal Kabupaten Mojokerto. *Publika*, 201–214.
- Mayditania, C. (2023). Implementasi Kebijakan Program Penanggulangan Tuberkulosis Pada Puskesmas Di Indonesia: Literature Review. *Journals of Ners Community*, 13(1), 55–64.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (3rd ed.). SAGE Publications. <https://books.google.co.id/books?id=3CNrUbTu6CsC>
- Pusat Layanan Kesehatan. (2022, July 4). *MENGENAL GEJALA TBC PARU*. Universitas Airlangga. <https://plk.unair.ac.id/mengenal-gejala-tbc-paru/>



- Putriady, E. (2022). Implementasi Kebijakan Pemerintah Permenkes No 67 Tahun 2016 dalam Penanggulangan Tuberkulosis di Kota Medan. *JOURNAL SCIENTIFIC OF MANDALIKA (JSM)* e-ISSN 2745-5955| p-ISSN 2809-0543, 3(6), 576–581.
- Ulfa, S. L., & Mardiana, M. (2021). Implementasi Penemuan Kasus TB Paru dalam Penanggulangan Tuberkulosis di Puskesmas Karangmalang Kota Semarang. *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition*, 1(1), 31–41.
- Yayasan KNCV Indonesia. (2022, November 30). *Laporan Kasus Tuberkulosis (TBC) Global Dan Indonesia 2022*. Yayasan KNCV Indonesia. <https://yki4tbc.org/laporan-kasus-tbc-global-dan-indonesia-2022/>

