



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM PENANGGULANGAN  
TUBERKULOSIS BERBASIS KOMUNITAS YANG DILAKUKAN  
OLEH *PRINCIPAL RECIPIENT* AISYIYAH**

**TESIS**

**Oetari Cinthya Bramanty  
0806470623**

**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
DEPARTEMEN ILMU ADMINISTRASI  
PROGRAM PASCASARJANA  
KEKHUSUSAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN PUBLIK  
JAKARTA  
JUNI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM PENANGGULANGAN  
TUBERKULOSIS BERBASIS KOMUNITAS YANG DILAKUKAN  
OLEH *PRINCIPAL RECIPIENT* AISYIYAH**

**TESIS**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Master Administrasi (M.A)

**Oetari Cinthya Bramanty  
0806470623**

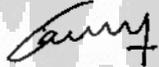
**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
DEPARTEMEN ILMU ADMINISTRASI  
PROGRAM PASCASARJANA  
KEKHUSUSAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN PUBLIK  
JAKARTA  
JUNI 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Oetari Cinthya Bramanty

NPM : 0806470623

Tanda tangan 

Tanggal : 21 Juni 2012.

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Oetari Cinthya Bramanty  
NPM : 0806470623  
Program Studi : Program Pascasarjana Ilmu Administrasi  
Kekhususan Administrasi dan Kebijakan Publik  
Judul Tesis : Evaluasi Pelaksanaan Program Penanggulangan  
Tuberkulosis Berbasis Komunitas Yang Dilakukan oleh  
*Principal Recipient Aisyiyah*

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Master Administrasi pada Program Studi Pascasarjana Ilmu Administrasi, Kekhususan Administrasi dan Kebijakan Publik, Departemen Ilmu Administrasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Ketua Sidang : Dr. Roy Valiant Salomo, M.Soc.Sc

Pembimbing : Drs. M. Riduansyah, M.Si

Penguji : Prof. Dr. Azhar Kasim, MPA

Sekretaris Sidang : Lina Miftahul Jannah, S.Sos., M.Si

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : Juni 2012

## KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, telah dapat menyelesaikan tesis ini dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Administrasi (M.A) dalam Departemen Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial Ilmu Politik Universitas Indonesia. Disadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikannya. Oleh karena itu, pada kesempatan ini ucapan terima kasih dipersembahkan kepada:

1. Dr. Roy Valiant Salomo, M.Soc.Sc. selaku Ketua Program Pascasarjana Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial Ilmu Politik Universitas Indonesia;
2. Drs. M. Riduansyah, M.Si selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
3. Prof. Dr. Azhar Kasim MPA selaku Dosen Penguji;
4. Lina Miftahul Jannah S.Sos., M.Si selaku Sekretaris Program Pascasarjana Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial Ilmu Politik Universitas Indonesia;
5. Manajemen dan Staf di PR TB Aisyiyah, yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang diperlukan;
6. Suami, Latief Hananto Fani dan Anak, Ghani Wisena Alkareem beserta orangtua: Papa Haryanto Budiman dan Mama Yunizma (Almh) dan adik-adik: Ottaru Gde Bramantyo dan Pungkas Aris Aflaha atas cinta dan doanya.
7. Para sahabat yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan tesis ini.

Akhir kata, semoga tesis ini membawa manfaat bagi kita semua.

Jakarta, Juni 2012

Oetari Cinthya Bramanty

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Oetari Cinthya Bramanty  
NPM : 0806470623  
Program Studi : Kekhususan Administrasi dan Kebijakan Publik  
Departemen : Ilmu Administrasi  
Fakultas : Ilmu Sosial Ilmu Politik  
Jenis Karya : Tesis

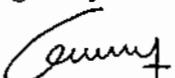
demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**“Evaluasi Pelaksanaan Program Penanggulangan Tuberkulosis Berbasis Komunitas Yang Dilakukan oleh Principal Recipient Aisyiyah”**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Jakarta  
Pada tanggal : 21 Juni 2012  
Yang menyetujui

  
(Oetari Cinthya Bramanty)

## ABSTRAK

Nama :Oetari Cinthya Bramanty  
Program Studi :Administrasi dan Kebijakan Publik  
Judul :Evaluasi Pelaksanaan Program Penanggulangan Tuberkulosis Berbasis Komunitas Yang Dilakukan oleh *Principal ecipient* Aisyiyah

Tesis ini membahas evaluasi pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis berbasis komunitas yang dilakukan oleh Principal Recipient Aisyiyah. Penelitian ini bertujuan untuk: melakukan evaluasi pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis berbasis masyarakat dilihat dari aspek manajemen program dan pengelolaan keuangan program. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif, dengan jenis penelitian deskriptif. Teknik Pengumpulan data menggunakan metode wawancara. Hasil penelitian melalui analisa pendekatan Bromley (Kebijakan, Organisasi, Operasional) menunjukkan pelaksanaan program yang dilakukan oleh PR TB Aisyiyah sudah melaksanakan prinsip manajemen program dan manajemen pengelolaan keuangan yang baik.

Kata kunci:  
Evaluasi Program, Evaluasi Berbasis Kinerja , Komunitas, Tuberkulosis.

## ABSTRACT

Nama : Oetari Cinthya Bramanty  
Study Program : Administration and Public Policy  
Title : Evaluation of Implementation of Community-Based Tuberculosis Prevention Program Held by *Principal Recipient* Aisyiyah

This Research committed on evaluation of implementation of community-based tuberculosis prevention program held by Principal Recipient Aisyiyah. This research also conducted to evaluate the community-based tuberculosis prevention program considered with the program management and financial management aspects. Methode of this research is qualitative with descriptive explanation. Information for this research was gathered from in-depth interview and observation. This research showed that based on Bromley Perspectives (Policy, Organizational and Operational) program implementation that held by Principal Recipient Aisyiyah had been using good and efficient program management and financial management aspects wisely.

Keywords:

Program Evaluation, Performance-based Evaluation, Community, Tuberculosis.

## DAFTAR ISI

|   |     |
|---|-----|
| HALAMAN JUDUL   | i   |
| LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS .....                              | iii |
| LEMBAR PENGESAHAN .....   | iv  |
| KATA PENGANTAR .....  | v   |
| LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....                    | vi  |
| ABSTRAK .....   | vii |
| DAFTAR ISI .....  | ix  |
| DAFTAR GAMBAR .....   | xi  |
| <br>  |     |
| Bab 1. Pendahuluan  |     |
| 1.1.Latar Belakang .....  | 1   |
| 1.2.Perumusan Masalah .....                                       | 9   |
| 1.3.Tujuan Penelitian .....                                       | 10  |
| 1.4.Signifikansi Penelitian .....                                 | 10  |
| 1.5.Sistematika Penulisan .....                                   | 11  |
| Bab 2 Tinjauan Pustaka  |     |
| 2.1. Penelitian Terdahulu .....                                   | 13  |
| 2.2. Konsep dan Teori Ilmu Administrasi .....                     | 24  |
| 2.3. Organisasi .....   | 25  |
| 2.4. Definisi Manajemen Program .....                             | 27  |
| 2.5. Teori Evaluasi Program .....                                 | 29  |
| 2.6. Pengukuran Kinerja .....                                     | 31  |
| 2.7. Sistem Penganggaran Berbasis Kinerja .....                   | 32  |
| 2.8. Pemberdayaan Masyarakat .....                                | 34  |
| Bab 3. Metode Penelitian  |     |
| 3.1 Pendekatan Penelitian .....                                   | 37  |
| 3.2 Jenis Penelitian .....  | 37  |
| 3.3 Teknik Pengumpulan Data .....                                 | 38  |
| 3.4. Validasi Data .....  | 38  |
| 3.5.Narasumber.....   | 39  |
| 3.6. Proses Penelitian .....                                      | 40  |
| 3.7. Teknik analisis data .....                                   | 40  |
| 3.8.Site Penelitian 40  |     |
| Bab 4. Sekilas Program Penanggulangan Tuberkulosis PR TB Aisyiyah |     |
| 4.1. Tuberkulosis .....   | 42  |
| 4.2. Program TB di Indonesia.....                                 | 43  |
| 4.3. Pencapaian Program Nasional .....                            | 44  |
| 4.4. PR TB Aisyiyah .....   | 47  |
| 4.5. Perencanaan Program .....                                    | 47  |
| 4.5.1.Target Pencapaian Program .....                             | 52  |
| 4.6. Sistem Pengelolaan Keuangan PR TB Aisyiyah .....             | 56  |
| 4.6.1. Kebijakan Umum .....                                       | 56  |

|   |     |
|---|-----|
| 4.6.2. Pembayaran Dana .....                        | 57  |
| 4.6.3. Pengeluaran .....                            | 58  |
| 4.6.4. Kebijakan Strategis Keuangan .....           | 59  |
| 4.6.5. Pengendalian Internal .....                  | 60  |
| 4.6.6. Kebijakan Manajemen Keuangan .....           | 61  |
| 4.6.7. Kebijakan Akuntansi .....                    | 61  |
| 4.6.8. Pengakuan Biaya .....                        | 63  |
| 4.6.9. Aktiva Tetap .....                           | 64  |
| 4.6.10. Uang Muka Kegiatan .....                    | 65  |
| 4.6.11. Laporan Keuangan .....                      | 67  |
| 4.6.12. Monitoring Keuangan .....                   | 67  |
| 4.6.13. Pemutusan berakhirnya Periode Program ..... | 68  |
| 4.7. Hasil Pencapaian Program .....                 | 70  |
| 4.8. Anggaran Program .....                         | 71  |
| <b>Bab. 5. Analisis</b>                             |     |
| 5.1. Analisis Tingkat Kebijakan .....               | 74  |
| 5.2. Analisis Tingkat Organisasional .....          | 81  |
| 5.3. Analisis Tingkat Operasional .....             | 93  |
| 5.4. Evaluasi Hasil Pelaksanaan .....               | 94  |
| 5.5. Evaluasi Kinerja .....                         | 97  |
| <b>Bab 6. Kesimpulan dan Saran</b>                  |     |
| 6.1. Kesimpulan .....                               | 105 |
| 6.2. Saran .....                                    | 106 |
| Daftar Referensi                                    |     |
| Lampiran  |     |

## DAFTAR GAMBAR

|   |    |
|---|----|
| Gambar 1. Data Angka Cakupan Penyakit TB di Indonesia .....   | 45 |
| Gambar 2. Kegiatan Program Penanggulangan TB PR Aisyiyah..... | 48 |
| Gambar 3. Target Program Penanggulangan TB PR Aisyiyah .....  | 53 |
| Gambar 4. Mekanisme pembayaran dana .....                     | 58 |
| Gambar 5. Pencapaian Program .....                            | 70 |
| Gambar 6. Rencana Anggaran .....                              | 71 |
| Gambar 7. Riil Pengeluaran .....                              | 72 |
| Gambar 8. Hierarki Proses Kebijakan .....                     | 77 |
| Gambar 9. Alur Koordinasi .....                               | 84 |
| Gambar 10. Kerangka Berpikir Input – Process - Output .....   | 88 |
| Gambar 11. Kerangka Tahap Output .....                        | 89 |
| Gambar 12. Kerangka Tahap Outcome Kader .....                 | 90 |
| Gambar 13. Kerangka Tahap Outcome Tokoh Agama .....           | 91 |
| Gambar 14. Kerangka Tahap Impact Advokasi .....               | 92 |
| Gambar 15. Kerangka Tahap Impact PMO .....                    | 92 |
| Gambar 14. Operasional Terstruktur .....                      | 93 |
| Gambar 15. Analisa Pencapaian Program .....                   | 96 |

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. Latar Belakang**

Pembangunan nasional merupakan rangkaian upaya pembangunan yang berkesinambungan yang meliputi seluruh kehidupan masyarakat, bangsa dan Negara untuk melaksanakan tugas mewujudkan tujuan nasional yang termaktub dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945. Tujuan pembangunan nasional adalah untuk mewujudkan suatu masyarakat adil dan makmur yang merata material dan spiritual berdasarkan Pancasila di dalam wadah Negara Kesatuan Republik Indonesia (Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia, 1997, p.13).

Alpert (1973, p.20) menyebutkan bahwa aspek yang paling penting dalam pembangunan adalah yang terkait dengan nilai-nilai kemanusiaan, dan juga terhadap nilai budaya perilaku serta kemampuan dari suatu populasi. Faktor kunci terdapat pada transisi dari kondisi sebelum pembangunan yang statis menjadi sebuah fase pembangunan menyeluruh terhadap sistem dan nilai. Dimana hal itu kemudian memberi dampak yang signifikan terhadap faktor material dan penerimaan terhadap perkembangan konsep baru tersebut.

Dalam rangka mencapai kesejahteraan penduduk di Indonesia, beberapa aspek kehidupan masyarakatnya menjadi syarat mutlak yang harus dipenuhi. Bidang kesehatan menjadi salah satu pilar utama dalam meningkatkan mutu hidup masyarakat. Bersama dengan faktor kunci lainnya, misalnya seperti ekonomi dan pendidikan, kesehatan masyarakat Indonesia memegang peranan penting demi terwujudnya kesejahteraan penduduk di Indonesia. Peningkatan mutu kesehatan rakyat menjadi salah satu tujuan utama pembangunan di Indonesia.

Suzetta (2008,p.i) dalam dalam sambutannya selaku Menteri Negara Perencanaan Pembangunan sekaligus Kepala Bappenas menjelaskan bahwa di penghujung abad lalu, Indonesia mengalami perubahan besar yaitu proses reformasi ekonomi dan demokratisasi dalam bidang politik. Tidak begitu lama kemudian, tepatnya pada tahun 2000, para pimpinan dunia bertemu di New York

dan menandatangani “Deklarasi Millennium” yang berisi komitmen untuk mempercepat pembangunan manusia dan pemberantasan kemiskinan. Komitmen tersebut diterjemahkan menjadi beberapa tujuan dan target yang dikenal sebagai *Millennium Development Goals*(MDGs). Pencapaian sasaran MDGs menjadi salah satu prioritas utama bangsa Indonesia. Pencapaian tujuan dan target tersebut bukanlah semata-mata tugas pemerintah tetapi merupakan tugas seluruh komponen bangsa. Sehingga pencapaian tujuan dan target MDGs harus menjadi pembahasan seluruh masyarakat. *Millennium Development Goals*(MDGs) memiliki delapan tujuan utama:

1. Memberantas kemiskinan dan kelaparan ekstrem
2. Mewujudkan pendidikan dasar untuk semua
3. Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan
4. Menurunkan angka kematian anak
5. Meningkatkan kesehatan ibu
6. Memerangi HIV dan AIDS, malaria serta penyakit lainnya
7. Memastikan kelestarian lingkungan
8. Mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan

Tujuan keenam dalam MDGs menangani berbagai penyakit menular paling berbahaya. Pada urutan teratas adalah Human Immunodeficiency Virus (HIV), yaitu virus penyebab *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS) – terutama karena penyakit ini dapat membawa dampak yang menghancurkan, bukan hanya terhadap kesehatan masyarakat namun juga terhadap negara secara keseluruhan. Selain itu, juga ditujukan untuk penyakit menular berbahaya lainnya yaitu: Malaria, Tuberkulosis, dan lainnya.

Suharyadi (2006, p.6) mengeluarkan Laporan Pemberantasan TB di Indonesia juga memperhatikan komitmen internasional yang termuat dalam MDGs. Namun, kondisi masyarakat Indonesia saat ini yang tingkat pendapatannya masih banyak berada di target pendapatan per kapita, membuat Indonesia belum bisa mencapai target tujuan MDGs poin satu sampai dengan enam, yaitu mengurangi kemiskinan, memberikan pendidikan dasar selama 9

tahun, tercapainya kesetaraan jender, meningkatkan kesehatan ibu dan anak, serta penanggulangan penyakit menular seperti HIV/AIDS, Malaria, dan Tuberkulosis.

Diperkirakan 9,4 juta kasus baru penyakit TB pada tahun 2009 dan sekitar 1,7 juta kematian (termasuk 380.000 orang dengan HIV) yang menjadikannya salah satu penyakit pembunuh terbesar di dunia menular. Angka penularan global turun sangat lambat, tapi semua wilayah di dunia berada di jalur untuk memenuhi target MDG dari mengurangi separuh prevalensi TB dan kematian akibat TB pada tahun 2015 (*World Health Organization, 2009,* ).

Kasus penyakit Tuberkulosis di Indonesia memang bukan sesuatu yang bisa dianggap hal ringan. Bahkan di dunia pun, penyakit Tuberkulosis ini termasuk penyakit menular yang berbahaya. Diperkirakan sekitar sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Pada tahun 1995, diperkirakan ada 9 juta pasien TB baru dan 3 juta kematian akibat TB diseluruh dunia. Diperkirakan 95% kasus TB dan 98% kematian akibat TB didunia, terjadi pada negara-negara berkembang. Demikian juga, kematian wanita akibat TB lebih banyak dari pada kematian karena kehamilan, persalinan dan nifas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011, p.12).

Survei prevalensi TB yang dilakukan di enam propinsi pada tahun 1983-1993 menunjukkan bahwa prevalensi TB di Indonesia berkisar antara 0,2 s/d 0,65%. Sedangkan menurut laporan Penanggulangan TB Global yang dikeluarkan oleh *World Health Organization* (WHO, 2004), angka insidensi TB pada tahun 2002 mencapai 555.000 kasus (256 kasus/100.000 penduduk), dan 46% diantaranya diperkirakan merupakan kasus baru. Perkiraan prevalensi, insidensi dan kematian akibat TB dilakukan berdasarkan analisis dari semua data yang tersedia, seperti pelaporan kasus, prevalensi infeksi dan penyakit, lama waktu sakit, proporsi kasus Basil Tahan Asam (BTA) positif, jumlah pasien yang mendapat pengobatan dan yang tidak mendapat pengobatan, prevalensi dan insidens *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), angka kematian dan demografi.

Strategi nasional program pengendalian TB nasional terdiri dari 7 strategi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011, p.18):

1. Memperluas dan meningkatkan pelayanan DOTS yang bermutu

2. Menghadapi tantangan TB/HIV, MDR-TB, TB anak dan kebutuhan masyarakat miskin serta rentan lainnya
3. Melibatkan seluruh penyedia pelayanan pemerintah, masyarakat (sukarela), perusahaan dan swasta melalui pendekatan Public-Private Mix dan menjamin kepatuhan terhadap International Standards for TB Care
4. Memberdayakan masyarakat dan pasien TB.
5. Memberikan kontribusi dalam penguatan sistem kesehatan dan manajemen program pengendalian TB
6. Mendorong komitmen pemerintah pusat dan daerah terhadap program TB
7. Mendorong penelitian, pengembangan dan pemanfaatan informasi strategis.

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2011, p.16), pengendalian TB di Indonesia dilaksanakan sesuai dengan azas desentralisasi dalam kerangka otonomi dengan Kabupaten/kota sebagai titik berat manajemen program, yang meliputi: perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta menjamin ketersediaan sumber daya (dana, tenaga, sarana dan prasarana). Pengendalian TB dilaksanakan dengan menggunakan strategi *Directly Observed Treatment, Shortcourse chemotherapy* (DOTS) dan memperhatikan strategi *Global Stop TB Partnership*. Penguatan kebijakan ditujukan untuk meningkatkan komitmen daerah terhadap program pengendalian TB. Penguatan strategi DOTS dan pengembangannya ditujukan terhadap peningkatan mutu pelayanan, kemudahan akses untuk penemuan dan pengobatan sehingga mampu memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya *Multi Drugs Resistance* (MDR-TB). Penemuan dan pengobatan dalam rangka pengendalian TB dilaksanakan oleh seluruh Unit Pelayanan Kesehatan (UPK), meliputi Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah Balai/Klinik Pengobatan, Dokter Praktek Swasta (DPS) dan fasilitas kesehatan lainnya.

Pengendalian TB dilaksanakan melalui penggalangan kerja sama dan kemitraan diantara sektor pemerintah, non pemerintah, swasta dan masyarakat dalam wujud Gerakan Terpadu Nasional Pengendalian TB (Gerdunas TB). Peningkatan kemampuan laboratorium diberbagai tingkat pelayanan ditujukan

untuk peningkatan mutu dan akses layanan. Obat Anti Tuberkulosis (OAT) untuk pengendalian TB diberikan secara cuma-cuma dan dikelola dengan manajemen logistik yang efektif demi menjamin ketersediaannya. Ketersediaan tenaga yang kompeten dalam jumlah yang memadai untuk meningkatkan dan mempertahankan kinerja program. Pengendalian TB lebih diprioritaskan kepada kelompok miskin dan kelompok rentan lainnya terhadap TB serta pasien TB tidak dijauhkan dari keluarga, masyarakat dan pekerjaannya (Kementerian Kesehatan, 2011, p.17).

Baru-baru ini, dalam salah satu episodenya yang ditayangkan di stasiun televisi Metro TV tanggal 2 September 2011, *Kick Andy* mengangkat tema “Bukan Tenaga Medis Biasa” yang membahas perjuangan para tenaga medis di seluruh daerah di Indonesia. Salah satunya adalah kisah seorang perempuan berusia 58 tahun yang tinggal di Jambi yang bernama Syamsinar Rasyad. Syamsinar sudah 20 tahun mengabdikan sebagai seorang relawan dari Perkumpulan Pemberantas Tuberkulosis Indonesia (PPTI). Umi, panggilan akrab Syamsinar, setiap hari selalu berkeliling kampung untuk mencari penderita Tuberkulosis (TB), meskipun Syamsinar bukan seorang tenaga paramedis. Tak jarang Syamsinar harus berjalan jauh untuk menemui pasien-pasiennya. Selain menemui langsung para pasien, Syamsinar juga melakukan sosialisasi dari mesjid ke mesjid, menghimbau agar para penderita tuberkulosis, untuk mau didampingi untuk berobat di klinik PPTI.

Tak jarang Syamsinar mendapat cibiran dari masyarakat, terhadap apa yang dilakukannya. Meski demikian, Syamsinar tak patah arang. Hingga saat ini Syamsinar sudah menolong sedikitnya 185 orang yang sembuh dari TB. Artinya, setiap tahun Syamsinar menyelamatkan jiwa rata-rata 10 orang atau lebih. “Dulu ada orang petani yang kena TB parah, setelah mengikuti pengobatan dia sembuh. Sekarang kebun kelapa sawitnya sudah 10 hektar,” papar Syamsinar tentang salah satu pasiennya. “Dan itu yang membuat saya bangga untuk terus mengabdikan,” tambahnya.

Kepedulian dari seluruh anggota masyarakat dan kalangan ini sesuai dengan rekomendasi organisasi kesehatan dunia, *World Health Organization* (WHO) - bekerja sama dengan *Stop TB Partnership* (Program Nasional Penanggulangan Penyakit Tuberkulosis) - bekerja untuk memerangi epidemi

melalui Strategi Stop TB. Strategi enam titik berusaha untuk (Kementerian Kesehatan, 2011, p.17) :

1. Melanjutkan ekspansi DOTS yang berkualitas tinggi dan meningkatkannya;
2. Mengidentifikasi TB / HIV, TB-MDR dan kebutuhan masyarakat miskin dan rentan;
3. Berkontribusi untuk memperkuat sistem kesehatan berdasarkan pelayanan kesehatan dasar;
4. Melibatkan semua penyedia layanan kesehatan;
5. Memberdayakan orang dengan TB, dan masyarakat melalui kemitraan, dan;
6. Melakukan dan meningkatkan penelitian.

McKenzie (2005,p.117) menyebutkan bahwa permasalahan kesehatan masyarakat dapat berskala kecil dan sederhana atau besar dan sangat kompleks. Permasalahan yang kecil dan sederhana melibatkan sejumlah kecil orang yang dapat memberikan penyelesaian masalah dengan melibatkan sedikit kelompok atau organisasi. Sementara permasalahan yang besar dan sangat kompleks, membutuhkan kerja sama dari seluruh anggota masyarakat dan membutuhkan tenaga serta pengetahuan mereka dalam mencari solusi efektif. Untuk masalah-masalah yang besar ini, usaha yang menyeluruh harus dilakukan guna mengajak seluruh anggota masyarakat/komunitas agar dapat bekerja sama melakukan upaya-upaya untuk mencari solusi yang mampu menyelesaikan masalah mereka. Contohnya adalah penggunaan kolaborasi masyarakat untuk memberantas penyakit tuberkulosis.

Menurut Witoelar (1992,p.19), paham yang melandasi pandangan hidup dan ideologi nasional Negara Kesatuan Republik Indonesia adalah paham integralistik, yaitu paham kebersamaan dan kekeluargaan atau gotong royong yang demokratis. Paham itu bersumber dari masyarakat yang bersatu dan demokratis, sekaligus dijadikan modal bagi kedaulatan rakyat Indonesia. Persatuan dan demokratisasi dalam program penanggulangan TB di Indonesia, dapat tercermin dari hubungan kemitraan yang solid antara Kementerian Kesehatan

Republik Indonesia selaku penanggungjawab kebijakan, dengan seluruh anggota masyarakat dan pihak terkait.

Dalam hal meningkatkan partisipasi masyarakat melalui kemitraan, maka Kementerian Kesehatan dalam menanggulangi penyakit TB dan menghentikan penyebarannya di Indonesia, secara aktif melibatkan peran serta masyarakat. Salah satu organisasi masyarakat yang selalu mendukung program pemerintah dalam memberantas TB adalah organisasi Aisyiyah.

Menurut Pimpinan Pusat 'Aisyiyah, Organisasi Aisyiyah adalah organisasi komponen wanita dari persyarikatan Muhammadiyah yang didirikan di Yogyakarta pada tanggal 19 Mei 1917. Organisasi ini merupakan organisasi wanita Muhammadiyah. Azas dan perjuangan organisasi ini didasarkan pada prinsip Islam. Organisasi Aisyiyah ini selalu tampil dalam memperjuangkan hak dan peran wanita dalam dunia politik dan domestik, menentang diskriminasi gender, menentang perlakuan kekerasan dalam dunia domestik dan publik, perlindungan hak-hak kesehatan, dan perlindungan anak (Pimpinan Pusat 'Aisyiyah, p.15).

Di bidang kesehatan, sejak tahun 2003 'Aisyiyah aktif sebagai *Implementing Unit* dari Kementerian Kesehatan RI dalam program penanggulangan tuberkulosis dengan dukungan dana dari *The Global Fund*. Tahun 2004 sampai sekarang, 'Aisyiyah berperan sebagai *Sub Recipient* (SR) dari Kementerian Kesehatan RI, dan tahun 2009 (round 8), 'Aisyiyah menjadi salah satu *Principal Recipient* (PR) atau penerima dana utama untuk program dukungan GFATM komponen tuberkulosis. Bersama dengan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Organisasi PR TB Aisyiyah mendapat kepercayaan sekaligus tanggung jawab untuk mengelola dana hibah dari *The Global Fund* dalam rangka program penanggulangan TB di Indonesia.

Dalam mengimplementasikan program kesehatan termasuk program TB, 'Aisyiyah memberikan wewenang kepada Majelis Kesehatan dan Lingkungan Hidup (MKLH) sebagai majelis atau bagian yang bertanggung jawab dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi program bidang kesehatan. 'Aisyiyah, juga berkewajiban melapor pada Muhammadiyah sebagai organisasi induk, dimana

secara struktur, 'Aisyiyah merupakan salah satu organisasi otonom (ortom) yang bersifat khusus, yang dibentuk oleh Muhammadiyah seperti halnya ortom-ortom lain, yaitu; Nasyiatul 'Aisyiyah, Pemuda Muhammadiyah, Ikatan Mahasiswa Muhammadiyah, Ikatan Remaja Muhammadiyah, Tapak Suci dan Hizbul Wathan.

Sebagai Principal Recipient (PR), 'Aisyiyah melibatkan Majelis Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat (MKKM) Muhammadiyah, karena Majelis tersebut merupakan penanggung jawab dan pengelola program pelayanan kesehatan organisasi Muhammadiyah yang disebut Amal Usaha Kesehatan dan tersebar diseluruh Indonesia. Dalam pelaksanaannya, organisasi Aisyiyah membentuk kelompok kerja yang bekerja secara profesional dalam melaksanakan program penanggulangan TB, yaitu *Principal Recipient* Tuberkulosis (PR TB) Aisyiyah.

Persepsi masyarakat untuk pengelolaan dalam suatu organisasi memang berbeda-beda. Sistem pengelolaan yang ideal dalam organisasi adalah sistem yang dalam membawa organisasi mencapai obyektifnya (Portal HR, 2011). Namun berbeda dengan fakta yang ada, banyaknya tanggapan dari setiap organisasi maupun individual mengenai sistem pengelolaan membawa perbedaan terhadap penerapan sistem pengelolaan itu sendiri. Perbedaan penerapan sistem maka membedakan pula akibat yang timbul pada setiap organisasi. Pada kenyataannya para pemimpin suatu organisasi berada pada posisi yang kuat, dimana posisi tersebut membatasi para pelaksana dibawahnya tidak dapat memantau kinerja para pemimpinnya. Padahal sering kali kinerja yang baik itu datang dari para pelaksana/bawahan suatu organisasi. Adanya kerjasama yang baik antara pemimpin dan bawahan akan dapat membuahkan hasil yang baik pula, namun hal ini tidak selalu diterapkan dalam organisasi-organisasi. Dalam hal ini pentingnya pengawasan terhadap program yang disusun oleh suatu organisasi akan sangat bermanfaat untuk mempertahankan suatu organisasi agar tetap berjalan dengan baik. Pentingnya pengawasan ini juga dapat membantu para pendiri dan pelaksana suatu organisasi saling mendukung untuk mengembangkan organisasi dan mengelola suatu organisasi.

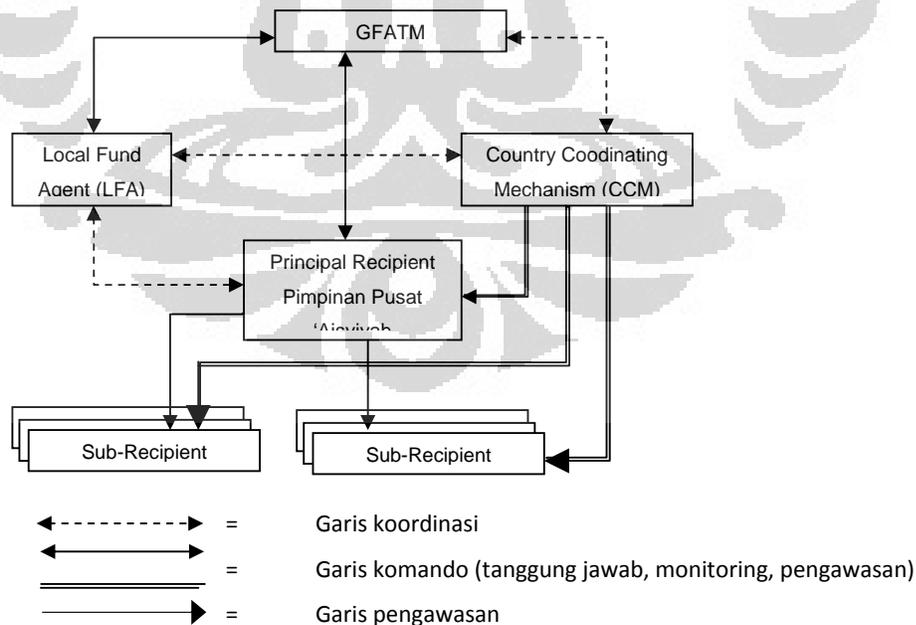
Disinilah kemudian kebijakan dan implementasi pengembangan kelembagaan dalam program penanggulangan TB berbasis komunitas dipandang

oleh peneliti sebagai suatu aspek yang perlu untuk dikaji dan diteliti, mengingat bahwa pada saat ini program penanggulangan TB berbasis komunitas berada pada masa transisi phase dua, setelah menyelesaikan phase pertamanya.

## 1.2. Perumusan Masalah:

Pengelolaan program penanggulangan tuberkulosis berbasis masyarakat yang dilaksanakan oleh PR TB Aisyiyah menerima dana hibah dari *The Global Fund*. Program ini terus diawasi oleh lembaga independen *Country Coordinating Mechanism (CCM)*, yaitu organisasi yang terdiri atas tenaga profesional maupun perwakilan tokoh masyarakat di Indonesia. Selain itu juga diawasi secara langsung oleh *Local Fund Agent*, atau perwakilan dari *The Global Fund* yang direpresentasikan oleh PricewaterhouseCoopers Indonesia, salah satu kantor jasa profesional di bidang akuntan dan perpajakan ternama di Indonesia. PR TB Aisyiyah, selanjutnya, mengelola dan mendistribusikan dana hibah tersebut ke *Sub-Recipient* (Penerima dana sekunder) yaitu 21 organisasi yang tersebar di 16 Provinsi di Indonesia.

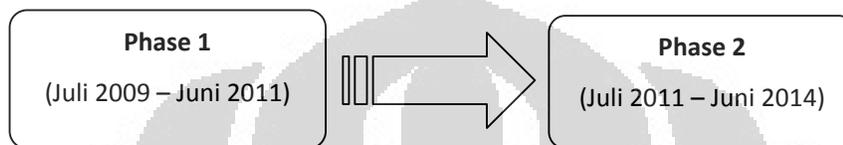
Pada Gambar 1. Dijelaskan bagaimana struktur dan garis koordinasi dalam pengoperasian dana hibah *The Global Fund* kepada PR TB Aisyiyah.



**Gambar 1. Manajemen Umum Dana Hibah GFATM**

Sumber: PR TB Aisyiyah

Program penanggulangan penyakit tuberkulosis berbasis masyarakat yang dilakukan oleh organisasi PR TB Aisyiyah, saat ini sudah memasuki phase kedua. Sebelum memasuki phase kedua ini, PR TB Aisyiyah telah menyelesaikan phase pertamanya. Sebelum menelaah lebih lanjut, berikut ini skema pelaksanaan program:



Fokus utama pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis berbasis komunitas, selain pelaksanaan rencana program, adalah pengelolaan keuangan program. Berangkat dari dasar pemikiran tersebut di atas, maka dapat dirumuskan suatu permasalahan pokok sebagai berikut:

1. Bagaimana efektivitas pelaksanaan program pemberantasan tuberkulosis berbasis masyarakat yang dilakukan oleh PR TB Aisyiyah jika dilihat dari segi manajemen program dan pengelolaan keuangan?

### **1.3. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk:

1. Mengkaji efektivitas pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis berbasis masyarakat dilihat dari aspek manajemen program dan pengelolaan keuangan program.

### **1.4. Signifikansi Penelitian**

#### **1.4.1. Signifikansi Akademis**

Secara teoritis kegunaan dari penelitian ini adalah sebagai pengembalian wacana ilmu administrasi negara, khususnya mengenai organisasi yang berdiri

untuk membantu masyarakat. Penelitian ini diharapkan dapat memberi kontribusi kepada:Penulis, praktisi, Pemerintah, para siswa yang sedang mempelajari ilmu administrasi Kebijakan Publik, dan seluruh masyarakat untuk menambah wawasan dan pengetahuan.

#### **1.4.2. Signifikansi Praktis**

Penelitian ini menjadi refleksi bagi peneliti dimana menjadi wadah bagi ilmu dan teori yang didapat selama mengikuti perkuliahan di Fakultas Ilmu Sosial Ilmu Politik Jurusan Administrasi Kekhususan Administrasi Publik.

Penelitian ini diharapkan dapat memberi tambahan masukan dan memberi manfaat kepada organisasi PR TB Aisyiyah serta organisasi atau instansi lain dalam melaksanakan program yang bertujuan memperkuat masyarakat, dan secara khusus juga terhadap pelaksanaan program penanggulangan TB di Indonesia.

#### **1.5. Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan skripsi ini terbagi atas enam (6) bab dimana masing-masing bab terdiri dari beberapa sub bab. Hal ini dilakukan agar penelitian ini lebih sistematis dan teratur. Adapun sistematika penelitian penelitian sebagai berikut:

##### **Bab 1. Pendahuluan**

Pada Bab ini, peneliti akan menggambarkan mengenai Latar Belakang Masalah, Perumusan Masalah, Tujuan Penelitian, Signifikansi Penelitian, dan Sistematika Penulisan.

##### **Bab 2. Tinjauan Literatur**

Pada Bab ini, peneliti akan memuat Kajian / Tinjauan Literatur terkait hasil-hasil penelitian terdahulu yang terkait dengan penelitian ini, Konsep dan Teori Ilmu Administrasi, Konsep Organisasi, Kinerja Organisasi, Konsep Anggaran berbasis Kinerja, Manajemen Program, Evaluasi Program, dan Komunitas.

### **Bab 3. Metode Penelitian**

Dalam bab ini menjelaskan mengenai metode penelitian yang digunakan, penentuan site penelitian, informan, teknik pengolahan data, teknik analisis data, dan proses penelitian.

### **Bab 4. Sekilas Mengenai Program Penanggulangan TB oleh PR TB ‘Aisyiyah**

Pada Bab ini peneliti akan memaparkan sumber daya yang dimiliki oleh organisasi ini, berikut juga mengenai target-target yang akan dicapai serta workplan yang dibuat untuk mencapainya.

### **Bab 5. Analisis**

Pada Bab ini peneliti akan menganalisis Kinerja, Efisiensi, dan pencapaian di akhir program penanggulangan TB yang dilakukan PR TB Aisyiyah.

### **Bab 6. Simpulan dan Penutup**

Pada Bab ini terdiri atas simpulan hasil penelitian dan rekomendasi terhadap hasil temuan bagi sejumlah pihak terkait. Simpulan hasil penelitian memuat poin-poin inti dari uraian tentang analisis pengelolaan program Tuberkulosis berbasis komunitas, sementara saran bertolak dari sejumlah kelemahan yang didapat atas hasil temuan sehingga masukan dalam saran ini bermanfaat terhadap pelaksana pengelolaan program bagi PR TB Aisyiyah ke depannya.

## BAB 2

### TINJAUAN LITERATUR

#### 2.1. Penelitian terdahulu

Vredenburg (1980,p.2-3) menyebutkan bahwa teori dan penelitian harus bersama-sama berfungsi dalam menambah pengetahuan ilmiah, dan seorang peneliti sosial tidak boleh menilai teori terlepas dari empiri, melainkan selalu harus menghubungkan satu dengan yang lain. Dalam ilmu sosial, seorang peneliti jarang sekali memulai dengan 'halaman baru', artinya masalah yang ingin ditelitinya kemungkinan besar telah dipersoalkan pula oleh peneliti lain. Melakukan penelitian ulangan (replication-research) malahan sangat berfaedah asalkan saja peneliti mendasarkan diri pada sampel lain (dari populasi yang sama). Suatu perubahan dari masalah operasional dapat meningkatkan relevansi penelitian ulangan sedemikian.

Dalam penelitian untuk tugas akhir ini, peneliti melihat hasil penelitian terdahulu yang mengangkat tema mengenai tuberkulosis pada masyarakat. Salah satunya yang diangkat oleh Melina Hendratna dalam Tesis yang berjudul: Evaluasi Pengiriman Dahak Penderita Tuberkulosis Paru pada Kertas Saring melalui Pos. Tujuan penelitian tersebut adalah membuktikan bahwa cara pengiriman dahak kering yang disimpan pada kertas saring dan dikirimkan melalui pos dapat merupakan cara pengiriman yang dapat dipakai untuk menggantikan cara pengiriman yang konvensional. Pendekatan yang dilakukan adalah penelitian kasus. Dan teknik pengumpulan data menggunakan metode *Purposive Sampling* yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Pasar Rebo terhadap 100 orang penderita tuberkulosis paru. Jenis penelitian ini adalah Kuantitatif dengan menggunakan uji statistik McNemar dan Wilcoxon. Sedangkan untuk uji distribusi dipakai rumus Kolmogorov – Smirnov dan uji korelasi menggunakan rumus Kendall. Hasil penelitian ini menunjukkan, bahwa dari 100 sampel yang dikirimkan melalui pos, dengan lama pengiriman antara 3 – 17 hari, sebanyak 72% memberikan hasil pemeriksaan mikroskopik BTA (+) dan 63% dengan biakan BTA (+). Maka tidak terbukti adanya korelasi antara derajat kepositifan dahak dengan lamanya BTA tumbuh. Namun dibuktikan bahwa ada korelasi

antara derajat kepositifan dahak dengan nilai biakan. Selain itu juga dibuktikan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna terjadinya kontaminasi pada media biakan antara kelompok control dengan kelompok studi.

Penelitian lainnya yang serupa, Thesis yang berjudul “Analisis Kualitatif Perilaku Kepatuhan Menelan Obat Penderita Tuberkulosis Paru di 4 Puskesmas Wilayah Kabupaten Ketapang” karya Darmadi. Pendekatan penelitian adalah Kualitatif dengan jenis penelitian deskriptif. Penelitian ini bertujuan untuk:

- 1). Memperoleh informasi tentang hal-hal yang menyebabkan rendahnya kepatuhan menelan obat TB paru pada penderita TB Paru yang berobat di 4 (empat) Puskesmas wilayah Kabupaten Ketapang Kalimantan Barat tahun 2000.
- 2). Memperoleh informasi tentang bagaimana peranan pengetahuan dalam kepatuhan menelan obat TB Paru pada penderita TB Paru yang berobat di 4 (empat) Puskesmas Wilayah Kabupaten Ketapang Kalimantan Barat tahun 2000..
- 3) Memperoleh informasi tentang bagaimana peranan sikap penderita TB Paru dalam kepatuhan menelan obat TB Paru pada penderita TB Paru yang berobat di 4 (empat) Puskesmas wilayah Kabupaten Ketapang Kalimantan Barat tahun 2000.
- 4) Memperoleh informasi tentang motivasi penderita TB Paru dalam kepatuhan menelan obat TB Paru pada penderita TB Paru yang berobat di 4 (empat) Puskesmas wilayah Kabupaten Ketapang Kalimantan Barat tahun 2000.
- 5) Memperoleh informasi tentang bagaimana niat penderita TB Paru dalam kepatuhan menelan obat TB Paru yang berobat di 4 (empat) Puskesmas Wilayah Kabupaten Ketapang Kalimantan Barat tahun 2000.
- 6) Memperoleh informasi tentang persepsi penderita TB Paru terhadap peranan petugas pengelola program TB Paru, PMO, Petugas laboratorium yang dapat mempengaruhi kepatuhan menelan obat TB Paru pada penderita TB Paru di 4 (empat) Puskesmas di wilayah Kabupaten Ketapang Kalimantan Barat tahun 2000.

Teknik pengumpulan data menggunakan metode Wawancara mendalam dan Diskusi kelompok Terarah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa

- 1) Pengetahuan penderita aktif yang berobat dan penderita yang tidak aktif berobat menunjukkan penderita mempunyai pengetahuan cukup baik

- 2) Persepsi penderita TB Paru yang aktif berobat terhadap petugas program TB Paru, PMO umumnya baik sedangkan persepsi penderita TB Paru yang tidak aktif berobat terhadap petugas program TB Paru, terhadap petugas Laboratorium dan PMO, buruk.
- 3) Sikap penderita TB Paru dengan lama dan keteraturan menelan obat yaitu apabila sikap penderita TB Paru terhadap lamanya dan keteraturan menelan obat baik maka penderita akan patuh menelan obat TB Paru.
- 4) Ada hubungan antara motivasi dengan penderita aktif berobat serta motivasi dengan penderita aktif berobat yaitu apabila motivasi positif maka penderita TB Paru akan lebih teratur berobat.
- 5) Penderita yang aktif berobat maupun yang tidak aktif berobat menunjukkan adanya niat untuk kesembuhan bagi dirinya dan hanya sebagian kecil saja yang tidak ada niat atau pasrah dengan keadaan sakitnya.
- 6) Peranan PMO yang penderitanya aktif berobat dengan pengawasan yang baik sehingga menyebabkan adanya kepatuhan menelan obat TB Paru. Sedangkan peranan PMO yang penderitanya tidak aktif berobat pengawasannya buruk, dan menyebabkan rendahnya kepatuhan menelan obat TB Paru.

Penelitian mengenai tuberkulosis, juga pernah dilakukan oleh Felly Philipus Senewe yang berjudul “Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keteraturan Berobat Penderita Tuberkulosis Paru di Puskesmas Se-Kotif Depok Jawa Barat Tahun 1997”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan keteraturan berobat penderita TB Paru di Puskesmas Se- Kota Administratif Depok, Jawa Barat, tahun 1997. Pendekatan Penelitian Kuantitatif dengan jenis penelitian *cross-sectional*. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah: *Simple Random Sampling* (SRS) dengan kerangka sampling dibuat berdasarkan catatan atau laporan dari Puskesmas. Hasil penelitian adalah:

- 1) Penyuluhan kesehatan mempunyai hubungan yang bermakna dengan keteraturan berobat penderita TB Paru se-Kotif Depok, Jabar.
- 2) Ketersediaan sarana transportasi mempunyai hubungan secara statistic dengan keteraturan berobat penderita TB Paru di Puskesmas se-Kotif Depok, Jabar.

- 3) Pekerjaan mempunyai hubungan yang bermakna dengan keteraturan berobat penderita TB Paru di Puskesmas se Kotif Depok, Jabar
- 4) Pengetahuan tidak ada hubungan secara statistik dengan keteraturan berobat penderita TB Paru di Puskesmas se-Kotif Depok, Jabar
- 5) Jarak tidak ada hubungan secara statistik dengan keteraturan berobat penderita TB Paru di Puskesmas se-Kotif Depok, Jabar
- 6) Efek samping obat tidak ada hubungan secara statistic dengan keteraturan berobat penderita TB Paru di Puskesmas.

Penelitian mengenai program tuberkulosis, juga pernah dilakukan oleh Syaumaryadi yang berjudul “Hubungan Keluhan Efek Samping Obat Anti Tuberkulosis dengan Ketidapatuhan Berobat Penderita TB Paru Di Kota Palembang Sumatera Selatan Tahun 1997-2000”. Penelitian ini bertujuan untuk:

- 1) Mengetahui hubungan keluhan efek samping obat anti tuberkulosis terhadap ketidapatuhan berobat penderita TB Paru di Kota Palembang Propinsi Sumatera Selatan Tahun 1999-2000
- 2) Mengetahui distribusi frekuensi keluhan efek samping obat, karakteristik demografi responden, karakteristik PMO, karakteristik layanan kesehatan pada penderita patuh dan tidak patuh berobat.
- 3) Mengetahui hubungan keluhan efek samping obat anti Tuberkulosis, karakteristik demografi responden, karakteristik PMO, karakteristik pelayanan kesehatan, dengan ketidak patuhan berobat penderita TB Paru di Kota Palembang Sumatera Selatan tahun 1999 – 2000.

Pendekatan penelitian tersebut adalah kuantitatif dengan jenis penelitian Disain Kasus Kontrol tidak berpadanan (*unmatched*). Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah: *simple random sampling*. Hasil penelitian adalah sebagai berikut:

- 1) Distribusi keluhan efek samping OAT pada penderita TB Paru di kelompok kasus (tidak patuh berobat) lebih besar dibandingkan dengan keluhan efek samping OAT di kelompok kontrol (patuh berobat)
- 2) Ada hubungan antara keluhan efek samping OAT dengan ketidapatuhan berobat penderita TB Paru dimana penderita TB Paru yang ada keluhan efek samping OAT.

3) Faktor resiko lain yang berhubungan dengan ketidakpatuhan berobat adalah faktor resiko peran PMO dan mutu pelayanan kesehatan, dimana kedua faktor resiko tersebut tidak berperan sebagai efek modifikasi dan atau faktor perancu sehingga efek dari keluhan efek samping OAT merupakan efek yang tidak dipengaruhi oleh kedua faktor resiko lainnya.

4) Tidak ada hubungan antara jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, umur, penderita TB Paru, serta jenis dan pendidikan PMO untuk tidak patuh berobat.

Jika dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti saat ini, maka terdapat beberapa persamaan, yaitu seluruhnya melakukan penelitian terhadap pelaksanaan program tuberkulosis. Namun, terdapat perbedaan maupun kekhususan, yaitu: peneliti dalam penelitian ini memfokuskan kepada evaluasi pelaksanaan program tuberkulosis yang dilakukan organisasi kemasyarakatan berbasis komunitas. Sehingga penelitian ini menggunakan dasar ilmu sosial khususnya ilmu administrasi kebijakan publik. Berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya yang menggunakan pendekatan medis. Penelitian ini juga lebih melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan program secara internal. Jadi ruang lingkupnya tidak seluas yang dilakukan oleh beberapa penelitian sebelumnya yang juga melakukan evaluasi terhadap masyarakat.

Tabel 2.1  
Matriks Hasil Penelitian Terdahulu Tentang Evaluasi Program

| Aspek             | Peneliti 1  | Peneliti 2  | Peneliti 3  | Peneliti 4  | Peneliti  |
|-------------------|---|---|---|---|---|
| Nama              | Melina Hendratna  | Darmadi   | Felly Philipus Senewe   | Syaumaryadi   | Oetari Cinthya Bramanty   |
| Judul Penelitian  | ”Evaluasi Pengiriman Dahak Penderita Tuberkulosis Paru pada Kertas Saring melalui Pos.”   | “Analisis Kualitatif Perilaku Kepatuhan Menelan Obat Penderita Tuberkulosis Paru di 4 Puskesmas Wilayah Kabupaten Ketapang”   | “Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keteraturan Berobat Penderita Tuberkulosis Paru di Puskesmas Se-Kotif Depok Jawa Barat Tahun 1997”.                      | “Hubungan Keluhan Efek Samping Obat Anti Tuberkulosis dengan Ketidapatuhan Berobat Penderita TB Paru Di Kota Palembang Sumatera Selatan Tahun 1997-2000”  | “Evaluasi Pelaksanaan Program Penanggulangan Tuberkulosis Berbasis Komunitas yang dilakukan Principal Recipient Aisyiyah ”                                      |
| Tujuan Penelitian | Untuk membuktikan bahwa cara pengiriman dahak kering yang disimpan pada kertas saring dan dikirimkan melalui pos dapat merupakan cara pengiriman yang dapat dipakai untuk menggantikan cara pengiriman yang konvensional. | 1). Memperoleh informasi tentang hal-hal yang menyebabkan rendahnya kepatuhan menelan obat TB paru pada penderita TB Paru yang berobat di 4 (empat) Puskesmas wilayah Kabupaten Ketapang Kalimantan Barat tahun 2000.<br>2). Memperoleh informasi tentang bagaimana peranan pengetahuan | Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan keteraturan berobat penderita TB Paru di Puskesmas Se- Kota Administratif Depok, Jawa Barat, tahun 1997. | 1) Mengetahui hubungan keluhan efek samping obat anti tuberkulosis terhadap ketidapatuhan berobat penderita TB Paru di Kota Palembang Propinsi Sumatera Selatan Tahun 1999-2000<br>2) Mengetahui distribusi frekuensi keluhan efek samping obat, karakteristik demografi responden, karakteristik | Mengkaji efektivitas pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis berbasis masyarakat dilihat dari aspek manajemen program dan pengelolaan keuangan program. |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  | <p>dalam kepatuhan menelan obat TB Paru pada penderita TB Paru yang berobat di 4 (empat) Puskesmas Wilayah Kabupaten Ketapang Kalimantan Barat tahun 2000..</p> <p>3) Memperoleh informasi tentang bagaimana peranan sikap penderita TB Paru dalam kepatuhan menelan obat TB Paru pada penderita TB Paru yang berobat di 4 (empat) Puskesmas wilayah Kabupaten Ketapang Kalimantan Barat tahun 2000.</p> <p>4) Memperoleh informasi tentang motivasi penderita TB Paru dalam kepatuhan menelan obat TB Paru pada penderita TB Paru yang berobat di 4 (empat) Puskesmas wilayah Kabupaten Ketapang Kalimantan Barat tahun 2000.</p> <p>5) Memperoleh informasi tentang bagaimana niat</p> |  | <p>PMO, karakteristik layanan kesehatan pada penderita patuh dan tidak patuh berobat.</p> <p>3) Mengetahui hubungan keluhan efek samping obat anti Tuberkulosis, karakteristik demografi responden, karakteristik PMO, karakteristik pelayanan kesehatan, dengan ketidak patuhan berobat penderita TB Paru di Kota Palembang Sumatera Selatan tahun 1999 – 2000.</p> |  |
|--|--|--|--|--|--|

|                       |  |  |                                       |  |                       |
|-----------------------|--|--|---------------------------------------|--|-----------------------|
|                       |  | <p>penderita TB Paru dalam kepatuhan menelan obat TB Paru yang berobat di 4 (empat) Puskesmas Wilayah Kabupaten Ketapang Kalimantan Barat tahun 2000.</p> <p>6)Memperoleh informasi tentang persepsi penderita TB Paru terhadap peranan petugas pengelola program TB Paru, PMO, Petugas laboratorium yang dapat mempengaruhi kepatuhan menelan obat TB Paru pada penderita TB Paru di 4 (empat) Puskesmas di wilayah Kabupaten Ketapang Kalimantan Barat tahun 2000.</p> |                                       |  |                       |
| Pendekatan Penelitian | Pendekatan Kuantitatif   | Pendekatan Kualitatif  | Pendekatan Kuantitatif                | Pendekatan Kuantitatif   | Pendekatan Kualitatif |
| Jenis Penelitian      | Analisis kuantitatif dengan menggunakan uji statistic McNemar dan Wilcoxon. Sedangkan untuk uji distribusi | Penelitian Deskriptif  | Penelitian <i>Cross - Sectional</i> . | Penelitian Disain Kasus Kontrol tidak berpadanan ( <i>unmatched</i> ). | Penelitian Deskriptif |

|                         |  |   |  |  |                         |
|-------------------------|--|---|--|--|-------------------------|
|                         | dipakai rumus Kolmogorov – Smirnov dan uji korelasi menggunakan rumus Kendall  |   |  |  |                         |
| Teknik Pengumpulan Data | <i>Purposive Sampling</i> yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Pasar Rebo terhadap 100 orang penderita tuberkulosis paru   | Wawancara mendalam dan Pedoman Diskusi Kelompok Terarah ( <i>Focus Group Discussion</i> )   | <i>Simple Random Sampling</i> (SRS) dengan kerangka sampling dibuat berdasarkan catatan atau laporan dari Puskesmas.   | <i>Simple Random Sampling</i> (SRS)  | Observasi dan Wawancara |
| Hasil Penelitian        | Dari 100 sampel yang dikirimkan melalui pos, dengan lama pengiriman antara 3 – 17 hari, sebanyak 72% memberikan hasil pemeriksaan mikroskopik BTA (+) dan 63% dengan biakan BTA (+). Maka tidak terbukti adanya korelasi antara derajat kepositifan dahak dengan lamanya BTA tumbuh. Namun dibuktikan bahwa ada korelasi antara derajat kepositifan dahak dengan | 1) Pengetahuan penderita aktif yang berobat dan penderita yang tidak aktif berobat menunjukkan penderita mempunyai pengetahuan cukup baik<br>2) Persepsi penderita TB Paru yang aktif berobat terhadap petugas program TB Paru, PMO umumnya baik sedangkan persepsi penderita TB Paru yang tidak aktif berobat terhadap petugas program TB Paru, terhadap petugas Laboratorium dan PMO, | 1) Penyuluhan kesehatan mempunyai hubungan yang bermakna dengan keteraturan berobat penderita TB Paru se-Kotif Depok, Jabar.<br>2) Ketersediaan sarana transportasi mempunyai hubungan secara statistik dengan keteraturan berobat penderita TB Paru di Puskesmas se-Kotif Depok, Jabar.<br>3) Pekerjaan mempunyai hubungan yang bermakna dengan keteraturan berobat | 1) Distribusi keluhan efek samping OAT pada penderita TB Paru di kelompok kasus (tidak patuh berobat) lebih besar dibandingkan dengan keluhan efek samping OAT di kelompok kontrol (patuh berobat)<br>2) Ada hubungan antara keluhan efek samping OAT dengan ketidakpatuhan berobat penderita TB Paru dimana penderita TB Paru yang ada keluhan efek samping |                         |

|  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|---|--|--|
|  | <p>nilai biakan. Selain itu juga dibuktikan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna terjadinya kontaminasi pada media biakan antara kelompok control dengan kelompok studi.</p> | <p>buruk.<br/>3) Sikap penderita TB Paru dengan lama dan keteraturan menelan obat yaitu apabila sikap penderita TB Paru terhadap lamanya dan keteraturan menelan obat baik maka penderita akan patuh menelan obat TB Paru.<br/>4) Ada hubungan antara motivasi dengan penderita aktif berobat serta motivasi dengan penderita aktif berobat yaitu apabila motivasi positif maka penderita TB Paru akan lebih teratur berobat.<br/>5) Penderita yang aktif berobat maupun yang tidak aktif berobat menunjukkan adanya niat untuk kesembuhan bagi dirinya dan hanya sebagian kecil saja yang tidak ada niat atau pasrah dengan keadaan sakitnya.<br/>6) Peranan PMO yang penderitanya aktif berobat dengan pengawasan yang</p> | <p>penderita TB Paru di Puskesmas se Kotif Depok, Jabar<br/>4) Pengetahuan tidak ada hubungan secara statistik dengan keteraturan berobat penderita TB Paru di Puskesmas se-Kotif Depok, Jabar<br/>5) Jarak tidak ada hubungan secara statistik dengan keteraturan berobat penderita TB Paru di Puskesmas se-Kotif Depok, Jabar<br/>6) Efek samping obat tidak ada hubungan secara statistik dengan keteraturan berobat penderita TB Paru di Puskesmas.</p> | <p>OAT.<br/>3) faktor resiko lain yang berhubungan dengan ketidakpatuhan berobat adalah faktor resiko peran PMO dan mutu pelayanan kesehatan, dimana kedua faktor resiko tersebut tidak berperan sebagai efek modifikasi dan atau faktor perancu sehingga efek dari keluhan efek samping OAT merupakan efek yang tidak dipengaruhi oleh kedua faktor resiko lainnya.<br/>4) Tidak ada hubungan antara jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, umur, penderita TB Paru, serta jenis dan pendidikan PMO untuk tidak patuh berobat.</p> |  |
|--|--|--|---|--|--|

|  |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|
|  |  | baik sehingga menyebabkan adanya kepatuhan menelan obat TB Paru. Sedangkan peranan PMO yang penderitanya tidak aktif berobat pengawasannya buruk, dan menyebabkan rendahnya kepatuhan menelan obat TB Paru. |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|

## 2.2.Konsep dan Teori Ilmu Administrasi

Menurut Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia (1997,p.1), secara elementer, administrasi terjadi apabila terdapat dua orang atau lebih, yang bekerja sama melakukan kegiatan tertentu dengan sarana tertentu untuk mencapai tujuan bersama. Dengan sendirinya antara manusia, kerja sama, kegiatan, sarana dan tujuan tersebut saling berkaitan satu sama lain. Oleh karena itu, administrasi merupakan suatu sistem yang memiliki sifat lima hal berikut dan merupakan sub-sistemnya:

1. Abstrak, karena tidak dapat dikenali wujud rupanya
2. Buatan manusia (*man-made systems*)
3. Terbuka (*open systems*), karena peka terhadap pengaruh lingkungan, baik sosial maupun fisik.
4. Hidup (*living systems*), berkembang terus akibat sifat terbukanya.
5. Kompleks, karena di dalamnya terdapat banyak subsistem, sehingga banyak terjadi hubungan antar-subsistem yang satu dengan yang lainnya, di samping sistem administrasi sebagai suatu totalitas juga berinteraksi dengan sistem-sistem lainnya.

Robbins (1994,p.2) mendefinisikan ilmu administrasi sebagai proses universal dalam rangka melakukan aktivitas dan hubungan antar personal secara efisien. Proses sosialisasi konsep dan nilai dilakukan secara turun temurun di dalam suatu organisasi, terlepas dari karakteristik organisasi tersebut apakah *profit-oriented* ataupun *non-profit*. Sementara menurut Mustopadidjaja (2002, p.3-4), Berbagai dimensi administrasi dan kompleksitas permasalahan pembangunan yang timbul dalam rangka penyelenggaraan berbagai tugas pemerintahan di negara-negaraberkembang secara sistemikberhubungan erat satu sama lain, dandapat disederhanakan dalam komponen-komponenpermasalahan administrasisebagai berikut: kelembagaan, organisasi,sumber daya manusia, manajemendan sarana dan prasarana administrasi.

Menurut Barzelay (2001,p.52) Kebijakan Publik mengacu pada aturan-aturan yang dikeluarkan oleh institusi pemerintahan yang mengatur ruang lingkup manajemen perencanaan dan keuangan, layanan publik dan terkait dengan

kelompok pekerja, pengadaan barang, metode dan organisasi, serta audit dan evaluasi. Kebijakan Publik merupakan sebuah hal yang sangat luas dan terkait dengan banyak disiplin ilmu.

Ilmu administrasi merupakan dasar dari pelaksanaan evaluasi program dimana didalam suatu program terdapat kerja sama dari beberapa orang untuk tujuan bersama. Dalam melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan program penanggulangan tuberculosis oleh PR TB Aisyiyah, menggunakan kerangka berpikir yang didasari konsep dan teori ilmu administrasi. Program yang dijalankan oleh PR TB Aisyiyah ini bersifat terbuka karena peka terhadap pengaruh lingkungan, sistemnya dibuat oleh manusia dan terus berkembang karena memiliki banyak kaitan dengan berbagai aspek.

### 2.3. Organisasi

Henry (2004,p.57) menjelaskan bahwa semua organisasi, terlepas dari sektor apa yang dijalankannya, memiliki beberapa persamaan dasar. Meskipun, memang terdapat beberapa perilaku/budaya yang berbeda dari organisasi di masing-masing sektor:

- Sektor Swasta, yang di dalamnya terdiri dari perusahaan yang mencari laba;
- Sektor Non-profit, mengakomodir kelompok-kelompok asosiasi profesi yang memiliki tujuan lebih dari hanya sekedar mencari laba;
- Sektor Publik, terdiri atas pemerintah, agen-agen pemerintah, perusahaan milik pemerintah dan juga terkadang beberapa organisasi non-profit.

Organisasi Non-profit (seringkali juga disebut sebagai organisasi *hybrid*) memiliki karakteristik yang unik yang membedakannya dari sektor swasta maupun organisasi publik. Lebih lanjut dalam pelaksanaannya, seringkali organisasi publik menggunakan sektor swasta maupun organisasi non-profit dalam mengimplementasikan kebijakan publik.

Sakai (2002, p.161-162) berpendapat bahwa di Indonesia, Organisasi Non-Pemerintah biasa disebut LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat), hal ini mulai berkembang ketika era pemerintahan Soeharto, karena terminologi Non-Pemerintah dianggap sebagai anti pemerintah. Namun seiring dengan berakhirnya

rezim Soeharto, maka terdapat transisi nilai sehingga istilah Organisasi Non-Pemerintah atau ornop, biasa digunakan selain juga penggunaan istilah LSM.

Menurut Heydebrand dan Noel (1973,p.294-295), Organisasi yang profesional merupakan tipe khusus dari organisasi. Sebagai organisasi yang terbentuk berdasarkan konstruksi sosial dan aktivitas yang dilakukan untuk mencapai tujuan tertentu, maka organisasi harus memiliki tiga hal paling penting yaitu: spesifikasi mengenai tugas dan tujuan yang akan dicapai, membangun konsep yang kuat untuk menghasilkan target keluaran, serta melakukan kontrol terhadap pelaksanaan aktivitas yang berhubungan dalam pencapaian tujuan yang sudah ditetapkan.

Dalam melakukan evaluasi pelaksanaan program penanggulangan Tuberkulosis berbasis komunitas yang dilakukan oleh PR TB Aisyiyah perlu mempertegas definisi organisasi. PR TB Aisyiyah merupakan salah satu contoh organisasi non profit, karena PR TB Aisyiyah adalah sebuah organisasi kemasyarakatan berbasis keagamaan yang ada di Indonesia. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan selama ini memiliki target keluaran dan terdapat kontrol terhadap pelaksanaan aktivitas dalam pencapaian tujuan yang sudah ditetapkan.

PR TB Aisyiyah merupakan organisasi non-profit yang bergerak dalam bidang kebijakan publik, yaitu kesehatan masyarakat khususnya terbebas dari penyakit tuberkulosis. Aisyiyah sebagai organisasi perempuan Muhammadiyah, terbentuk atas kontruksi sosial dan aktivitas yang dilakukan untuk mencapai tujuan tertentu yaitu mewujudkan masyarakat islam yang madani. PR TB Aisyiyah sebagai salah satu amal usaha yang dimiliki oleh Aisyiyah secara spesifik bertujuan agar menciptakan masyarakat islam yang sebebaskan terutama bebas dari penyakir tuberkulosis.

PR TB Aisyiyah memiliki spesifikasi mengenai tugas dan tujuan yang akan dicapai, yaitu sejumlah target berupa jumlah kader dan tokoh agama yang harus dilatih, jumlah pasien yang ditemukan, jumlah pasien yang sembuh setelah diobati. PR TB Aisyiyah dalam mencapai target dan tujuannya menciptakan konsep yang kuat. Konsep yang kuat ini terwujud dalam aturan keuangan dan pelaksanaan program yang dituangkan dalam Pedoman Pelaksanaan Program dimana semua yang berkaitan dengan pengelolaan program sudah diatur

terperinci. Selain aturan dan konsep yang kuat, PR TB Aisyiyah juga melakukan kontrol terhadap pelaksanaan aktivitas yang berhubungan dalam pencapaian tujuan yang sudah ditetapkan. Evaluasi rutin, sistem pelaporan dan supervise menjadi bagian dari pelaksanaan kontrol terhadap aktivitas yang dilakukan.

#### **2.4. Definisi Manajemen Program**

Sebelum dapat melakukan evaluasi terhadap suatu program, terlebih dulu kita perlu merumuskan definisi suatu program. Kerzner (2006,p.2-3) berpendapat bahwa sebuah program dapat diartikan sebagai serangkaian kegiatan dan tugas-tugas dimana:

- a) Memiliki tujuan spesifik untuk dicapai dengan spesifikasi tertentu.
- b) Memiliki tanggal awal dan tanggal akhir yang tepat untuk melaksanakan kegiatan.
- c) Memiliki batasan dalam pembiayaan/*budget*.
- d) Membutuhkan sumber daya manusia dan sumber daya non manusia (misalnya: uang, staff, peralatan)
- e) Bersifat multi-fungsional (terdiri atas beberapa fungsi)

Menurut Cleland dan Ireland (2002,p.39), Manajemen Program merupakan serangkaian aktivitas dalam melaksanakan tujuan program oleh anggota tim pelaksana program dan pihak terkait lainnya berdasarkan jadwal yang sudah dibuat untuk program tersebut, rencana anggaran dan hasil tujuan pelaksanaan.

Pendekatan terhadap Manajemen Program, termasuk sesuatu yang modern. Hal tersebut ditandai dengan munculnya beberapa metode mengenai restrukturisasi manajemen dan mengadaptasi teknik manajemen khusus, yang bertujuan agar dapat melakukan kontrol dan penggunaan yang lebih baik terhadap sumber daya yang dimiliki. Lock (1981,p.1) juga berpendapat bahwa: Manajemen program telah diakui sebagai suatu cabang manajemen yang khusus, yang dikembangkan dengan tujuan untuk dapat melakukan koordinasi dan pengendalian atas beberapa kegiatan modern yang sifatnya kompleks itu.

Menurut Kerzner (2006,p.3), Manajemen Program membutuhkan perencanaan program dan evaluasi program yang meliputi beberapa hal berikut:

1. Perencanaan Program:
  - a) Definisi persyaratan dalam bekerja,
  - b) Definisi kuantitas dan kualitas kerja,
  - c) Definisi sumber daya yang dibutuhkan.
2. Evaluasi Program:
  - a) Mengukur kemajuan program,
  - b) Membandingkan hasil yang diprediksi dengan hasil aktual,
  - c) Menganalisis dampak,
  - d) Membuat penyesuaian.

Menurut Heenan dan Perlmutter (1979,p.17), Kesuksesan dalam menjalankan tujuan organisasi memiliki beberapa faktor penting:

1. Komitmen
2. Integritas
3. Keputusan Realistis
4. Hubungan internal organisasi yang baik
5. Penugasan staf yang tepat

PR TB Aisyiyah dalam mengelola program penanggulangan Tuberkulosis merupakan suatu bentuk pelaksanaan manajemen, dimana PR TB Aisyiyah memiliki sejumlah tujuan program yang spesifik yaitu jumlah kader dan tokoh agama yang harus dilatih, jumlah pasien yang ditemukan, jumlah pasien yang sembuh setelah diobati. Program penanggulangan tuberkulosis yang dilakukan oleh PR TB Aisyiyah memiliki tanggal awal dan tanggal akhir yang jelas. Untuk fase satu, dimulai dari 1 Juli 2009 hingga 30 Juni 2011. Sementara fase dua berjalan setelahnya, yaitu 1 Juli 2011 sampai dengan 30 Juni 2014. Program penanggulangan TB yang dilakukan oleh PR TB Aisyiyah mendapat bantuan dana hibah dari The Global Fund. Dan memiliki aturan yang mengikat serta biaya kegiatan yang dibatasi. Dalam pelaksanaan kegiatan tentunya melibatkan sejumlah staf dan manajemen yang mendukung program PR TB Aisyiyah.

Pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis oleh PR TB Aisyiyah memiliki perencanaan program yang meliputi definisi dalam bekerja, definisi

kuantitas dan kualitas kerja, dan sumber daya yang dibutuhkan. Evaluasi pelaksanaan program dilakukan secara berkala tiap bulan, tiga bulan dan enam bulan. Evaluasi program tersebut dilakukan guna mendapatkan informasi kemajuan program, perbandingan hasil yang diprediksi atau target program dengan hasil actual, analisis dampak, dan jika diperlukan maka akan membuat penyesuaian.

Selama pengalaman PR TB Aisyiyah dalam melaksanakan program penanggulangan tuberkulosis di kurun waktu Juli 2009 hingga Juni 2011, diperoleh pembelajaran berupa pentingnya komitmen dan integritas dari setiap staf, serta penugasan staf yang tepat sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya. Keputusan Realistis yang diambil dalam pelaksanaan program juga menjadi faktor kunci dalam pelaksanaan program. Hubungan internal organisasi yang baik sangat diperlukan. PR TB Aisyiyah sebagai salah satu amal usaha dari Aisyiyah memiliki kewajiban untuk melaporkan perkembangan program terhadap dewan Pembina yang terdiri dari pengurus pusat Aisyiyah dan Muhammadiyah. Sehingga komunikasi kuat terjalin dan membuat hubungan dengan organisasi menjadi sangat baik.

## **2.5. Teori Evaluasi Program**

Menurut pengertian bahasa, kata evaluasi berasal dari bahasa Inggris *evaluation* yang berarti penilaian atau penaksiran. Menurut Muraskin (1993,p.4), evaluasi adalah rangkaian sistematis dan analisis data yang diperlukan untuk membuat keputusan, suatu proses di mana sebagian besar program yang dijalankan telah berjalan baik sejak awal. Sedangkan menurut Parson (2008,p.10), evaluasi adalah pemeriksaan yang obyektif, sistematis dan empiris terhadap efek dari kebijakan dan program publik terhadap targetnya dari segi tujuan yang ingin dicapai

Seluruh aktivitas di dalam program dan pihak-pihak terkait di dalamnya harus di dimonitor dan di evaluasi. Dalam melakukan evaluasi program, Kerzner (2006,p.3) mengklasifikasikan beberapa tahapan yang harus dilakukan yaitu:

1. Mengukur kemajuan program
2. Membandingkan target dan pencapaian program

3. Menganalisis hasil
4. Membuat kesimpulan

Berdasarkan sudut pandang tersebut, maka dalam penelitian ini evaluasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

Langkah 1: Memilih instrumen evaluasi

Langkah 2: Merumuskan masalah

Langkah 3: Merancang bentuk evaluasi.

Dalam program penanggulangan Tuberkulosis (TB) terdapat target yang perlu dicapai. Selain jumlah kader masyarakat dan tokoh agama yang mendapatkan pelatihan mengenai sosialisasi penyakit tuberkulosis, juga terutama target dari pasien tuberkulosis yang ditemukan dan berhasil diobati hingga sembuh. Maka dari itu, perspektif yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Goal-Based Evaluation*. Evaluasi ini mengukur apakah program sudah mencapai tujuannya (Schriener, 1991, p.55-62).

Henry (2004, p.186-187) berpendapat bahwa terdapat lima jenis metode dalam melakukan evaluasi kinerja program:

1. Beban Kerja atau Keluaran : Merupakan ukuran paling dasar dalam menilai kinerja program. Melakukan penilaian terhadap jumlah pekerjaan yang dilakukan atau jumlah servis yang diberikan.
2. Satuan harga, atau Efisiensi : Penilaian kinerja yang lebih detail, dan melakukan analisa pengeluaran per unit dari beban kerja/output.
3. Hasil, atau efektivitas : Menilai seberapa banyak tujuan awal yang tercapai, atau seberapa banyak target yang terlaksana.
4. Kualitas pelayanan : Penilaian didasarkan pada nilai-nilai manajemen yang harus dipenuhi terhadap kebutuhan atau harapan klien/konsumen seperti waktu yang dibutuhkan, ketepatan dan kesopanan.
5. Kepuasan Masyarakat : bisa dibilang merupakan akhir dari proses pengukuran kinerja program. Menilai banyaknya masyarakat yang merasa puas terhadap suatu program.

Lebih lanjut, Henry (2004, p.189) juga berpendapat bahwa Pengukuran Kinerja merupakan dasar dari proses membandingkan menjadi acuan

(*benchmarking*). Proses *Benchmarking* bisa juga didefinisikan sebagai pencarian kinerja yang paling baik melalui analisa sistematis dan penggunaan metode paling baik dengan cara perbandingan internal dan external untuk mendorong kinerja menjadi lebih baik lagi.

Pelaksanaan Evaluasi memfokuskan kepada bagaimana proses tersebut dapat memaksimalkan nilai-nilai yang utama. Sistem Manajemen, politik dan perspektif hukum yang masih bersifat tradisional, cenderung dapat mendorong terjadinya masalah apabila hal tersebut mengakibatkan munculnya diskresi kekuasaan terhadap administrasi individual (Rosenbloom dan Kravchuk, 2002, p.379).

Di dalam struktur organisasi PR TB Aisyiyah, terdapat unit Monitoring dan Evaluasi yang bertugas untuk memantau pelaksanaan program berdasarkan laporan yang diterima secara berkala. Dari segi keuangan, juga terdapat mekanisme evaluasi yang dilakukan oleh *Finance Controller*. Pelaporan keuangan, seperti halnya pelaksanaan program, juga rutin melaporkan sekala berkala yaitu bulanan, tiga bulanan dan enam bulanan.

## **2. 6. Pengukuran Kinerja**

Menurut Poister (2003,p.3-4) Pengukuran Kinerja, merupakan proses yang sangat vital yang harus dilakukan setiap manajer baik di sektor pemerintah maupun organisasi non profit. Proses pengukuran kinerja ini terdiri dari beberapa tahapan: membuat definisi, melakukan monitor, menggunakan indikator obyektif dalam melihat kinerja pelaksanaan program atau organisasi secara berkala. Pengukuran kinerja bertujuan untuk mengukur obyektivitas, informasi relevan bagi program atau kinerja organisasi yang dapat digunakan untuk memperkuat manajemen dan menjadi sumber informasi pengambilan keputusan, mencapai hasil akhir memperbaiki kinerja keseluruhan serta meningkatkan akuntabilitas.

Berikut ini proses Membuat dan Melaksanakan Sistem Pengukuran Kinerja menurut Poister (2003,p.23):

1. Memastikan komitmen dari pihak manajemen
2. Mengatur sistem proses pembentukan
3. Membuat parameter sistem dan tujuan

4. Mengidentifikasi keluaran dan Kriteria kinerja lainnya
5. Mendefinisikan, Mengevaluasi dan memilih indikator
6. Membuat prosedur pengumpulan data : Memenuhi standar kualitas
7. Menspesifikkan jenis sistem: Mengidentifikasi frekuensi pelaporan, Membentuk format pelaporan, Membentuk aplikasi *software*, menentukan pihak yang bertanggungjawab terhadap sistem
8. Menentukan pilot dan merevisinya jika diperlukan
9. Melaksanakan sistem skala penuh
10. Menggunakan, mengevaluasi, dan memodifikais sitem jika dibutuhkan.

Dalam melakukan evaluasi pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis yang dilakukan oleh PR TB Aisyiyah, juga melihat kinerja sebagai salah satu bentuk indikator pelaksanaan program. Kinerja karyawan PR TB Aisyiyah dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya diketahui melalui wawancara dengan pihak manajemen.

### **2.7. Sistem Penganggaran Berbasis Kinerja (*Performance Budgeting System*)**

Di negara-negara yang sedang melaksanakan pembangunan, kebijakan dan administrasi anggaran pendapatan negara memainkan peranan penting karena dapat menentukan berhasil atau gagalnya pelaksanaan pembangunan (Abdullah, 1983,p.2). Pendapatan negara diartikan sebagai penerimaan negara dalam arti yang seluas-luasnya yaitu meliputi penerimaan pajak, penerimaan yang diperoleh dari hasil penjualan barang dan jasa yang dimiliki dan dihasilkan oleh negara, pinjaman negara, mencetak uang, dan sebagainya (Suparmoko, 1996, p.4).

Sistem penganggaran yang berdasarkan kinerja digunakan oleh instansi pemerintah dalam rangka peningkatan kinerja. Salah satu yang menggunakan adalah Kementerian Keuangan Republik Indonesia dalam melakukan penyusunan anggaran Negara.

Sebelum berlakunya sistem Anggaran Berbasis Kinerja, metode penganggaran yang digunakan adalah metoda tradisional atau *item line budget*. Cara penyusunan anggaran ini tidak didasarkan pada analisa rangkaian kegiatan yang harus dihubungkan dengan tujuan yang telah ditentukan, namun lebih dititikberatkan pada kebutuhan untuk belanja/pengeluaran dan sistem pertanggung

jawabannya tidak diperiksa dan diteliti apakah dana tersebut telah digunakan secara efektif dan efisien atau tidak. Tolok ukur keberhasilan hanya ditunjukkan dengan adanya keseimbangan anggaran antara pendapatan dan belanja namun jika anggaran tersebut defisit atau surplus berarti pelaksanaan anggaran tersebut gagal. Dalam perkembangannya, muncullah sistematis anggaran kinerja yang diartikan sebagai suatu bentuk anggaran yang sumber-sumbernya dihubungkan dengan hasil dari pelayanan (Kementerian Keuangan Republik Indonesia, 2012).

Anggaran kinerja mencerminkan beberapa hal. Pertama, maksud dan tujuan permintaan dana. Kedua, biaya dari program-program yang diusulkan dalam mencapai tujuan ini. Dan yang ketiga, data kuantitatif yang dapat mengukur pencapaian serta pekerjaan yang dilaksanakan untuk tiap-tiap program. Penganggaran dengan pendekatan kinerja ini berfokus pada efisiensi penyelenggaraan suatu aktivitas. Efisiensi itu sendiri adalah perbandingan antara output dengan input. Suatu aktivitas dikatakan efisien, apabila output yang dihasilkan lebih besar dengan input yang sama, atau output yang dihasilkan adalah sama dengan input yang lebih sedikit. Anggaran ini tidak hanya didasarkan pada apa yang dibelanjakan saja, seperti yang terjadi pada sistem anggaran tradisional, tetapi juga didasarkan pada tujuan/rencana tertentu yang pelaksanaannya perlu disusun atau didukung oleh suatu anggaran biaya yang cukup dan penggunaan biaya tersebut harus efisien dan efektif (Kementerian Keuangan Republik Indonesia, 2012).

Informasi mengenai kinerja merupakan konsep yang cukup sederhana namun adil, yang memberikan keterangan apakah program, lembaga dan penyedia layanan publik melakukan pekerjaan yang dituntut dari mereka secara efektif dan efisien. Organisasi OECD (*Organization for Economic Co-operation and Development*) telah mendefinisikan anggaran kinerja sebagai penganggaran yang menghubungkan dana yang dialokasikan untuk hasil yang dapat diukur (Policy Brief, 2008,p.5).

Penganggaran kinerja presentasi secara sederhana merujuk pada informasi mengenai kinerja ditampilkan dalam dokumen anggaran atau dokumen lain yang digunakan oleh pemerintah. Informasi dapat mengacu kepada target atau hasil capaian, atau keduanya, dan memasukkan informasi latar belakang untuk

akuntabilitas dan dialog dengan pembuat kebijakan serta masyarakat dalam hal isu kebijakan publik. Informasi kinerja tidak ditujukan untuk membuat keputusan.

Dalam penganggaran berdasar kinerja, sumber daya berhubungan secara langsung dalam kinerja yang akan datang atau kinerja sebelumnya. Informasi kinerja sangat penting dalam proses pengambilan keputusan penganggaran, namun tidak menentukan jumlah sumber daya yang dialokasikan dan tidak memberikan penjabaran kuantitas dalam pengambilan keputusan. Informasi kinerja digunakan bersama dengan informasi lainnya dalam proses pengambilan keputusan.

Anggaran berbasis kinerja melibatkan sumber daya yang dialokasikan berdasarkan hasil yang dicapai. Bentuk penganggaran berbasis kinerja ini hanya digunakan oleh sektor-sektor yang spesifik. Misalnya saja analisis terhadap jumlah mahasiswa program pasca-sarjana yang lulus membawa dampak terhadap pembiayaan program universitas di tahun selanjutnya.

Osborne dan Gaebler (1992,p.143) berpendapat bahwa dalam setiap program, perlu menentukan serangkaian:

1. Tujuan.
2. Indikator keberhasilan masyarakat.
3. Indikator kinerja.

PR TB Aisyiyah melaksanakan program penanggulangan tuberkulosis dengan menentukan target tujuan, dan juga menyusun indikator kemajuan kinerja program melalui beberapa hal yang terkait dengan masyarakat. Jumlah masyarakat yang diduga memiliki penyakit tuberkulosis melalui pemeriksaan ke unit pelayanan masyarakat, hingga memastikan pasien yang terkena tuberkulosis selesai berobat dan sembuh.

## **2.8. Pemberdayaan Masyarakat**

Wellerstein (2007) dalam Satria (2007,p.18) mengatakan bahwa pemberdayaan adalah sebuah proses tindakan sosial yang meningkatkan partisipasi masyarakat, organisasi dan komunitas dalam mencapai tujuan-tujuan baik secara individu maupun kehidupan komunitas dan keadilan sosial. Lebih lanjut, Setiana (2005,p.5) berpendapat bahwa upaya pemberdayaan masyarakat

pada hakikatnya selalu dihubungkan dengan karakteristik sasaran sebagai suatu komunitas yang mempunyai ciri, latar belakang, dan budaya tertentu sehingga upaya pemberdayaan pada masyarakat petani tidak sama dengan pemberdayaan pada masyarakat pesisir. Hal ini dimungkinkan karena adanya berbagai faktor yang melatarbelakangi termasuk menyangkut sosial budaya setempat.

Dalam kaitannya dengan Konsep dan Ilmu Administrasi khususnya Administrasi Negara, Pemberdayaan Masyarakat merupakan salah satu konsep *Reinventing Government* (Osborne dan Gaebler, 1992, p.49). Dimana Negara berfungsi untuk *empowering*, atau jika diterjemahkan secara bebas adalah memfasilitasi masyarakat untuk menjadi berdaya, dan bukan hanya bertugas melayani masyarakat atau *servicing*.

Osborne dan Gaebler (1992, p.66-67) menyebutkan bahwa masyarakat atau komunitas, memiliki komitmen yang lebih tinggi dalam hal pelayanan terhadap anggota masyarakat dibandingkan dengan sistem pelayanan dari pemerintah. Masyarakat memiliki pemahaman yang lebih baik terkait dengan masalah yang dihadapinya dibandingkan dengan servis pelayanan tenaga profesional. Tenaga profesional, birokrasi dan institusi pemerintah hanya memberikan pelayanan, sementara masyarakat melakukan pemecahan masalah dengan 'kepedulian'.

Saat ini organisasi masyarakat atau komunitas, juga telah melibatkan sejumlah tenaga profesional seperti tenaga kesehatan dan juga mengacu kepada berbagai metode mutakhir dalam menangani permasalahan sosial. Organisasi masyarakat atau Kelompok Komunitas, semakin serius dan bersifat formal. McKenzie (2005, p.118) mendefinisikan hal ini sebagai sebuah proses dimana masyarakat atau komunitas dibantu untuk mengidentifikasi masalah mereka dan tujuan yang ingin mereka capai, memobilisasi sumber daya dan kemudian membangun serta mengimplementasikan strategi-strategi untuk mencapai tujuan yang telah mereka tetapkan bersama-sama.

### BAB 3

#### METODE PENELITIAN

Peranan ilmu-ilmu sosial dalam program-program pembangunan di berbagai negara berkembang semakin lama semakin besar, walaupun hasilnya tidak secara langsung dapat dirasakan oleh masyarakat. Peranan ini tampaknya terutama melalui penelitian-penelitian sosial budaya yang dilakukan dalam rangka pelaksanaan pembangunan (termasuk pembangunan kesehatan), baik berupa penelitian kelayakan, implementasi maupun evaluasi. Seringkali peneliti mengalami kesulitan dengan terbatasnya waktu dan dana serta tuntutan agar penelitian dilakukan secara cepat dan akurat, karena hasilnya akan digunakan untuk memecahkan masalah yang ada dan membuat kebijakan (Kresno, Hadi dan Wuryaningsih, 1999, p.1).

Chadwick (1991, p.46) menjelaskan bahwa pemilihan metode penelitian yang tepat dan sesuai dengan jenis penelitian yang dilakukan akan menjadikan hasil penelitian lebih akurat dan dapat dipertanggungjawabkan. Peneliti harus dapat menggunakan metode penelitian yang sesuai dengan tema yang sedang dikaji, dengan memperhatikan antara tujuan, metode, dan sumber daya yang tersedia.

Metode penelitian yang digunakan merupakan aplikasi dari analisis kebijaksanaan model Bromley dalam perspektif pengembangan kelembagaan program. Kerangka analisis yang dipakai mengacu kepada kerangka analisis kebijaksanaan yang dikemukakan oleh Bromley (1989, p.33).

Menurut Bromley (1989, p.33) kebijaksanaan negara bisa merupakan sumber sangat penting bagi pengembangan kelembagaan. Artinya bahwa inovasi yang akan dilembagakan diawali oleh lahirnya suatu kebijaksanaan. Dlm konteks ini Bromley menegaskan terdapat 3 tingkat proses perubahan kelembagaan ditinjau dari *Public Policy School* yaitu:

1. Tingkat kebijaksanaan (*Policy Level*)
2. Tingkat Organisasional (*Organizational Level*)
3. Tingkat Operasional (*Operational Level*)

### 3.1. Pendekatan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan Kualitatif. Pemilihan pendekatan kualitatif mengacu kepada segala jenis penelitian yang menghasilkan beberapa temuan yang bukan didapat dari prosedur statistik atau segala jenis proses kuantifikasi. Temuan penelitian yang berupa angka/kuantitas seperti jumlah kader yang dilatih, jumlah tokoh agama yang dilatih, jumlah pasien yang berhasil disembuhkan, menjadi indikator keberhasilan program penanggulangan tuberkulosis oleh PR TB Aisyiyah. Beberapa data yang bersifat kuantitatif tersebut akan dianalisa lebih lanjut..

Pendekatan kualitatif digunakan berusaha untuk menangkap aspek dalam dunia sosial yang sulit untuk ditangkap melalui angka. Jawaban atau informasi mendalam mengenai permasalahan yang diangkat akan lebih memungkinkan untuk digali.

Melalui penelitian kualitatif khususnya dengan interview perorangan, memungkinkan peneliti mengikat atau menyatukan sekelompok perilaku yang menjadi dasar bagi pengambilan keputusan atau tindakan yang dilakukan masyarakat tertentu. Disamping itu, alasan pragmatis juga menjadi pertimbangan penggunaan jenis penelitian ini, yaitu: biaya murah, waktu singkat, rancangan dapat dimodifikasi selama penelitian berlangsung.

Penelitian kualitatif bersifat subyektif dan intuitif. Langkah yang utama dalam proses riset formatif adalah merumuskan masalah dan informasi yang dibutuhkan. Penelitian ini akan lemah dalam lintas perbandingan karena hanya meneliti satu situasi dan satu organisasi/institusi yaitu pelaksanaan program tuberkulosis oleh PR TB Aisyiyah.

### 3.2. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Dalam tipe penelitian ini diusahakan untuk memberi suatu uraian yang deskriptif mengenai suatu kolektivitas dengan syarat bahwa representasivitas harus terjamin. Tujuan utama dari penelitian deskriptif ialah melukiskan realitas sosial yang kompleks sedemikian rupa sehingga relevansi sosiologis/antropologis tercapai (Vredenburg, 1980, p.35).

### 3.3. Teknik Pengumpulan Data

Teknik Pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara (*interview*). *Interview*, adalah suatu proses tanya-jawab lisan, dalam mana dua orang atau lebih berhadap-hadapan secara fisik, yang satu dapat melihat muka yang lain dan mendengarkan dengan telinga sendiri suaranya. Fungsi *interview* pada dasarnya dapat digolongkan ke dalam tiga golongan besar: sebagai metode primer, sebagai metode pelengkap, dan sebagai kriterium (Hadi, 1989, p.192-193).

Menurut Hadi (1989, p.88) dasar dari teknik wawancara adalah: mengumpulkan data mengenai sikap dan kelakuan, pengalaman, cita-cita dan harapan manusia seperti dikemukakan oleh responden atas pertanyaan peneliti/pewawancara. Suatu wawancara dapat disifatkan sebagai suatu proses interaksi dan komunikasi dalam mana sejumlah variabel memainkan peranan yang penting karena kemungkinan untuk mempengaruhi dan menentukan hasil wawancara. Variabel-variabel yang dimaksudkan adalah:

1. Pewawancara (*interviewer*)
2. Responden (*interviewee*)
3. Daftar pertanyaan atau pedoman pertanyaan (*interview guide*) yang dipakai
4. Rapport antara pewawancara dan responden

Wawancara mendalam yang dilakukan peneliti terhadap responden/narasumber dalam penelitian ini menggunakan pedoman wawancara dengan mengadaptasi metode penelitian yaitu model Bromley (Pendekatan Kebijakan, Operasional, Organisasional). Hasil wawancara dijadikan acuan dalam melakukan analisa terhadap permasalahan.

### 3.4. Validasi Data

Dalam penelitian kualitatif, oleh karena pengambilan sampelnya secara purposive (*non probability*) dan jumlahnya sedikit, maka agar validitas data tetap terjaga perlu dilakukan beberapa strategi. Uji validitas yang digunakan dalam penelitian kualitatif disebut triangulasi yang meliputi:

- a. Triangulasi sumber
  1. *Cross-check* data dengan fakta dari sumber lainnya
  2. Membandingkan dan melakukan kontras data
  3. Gunakan kelompok informan yang sangat berbeda semaksimal mungkin
- b. Triangulasi metode
 

Menggunakan beberapa metode dalam pengumpulan data. Misalnya selain menggunakan metode wawancara mendalam dilakukan observasi.
- c. Triangulasi data
  1. Analisis data dilakukan oleh lebih satu orang, misalnya dilakukan oleh peneliti dan orang lain yang ahli dalam Analisis data kualitatif. Hal ini bertujuan agar interpretasi yang dilakukan hasilnya sama dengan yang dilakukan orang lain.
  2. Meminta umpan balik dari informan. Umpan balik berguna bukan saja untuk alasan etik atau memperbaiki kesempatan agar hasilnya akan dilaksanakan tetapi juga untuk memperbaiki kualitas proposal, data dan kesimpulan yang ditarik dari data tersebut

Pelaksanaan triangulasi ini adalah untuk *cross-check* informasi yang disampaikan oleh informan sewaktu diadakan wawancara mendalam. Dengan demikian, validasi silang antara sumber dapat dilakukan. Hal ini dilakukan sedemikian rupa sehingga hasil dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya.

### **3.5. Narasumber / Informan**

Pemilihan informan didasarkan pada kemampuan para informan untuk memberikan informasi mengenai pelaksanaan program penanggulangan TB oleh organisasi PR TB Aisyiyah. Untuk itu, informan yang dipilih adalah sebagai berikut:

1. Dr. Samhari Baswedan, MPA selaku *Program Manager* PR TB 'Aisyiyah. Informasi yang digali adalah Kebijakan program, Sistem Manajemen Program, Perencanaan Program, Hasil yang dicapai, Pelaksanaan Keuangan termasuk sistem penganggaran.

2. Sutan Royansyah, ST, MSc selaku Kordinator Monitoring dan Evaluasi PR TB Aisyiyah. Informasi yang digali adalah Perencanaan Program, Sistem Pelaporan, Pencapaian Program.
3. Siti Nur Hidayati, SE selaku Kordinator Keuangan PR TB Aisyiyah. Informasi yang digali adalah Perencanaan Program, Sistem Pelaporan, Pencapaian Program.

### **3.6. Proses Penelitian**

Langkah pertama dalam memproses dan melaporkan hasil adalah memberikan deskripsi tentang informan dan jika datanya ada, maka latar belakang data bisa ditabulasi. Meski demikian, karena data kualitatif berasal dari sampel yang kecil maka diperlukan lebih banyak informasi data kualitatif.

Segera setelah data dikumpulkan, field notes (catatan lapangan) harus segera dikembangkan menjadi catatan yang teratur dan lengkap. Setelah mengatur data, peneliti perlu meringkas data. Misalnya dengan: membuat matriks, diagram atau chart. Hal ini akan sangat membantu pada waktu melakukan interpretasi data yang banyak jumlahnya.

### **3.7. Teknik Analisis Data**

Ada dua macam analisis data yang digunakan dalam analisis tingkat operasional ini and keduanya merupakan analisis kualitatif:

1. Analisis Evaluasi Program (Kerzner, 2006)
2. Analisis Penganggaran Berdasar Kinerja (Osborne dan Gaebler, 1993)

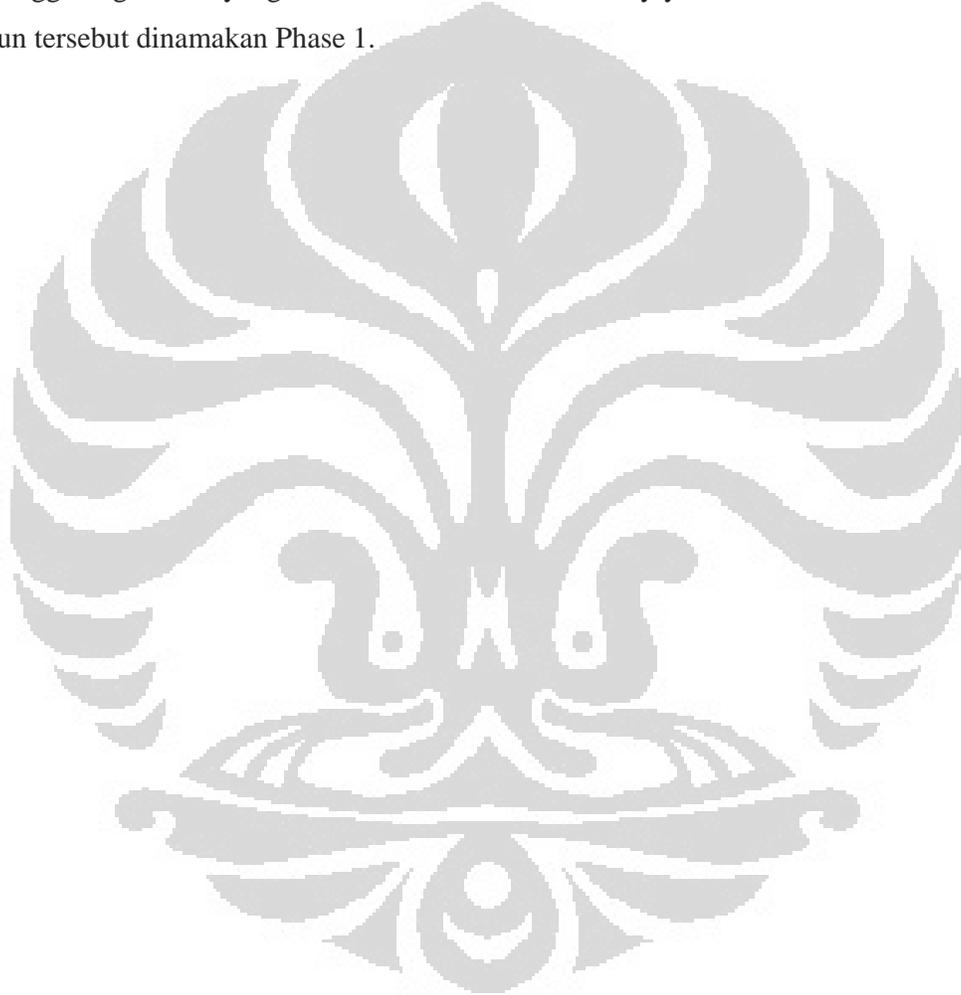
### **3.8. Site Penelitian**

Dalam penelitian ini, penelitmelakukan evaluasi terhadap pelaksanaan program penanggulangan TB yang dilakukan oleh PR TB 'Aisyiyah dengan lokasi di:

1. Kantor PR TB 'Aisyiyah yang beralamat di Jl. Karang Asem Utara Blok C5 no. 19 Kuningan, Jakarta Selatan.

Organisasi PR TB Aisyiyah dalam mengelola program penanggulangan penyakit Tuberkulosis memiliki wilayah kerja secara nasional yaitu di 16 (enam belas) provinsi. Dalam penelitian ini akan dibahas mengenai sistem pengelolaan keuangan pelaksanaan program secara nasional.

Penelitian ini difokuskan selama kurun waktu bulan Juli 2009 sampai dengan bulan Juni 2011 dimana menyesuaikan dengan berlangsungnya program penanggulangan TB yang dilakukan oleh PR TB Aisyiyah. Kurun waktu dua tahun tersebut dinamakan Phase 1.



## **BAB 4**

### **SEKILAS MENGENAI PROGRAM PENANGGULANGAN TB OLEH PR TB 'AISYIYAH**

#### **4.1.Tuberkulosis (TB)**

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (droplet nuclei). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab. Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011, p.11).

Gejala utama adalah batuk berdahak terus-menerus selama tiga minggu atau lebih. Gejala-gejala lainnya antarlain (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011, p.11) :

- \* sesak napas dan nyeri dada,
- \* batuk bercampur darah,
- \* badan lemah dan rasa kurang enak badan,
- \* kurang nafsu makan dan berat badan menurun,
- \* berkeringat pada malam hari meskipun tidak melakukan kegiatan.

Mendiagnosa TB harus dilakukan pemeriksaan dahak dengan mikroskop. Seseorang dipastikan menderita TB bila dalam dahaknya terdapat kuman TB. Pengobatan TB dilakukan dalam dua tahap, yaitu tahap awal (intensif) dan tahap lanjutan. Lama pengobatan 6-8 bulan, tergantung berat ringannya penyakit.

Penderita harus minum obat secara lengkap dan teratur sesuai jadwal berobat sampai dinyatakan sembuh. Dilakukan tiga kali pemeriksaan ulang dahak untuk mengetahui perkembangan kemajuan pengobatan, yaitu pada akhir pengobatan tahap awal, sebulan sebelum akhir pengobatan dan pada akhir pengobatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011, p.11).

Penderita dapat berobat ke Puskesmas, Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4), Rumah Sakit, klinik dan dokter praktek swasta. Di Puskesmas, penderita bisa mendapatkan pengobatan TB secara cuma-cuma (gratis). Penderita dinyatakan sembuh bila pada pemeriksaan ulang dahak satu bulan sebelum akhir pengobatan dan akhir pengobatan tidak ditemukan lagi adanya kuman TB (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011, p.11).

#### **4.2. Program Pengendalian TB di Indonesia**

Pengendalian Tuberkulosis (TB) di Indonesia sudah berlangsung sejak zaman penjajahan Belanda namun terbatas pada kelompok tertentu. Setelah perang kemerdekaan, TB ditanggulangi melalui Balai Pengobatan Penyakit Paru Paru (BP-4). Sejak tahun 1969 pengendalian dilakukan secara nasional melalui Puskesmas. Obat anti tuberkulosis (OAT) yang digunakan adalah paduan standar INH, PAS dan Streptomisin selama satu sampai dua tahun. Para Amino Acid (PAS) kemudian diganti dengan Pirazinamid. Sejak 1977 mulai digunakan paduan OAT jangka pendek yang terdiri dari INH, Rifampisin dan Ethambutol selama 6 bulan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011, p.16).

Berikut ini adalah Visi Program Pengendalian TB di Indonesia: “Menuju masyarakat bebas masalah TBV, sehat, mandiri dan berkeadilan”. Sementara Misi Program Pengendalian TB di Indonesia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011, p.17):

1. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani dalam pengendalian TB.
2. Menjamin ketersediaan pelayanan TB yang paripurna, merata, bermutu, dan berkeadilan.
3. Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumberdaya pengendalian TB.
4. Menciptakan tata kelola program TB yang baik.

Tujuan Program Pengendalian TB di Indonesia: Menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat TB dalam rangka pencapaian tujuan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Sasaran Program Pengendalian TB di Indonesia: Sasaran strategi nasional pengendalian TB ini mengacu pada rencana strategis kementerian kesehatan dari 2009 sampai dengan tahun 2014 yaitu menurunkan prevalensi TB dari 235 per 100.000 penduduk menjadi 224 per 100.000 penduduk (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011, p.17).

Sasaran keluaran adalah: (1) meningkatkan prosentase kasus baru TB paru (BTA positif) yang ditemukan dari 73% menjadi 90%; (2) meningkatkan prosentase keberhasilan pengobatan kasus baru TB paru (BTA positif) mencapai 88%; (3) meningkatkan prosentase provinsi dengan CDR (*Case Detection Rate*) di atas 70% mencapai 50%; (4) meningkatkan prosentase provinsi dengan keberhasilan pengobatan di atas 85% dari 80% menjadi 88% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011, p.18).

#### **4.3. Pencapaian Program Nasional Pengendalian TB**

Dalam membahas penyakit tuberkulosis, sangat perlu diketahui data mengenai penyebaran penyakit TB di Indonesia. Tuberkulosis adalah penyakit menular yang sangat dipengaruhi oleh data kepadatan penduduk. Semakin padat jumlah penduduk di suatu wilayah, semakin tinggi kemungkinan angka penularan penyakit tuberkulosis. Data berikut didapat dari Monitoring Evaluasi Kementerian Kesehatan, tahun 2009.

Tabel. 4.1. Data Angka Cakupan Penyakit TB di Indonesia

| No. | Provinsi   | Perkiraan Jumlah Penduduk | Perkiraan Kasus Baru TB Paru BTA Positif | Cakupan        |                                | CDR (%)      |
|-----|------------|---------------------------|--|----------------|--------------------------------|--------------|
|     |            |                           |  | Semua Kasus    | Kasus Baru TB Paru BTA Positif |              |
| 1   | NAD        | 4.363.500                 | 6.982                                    | 3.966          | 3.065                          | 43,90        |
| 2   | SUMUT      | 13.248.400                | 21.197                                   | 16.815         | 13.897                         | 65,56        |
| 3   | SUMBAR     | 4.827.900                 | 7.725                                    | 5.482          | 3.732                          | 48,31        |
| 4   | RIAU       | 5.306.500                 | 8.490                                    | 4.325          | 2.880                          | 33,92        |
| 5   | KEPRI      | 1.515.300                 | 2.424                                    | 1.695          | 784                            | 32,34        |
| 6   | JAMBI      | 2.834.200                 | 4.535                                    | 3.291          | 2.745                          | 60,53        |
| 7   | SUMSEL     | 7.222.600                 | 11.556                                   | 7.779          | 5.181                          | 44,83        |
| 8   | BABEL      | 1.138.100                 | 1.821                                    | 1.229          | 951                            | 52,23        |
| 9   | BENGKULU   | 1.666.900                 | 2.667                                    | 1.941          | 1.588                          | 59,54        |
| 10  | LAMPUNG    | 7.492.000                 | 11.987                                   | 7.266          | 4.943                          | 41,24        |
| 11  | BANTEN     | 9.782.800                 | 10.468                                   | 15.629         | 8.134                          | 77,71        |
| 12  | DKI        | 9.223.000                 | 9.869                                    | 25.074         | 7.989                          | 80,95        |
| 13  | JABAR      | 41.501.600                | 44.407                                   | 61.964         | 31.433                         | 70,78        |
| 14  | JATENG     | 32.864.500                | 35.165                                   | 34.671         | 16.906                         | 48,08        |
| 15  | D. I. Y.   | 3.501.900                 | 2.241                                    | 2.345          | 1.155                          | 51,53        |
| 16  | JATIM      | 37.286.300                | 39.896                                   | 38.010         | 22.598                         | 56,64        |
| 17  | BALI       | 3.551.100                 | 2.273                                    | 3.227          | 1.517                          | 66,75        |
| 18  | KALBAR     | 4.319.200                 | 9.070                                    | 5.499          | 4.156                          | 45,82        |
| 19  | KALTENG    | 2.085.800                 | 4.380                                    | 2.090          | 1.339                          | 30,57        |
| 20  | KALSEL     | 3.496.100                 | 7.342                                    | 4.609          | 2.891                          | 39,38        |
| 21  | KALTIM     | 3.164.800                 | 6.646                                    | 3.694          | 2.065                          | 31,07        |
| 22  | SULUT      | 2.228.900                 | 4.681                                    | 4.989          | 3.988                          | 85,20        |
| 23  | GRTALO     | 984.000                   | 2.066                                    | 1.620          | 1.370                          | 66,30        |
| 24  | SULTENG    | 2.480.300                 | 5.209                                    | 2.397          | 1.918                          | 36,82        |
| 25  | SULSEL     | 7.908.500                 | 16.608                                   | 8.223          | 6.428                          | 38,70        |
| 26  | SULBAR     | 1.047.700                 | 2.200                                    | 1.179          | 942                            | 42,81        |
| 27  | SULTRA     | 2.118.300                 | 4.448                                    | 2.663          | 2.296                          | 51,61        |
| 28  | NTB        | 4.434.000                 | 9.311                                    | 5.346          | 3.089                          | 33,17        |
| 29  | NTT        | 4.619.600                 | 9.701                                    | 5.302          | 3.369                          | 34,73        |
| 30  | MALUKU     | 1.339.500                 | 2.813                                    | 2.702          | 2.014                          | 71,60        |
| 31  | MALUT      | 975.000                   | 2.048                                    | 1.096          | 708                            | 34,58        |
| 32  | PAPUA      | 2.097.500                 | 4.405                                    | 7.054          | 2.504                          | 56,85        |
| 33  | IRJABAR    | 743.900                   | 1.562                                    | 1.559          | 638                            | 40,84        |
|     | <b>INA</b> | <b>231.369.700</b>        | <b>231.370</b>                           | <b>294.731</b> | <b>169.213</b>                 | <b>73,14</b> |

Sumber: Monitoring Evaluasi PR TB Aisyiyah

#### 4.4. PR TB Aisyiyah

Tahun 2008 proposal yang diajukan Indonesia untuk memperoleh dukungan dana GFATM Ronde 8 – yang penyusunannya difasilitasi oleh Country Coordinating Mechanism (CCM) – kembali memperoleh persetujuan. Melalui proses penilaian dan seleksi yang transparan dan *accountable* Pimpinan Pusat ‘Aisyiyah terpilih sebagai salah satu *Principal Recipient* (PR) mewakili civil society untuk melaksanakan Proyek dukungan Global Fund Ronde 8 komponen tuberkulosis. Sebagai PR dari komponen civil society, ‘Aisyiyah melaksanakan program dalam ruang lingkup (*service delivery area*) *Community TB Care*, dengan tujuan untuk lebih meningkatkan akses masyarakat terutama penderita TB kepada layanan TB di UPK pemerintah dan non pemerintah (Pedoman Pelaksanaan Proyek PR TB Aisyiyah, 2009).

*The Global Fund* Merupakan sebuah kemitraan global publik/swasta yang unik, berdedikasi untuk mengumpulkan dan menyalurkan sumber daya tambahan dalam upaya pencegahan HIV/AIDS, Tuberkulosis dan Malaria. Hubungan kemitraan antara pemerintah, masyarakat sipil, sektor swasta, dan komunitas pasien menggambarkan sebuah pendekatan baru dalam dunia kesehatan internasional. *The Global Fund* berkolaborasi secara bilateral maupun multilateral dengan berbagai organisasi dalam rangka mencegah penyebaran ketiga penyakit tersebut.

Menurut Arsjad, Kusmanto dan Prawirosetoto (1992, p.15), Bantuan Luar Negeri yang dimaksud adalah bantuan untuk negara (*public financial aid*), biasa digunakan untuk dana pembiayaan pembangunan (*development assistance*) negara-negara berkembang. Bantuan Luar Negeri adalah salah satu bentuk pengalihan sumber daya (*transfer of resources*) dari negara-negara pemberi bantuan (*donor countries*) ke negara-negara penerima bantuan (*recipient countries*). Bantuan Luar Negeri biasa diartikan sebagai arus modal (*flow of capital*) ke negara-negara berkembang dengan tujuan pemberian dana adalah “*non commercial*” jika dilihat dari sudut negara donor.

Di dalam pelaksanaan program, terdapat beberapa kebijakan yang dilaksanakan PR TB Aisyiyah di antaranya:

1. Manajemen proyek yang didukung oleh GFATM merupakan bagian integral dari program nasional pengendalian TB.
2. Kegiatan program yang didukung oleh GFATM ini berada dibawah tanggung jawab Principal Recipient 'Aisyiyah yang dilaksanakan dalam jejaring kemitraan dalam Country Coordinating Mechanism (CCM) GFATM Indonesia
3. Pengelolaan program mengadopsi prinsip bisnis dengan tujuan sosial kemasyarakatan.

PR TB Aisyiyah melaksanakan program penanggulangan penyakit tuberkulosis di Indonesia melalui pendekatan komunitas. PR TB Aisyiyah menjadi mitra Kementerian Kesehatan di tingkat nasional. Dan di tingkat Provinsi terdapat penerima dana sekunder (Sub-Recipient) dari PR TB Aisyiyah yang berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi setempat. Dalam kurun waktu Fase pertama, PR TB Aisyiyah menjadi perwakilan organisasi kemasyarakatan untuk pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis di Indonesia. Organisasi lainnya yang terlibat di dalam pelaksanaan ini adalah:

1. Lembaga Kesehatan Nadhlatul Ulama (LK NU)
2. Layanan Kesehatan Cuma-Cuma (LKC)
3. Persatuan Dharma Karya Indonesia (Perdhaki) wilayah NTT
4. Persatuan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia (PPTI)
5. Pusat Kesehatan Peduli Umat (PKPU)

Wilayah kerja PR TB Aisyiyah adalah tingkat nasional, dengan fokus di 16 Provinsi yaitu: DKI Jakarta, Jawa Barat, Yogyakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, Papua, Maluku, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Nusa Tenggara Timur, Sumatera Utara, Aceh, Sumatera Barat, Lampung, Sumatera Selatan dan Kepulauan Riau.

#### **4.5. Perencanaan Program**

Perencanaan program dilakukan ketika proses finalisasi proposal program. Maka, ketika program berjalan sudah ada perencanaan program berupa target

pencapaian yang harus dipenuhi dalam kurun waktu dua tahun (selama phase satu) dan kegiatan-kegiatan yang harus dilakukan guna mencapai target keluaran tersebut. Menurut Manajer Program selaku penanggung jawab program, perencanaan kegiatan di awal program ini tidak menunjukkan sistematika berpikir yang runtut sehingga di semester pertama pelaksanaan program, dilakukan restrukturisasi organisasi dan juga penyesuaian rencana kegiatan program. Berikut ini adalah kegiatan yang menjadi rencana pelaksanaan:

Tabel. 4.2.  
Kegiatan Program Penanggulangan TB PR Aisyiyah

| ACTIVITY      |  |
|---------------|--|
| 5.2.1.1       | <b>NATIONAL LEVEL POLICY DEVELOPMENT CORE WORKING GROUP CONSULTATION AND/OR WORKSHOP</b>                               |
| 5.2.1.1.1     | <b>Strengthening Potential SR (PR)</b>   |
| 5.2.1.1.1.1   | Build TRP  |
| 5.2.1.1.1.2   | Review Potential NGO   |
| 5.2.1.1.1.3   | Mapping Potential NGO (Indonesia Timur Priority)   |
| 5.2.1.1.1.4   | Finalize Potential NGO as Sub Recipient (SR)   |
| 5.2.1.1.2     | <b>National Workshop ; Socialization on GF TB R8 and PIM (PR)</b>  |
| 5.2.1.1.2.1   | Materials preparation (patient charter, gender ; as a background of program)   |
| 5.2.1.1.2.2   | Implementations  |
| 5.2.1.1.2.3   | Reporting  |
| 5.2.1.1.3     | <b>Training on management program, finance, PSM, M &amp; E (PR and SR)</b>   |
| 5.2.1.1.3.1   | Materials preparation  |
| 5.2.1.1.3.2   | Implementations  |
| 5.2.1.1.3.2.1 | Training Management PR   |
| 5.2.1.1.3.2.2 | Training Management SR   |
| 5.2.1.1.3.3   | Reporting  |
| 5.2.1.1.4     | <b>Workshop on developing networks system between health services and community with PPM (Public Private Mix) (PR)</b> |
| 5.2.1.1.4.1   | Materials preparation  |
| 5.2.1.1.4.2   | Implementations  |
| 5.2.1.1.4.2.1 | Workshop on network system I (eastern remote areas/Daerah Tertinggal, Indonesia Timur)                                 |
| 5.2.1.1.4.2.2 | Workshop network system II (municipal slum areas/Daerah Perkotaan)   |
| 5.2.1.1.5     | <b>Workshop on Developing Community TB Care and PPM (Public Private Mex)</b>   |
| 5.2.1.1.5.1   | Materials preparation  |
| 5.2.1.1.5.2   | Implementations  |

|                 |   |
|-----------------|---|
| 5.2.1.1.6       | Review networks system between health services and community with PPM (Public Private Mix) (PR) |
| 5.2.1.1.7       | Monitoring and Evaluation   |
| 5.2.1.1.7.1     | -   |
| 5.2.1.1.7.2     | -   |
| 5.2.1.1.7.3     | -   |
| 5.2.1.1.7.4     | Supervision   |
| 5.2.1.1.7.4.1   | Supervision PR to SR  |
| 5.2.1.1.7.4.2   |   |
| 5.2.1.1.7.5     | National Workshop Evaluation  |
| 5.2.1.3         | ACTIVITIES IN COMMUNITY LEVEL   |
| 5.2.1.3.1       | SR Meeting (sharing experiences on CBA-TB Care)   |
| 5.2.1.3.2       | Training on program management SR (SR)--> Strengthening Capacity of SR                          |
| 5.2.1.3.2.1     | Develop training material (planning, implementing, monev, recording and reporting)              |
| 5.2.1.3.2.2     | Training implementation   |
| 5.2.1.3.3       | Workshop on Socialization networks system (SR)  |
| 5.2.1.3.4       | UPK activities (SR)   |
| 5.2.1.3.4.1     | Advocacy and socialization to NGHS management (by PR/SR)  |
| 5.2.1.3.4.2     | Training for non government health service  |
| 5.2.1.3.4.3     | Strengthening DOTS unit   |
| 5.2.1.3.4.3.1   | Management DOTS unit Training   |
| 5.2.1.3.4.3.2   | Development & print Patient Forms   |
| 5.2.1.3.4.3.2.1 | Modificate & development TB Patient Forms   |
| 5.2.1.3.4.3.2.2 | Printing Patient forms (3 form @50, 6 bl exemplar, 16 SR)                                       |
| 5.2.1.3.4.3.2.3 | Distribution cost   |
| 5.2.1.3.4.4     | Case finding activities (indicator 2)   |
| 5.2.1.3.4.4.1   | Procurement reagent   |
| 5.2.1.3.4.4.2   | Procurement microscope  |
| 5.2.1.3.4.4.3   | Laboratory examination  |
| 5.2.1.3.4.4.3.1 | Health worker (diagnosed +)   |
| 5.2.1.3.4.4.3.2 | Health worker (treatment)   |
| 5.2.1.3.4.4.3.3 | Health worker (success)   |
| 5.2.1.3.4.5     | Case holding activities (indicator 1)   |
| 5.2.1.3.4.5.1   | Collaboration with community cadre to ensure patient compliance to treatment                    |
| 5.2.1.3.4.5.2   | Home visit  |
| 5.2.1.3.4.5.3   | Community education by health worker  |
| 5.2.1.3.4.5.4   | Strengthening PKMRS (Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit)                               |
| 5.2.1.3.4.5.4.1 | Develops and modified IEC materials   |
| 5.2.1.3.4.5.4.2 | Printing  |
| 5.2.1.3.4.6     | Monev UPK Performance   |
| 5.2.1.3.4.6.1   | Coordination meeting, supervision and recording/reporting                                       |
| 5.2.1.3.4.6.2   | Supervision SR to UPK   |

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>5.2.1.3.5</b> | <b>Community based approach TB Care to reach the unreachable</b>   |
| 5.2.1.3.5.1      | Material development, printing and distribution prototype guideline  |
| 5.2.1.3.5.1.1    | Develop prototype guideline  |
| 5.2.1.3.5.1.2    | Printing   |
| 5.2.1.3.5.1.3    | Distribution   |
| 5.2.1.3.5.2      | Material development, printing and distribution ACSM   |
| 5.2.1.3.5.2.1    | Develop ACSM guideline   |
| 5.2.1.3.5.2.2    | Printing   |
| 5.2.1.3.5.2.3    | Distribution   |
| 5.2.1.3.5.3      | Develops, Print & distribution on training moduls and pocket books (by SR)   |
| 5.2.1.3.5.3.1    | Develops, Print & distribution on training moduls forcommunity cadre ( SR)   |
| 5.2.1.3.5.3.1.1  | Develops on training moduls for community cadre ( SR)  |
| 5.2.1.3.5.3.1.2  | Printing   |
| 5.2.1.3.5.3.1.3  | Distribution   |
| 5.2.1.3.5.3.2    | Develops, Print & distribution off pocket book ( SR)   |
| 5.2.1.3.5.3.2.1  | Develops moduls off pocket books for community cadre ( SR)   |
| 5.2.1.3.5.3.2.2  | Printing   |
| 5.2.1.3.5.3.2.3  | Distribution   |
| 5.2.1.3.5.4      | Printing prototype guideline, ACSM Materials , Training Moduls and pocket books by SR  |
| 5.2.1.3.5.4.1    | Printing prototype guideline   |
| 5.2.1.3.5.4.2    | Printing ACSM materials guideline  |
| 5.2.1.3.5.4.3    | Printing training moduls   |
| 5.2.1.3.5.4.4    | Printing pocket books  |
| 5.2.1.3.5.5      | Development Policy regarding TB patient and community Care group (by SR)   |
| 5.2.1.3.5.5.1    | Advocacy to TB stakeholders and community leader (workplace, Islamic Boarding School, Public School, mosque, church, slum area), informal & religious leader |
| 5.2.1.3.5.5.2    | Advocacy to decision maker on budget allocation for community activities   |
| 5.2.1.3.5.6      | TOT for SR (by PR, held in Jakarta or W.Java)  |
| 5.2.1.3.5.6.1    | Develop training material  |
| 5.2.1.3.5.6.2    | Training implementation  |
| 5.2.1.3.5.7      | Community Training   |
| 5.2.1.3.5.7.1    | Training for community cadre (for Sub-District by District level)  |
| 5.2.1.3.5.7.2    | Training for community cadre (for village by Sub-District level)   |
| 5.2.1.3.5.7.3    | Orientation for Religious Leader   |
| 5.2.1.3.5.8      | <b>Communication &amp; social mobilization (by cadre)</b>  |
| 5.2.1.3.5.9      | Weekly Pray day (Friday, Sunday)   |
| 5.2.1.3.5.10     | Media campaign (SR)  |
| 5.2.1.3.5.11     | Suspects finding for diagnose to the nearby health facility under government or non government   |
| 5.2.1.3.5.11.1   | Insentive for community cadre  |
| 1                | 5.2.1.3.5.11.1.1<br>Suspects findind (transportation)  |
| 2                | 5.2.1.3.5.11.1.2<br>Suspects findind (for diagnosed + TB patient)  |
|                  | 5.2.1.3.5.11.1.3<br>Suspects findind (for suscessfully treated TB patient)   |

|                |   |
|----------------|---|
| 3              |   |
| 5.2.1.3.5.11.2 | Community Empowerment and Education by cadre (patient charter) => to develop TB Unit service (= Pos Pelayanan TB) |
| 1              | 5.2.1.3.5.11.2. Workshop within the existing group (PKK, MT, posyandu, KUD, etc) + 3 - 4 hours                    |
| 2              | 5.2.1.3.5.11.2. Group discussion (3 location x 5 Group x 6x15x10)   |
| 5.2.1.3.5.12   | Supervise Treatment by community cadre  |
| 5.2.1.3.5.12.1 | Group discussion for TB patients  |
| 5.2.1.3.5.12.2 | Preparing to build TB group (Workshop)  |
| 5.2.1.3.5.13   | Social mobilizations by SR in the sub-districts and villages  |
| 5.2.1.3.5.13.1 | Media campaign (Public Meeting)   |
| 1              | 5.2.1.3.5.13.1. Public Meeting  |
| 2              | 5.2.1.3.5.13.1. Rumah Sehat (clean house)   |
| 3              | 5.2.1.3.5.13.1. PMO Teladan (the best PMO)  |
| 5.2.1.3.5.14   | Patient Charter Promotion and Dissemination   |
| 5.2.1.3.5.14.1 | Printing and Distribution   |
| 5.2.1.3.5.14.2 | Dissemination   |
| 5.2.1.3.5.15   | Empowering TB patient   |
| 5.2.1.3.5.15.1 | Supporting TB patient group, for a healthier environment  |
| 1              | 5.2.1.3.5.15.1. Communication forum meeting with other NGO,s  |
| 5.2.1.3.5.16   | TB Day (SR)   |
| 5.2.1.3.5.16.1 | Campaign (Multi Media)  |
| 5.2.1.3.5.16.2 | Competition (poster, post card, writing, blogging)  |
| 5.2.1.3.5.16.3 | IEC Materials   |
| 5.2.1.3.5.17   | Monitoring Evaluation at ACSM   |
| 5.2.1.3.5.17.1 | Supervision by SR   |
| 5.2.1.3.5.17.2 | Meeting SR staff and cadre coordination   |
| 5.2.1.3.5.17.3 | recording and reporting   |
| <b>5.2.2</b>   | <b>National level advocacy meetings with stakeholders, political and health authorities</b>                       |
| <b>5.2.2.1</b> | Advocacy meeting with member of parliament (output : raising, policy & budget for TB)                             |
| 5.2.2.1.1      | Develop material advocacy   |
| 5.2.2.1.2      | Implementing advocacy   |
| <b>5.2.2.2</b> | Training on Advocacy meeting for SR, Orientation Advocacy for Journalist  |
| 5.2.2.2.1      | Develop material Training ( Orientation on Advocacy)  |
| 5.2.2.2.2      | Implementing Training (Orientation on Advocacy)   |
| 5.2.2.2.2.1    | Orientation for journalist  |
| 5.2.2.2.2.2    | Training on Advocacy for SR   |
| <b>5.2.2.3</b> | General Campaign  |
| <b>5.2.2.4</b> | TB Day  |
| 5.2.2.4.1      | Meeting Coordination  |

|           |   |
|-----------|---|
| 5.2.2.4.2 | Implementing TB Day   |
| 5.2.2.5   | Monitoring Evaluation   |
| 5.2.2.5.1 | Coordination Meeting for Stakeholders                                     |
|           | <b>OVERHEAD cost (Office Running Cost)</b>                                |
|           | Utilities, communication, security, cleaning, fuel, management fee, etc.  |
|           |   |
|           | <b>OVERHEAD cost (Fulltime Project Staf Salary)</b>                       |
|           | Salaries, wages, and related costs (pension plan, health insurance, etc.) |
|           |   |

Sumber : Monitoring Evaluasi PR TB Aisyiyah

Kegiatan-kegiatan yang menjadi bagian perencanaan seperti tersebut diatas, merupakan alat sarana dalam mencapai target pencapaian program. Target pencapaian program, tertuang dalam *Performance-based framework* yang dibuat oleh PR TB Aisyiyah selaku pelaksana program dan mendapat persetujuan dari *The Global Fund* selaku pihak pemberi dana.

Perencanaan kegiatan tersebut kemudian dibuat dalam bentuk *work plan*. Work plan, atau rencana kerja bertujuan untuk mengukur efisiensi dan ketepatan waktu pelaksanaan seluruh rencana kegiatan. Berikut ini adalah contoh bentuk rencana kerja yang digunakan oleh PR TB 'Aisyiyah:

#### 4.5.1. Target Pencapaian Program

Berikut ini target pencapaian program selama phase satu (Juli 2009 sampai Juni 2011) yang dibagi ke dalam 8 (delapan) kuartal. Sistem kuartal menjadi acuan pencapaian sekaligus sistem pelaporan.

Tabel 4.3.  
Target Program Penanggulangan TB PR Aisyiyah

| Service Delivery Area | Indicator  | Baseline (if applicable) |        |  | Targets |        | Periodical targets for year 1 & 2 |     |                          |       |                          |        |                          |       |
|-----------------------|--|--------------------------|--------|--|---------|--------|-----------------------------------|-----|--------------------------|-------|--------------------------|--------|--------------------------|-------|
|                       |  | Value                    | Year   | Source   | Year1   | Year2  | Period 1<br>Jul-Dec               |     | Period 2<br>Jan-Jun 2010 |       | Period 3<br>Jul-Dec 2010 |        | Period 4<br>Jan-Jun 2011 |       |
|                       |  |                          |        |  |         |        | Q1                                | Q2  | Q3                       | Q4    | Q5                       | Q6     | Q7                       | Q8    |
| Community TB care     | 1. Number of health staff (doctors, paramedics, laboratory technician) trained in community health clinics   | Not available            | Jul-09 | not data available                             | 320     | 640    | 0                                 | 107 | 213                      | 320   | 400                      | 480    | 560                      | 640   |
| Community TB care     | 2. Number of Religious leader trained in community   | Not available            | Jul-09 | not data available                             | 875     | 1,750  | 0                                 | 292 | 583                      | 875   | 1,094                    | 1,313  | 1,531                    | 1,750 |
| Community TB care     | 3. Number of community cadre trained   | Not available            | Jul-09 | not data available                             | 1,750   | 4,375  | 0                                 | 583 | 1,167                    | 1,750 | 2,406                    | 3,063  | 3,719                    | 4,375 |
| Community TB care     | 4. Number of suspected cases referred by potential (active) community cadre  | Not available            | Jul-09 | not data available                             | 5,250   | 15,750 | 0                                 | 0   | 1,750                    | 5,250 | 9,188                    | 13,125 | 3,938                    | 7,875 |
| Community TB care     | 5. Number and percentage of new smear positive TB patients managed or supervised by the community (receiving treatment in non government health clinics) among the new smear positive TB patient reported to the National Health Authority | Not available            | Jul-09 | not data available                             | 131     | 394    | 0                                 | 0   | 44                       | 131   | 229                      | 328    | 98                       | 197   |
| Community TB care     | 6. Number and percentage of new smear positive TB patients managed or supervised by the community (receiving treatment in government health clinics) among the new smear positive TB patient reported to the National Health Authority     | Not available            | Jul-09 | not data available                             | 394     | 1,180  | 0                                 | 0   | 131                      | 394   | 689                      | 984    | 295                      | 590   |
| Community TB care     | 7. Number and percentage of new sputum-smear positive TB patients successfully treated among the new smear TB positive patients managed or supervised by the community   | 37%                      | 2008   | Muhammadiyah + Privat Hospitals in 8 Districts | 0       | 79     | 0                                 | 0   | 0                        | 0     | 0                        | 0      | 26                       | 79    |

Sumber: Monitoring Evaluasi PR TB Aisyiyah

#### 4.5.2. Penjelasan Kegiatan

Selain rencana kerja, dibuat juga penjabaran dalam bentuk kerangka acuan. Kerangka acuan ini berisi penjelasan terperinci mengenai setiap jenis kegiatan yang menjadi rencana PR TB 'Aisyiyah. PR TB Aisyiyah memiliki 21 Sub Recipient (SR) meneruskan kerangka acuan untuk dimatangkan dan diperinci sesuai dengan rencana kegiatan masing-masing. Berikut ini adalah penjelasan kegiatan yang memiliki kaitan langsung dengan pencapaian target.

#### 4.5.3. Pelatihan Tenaga Kesehatan

Pengembangan Sumber Daya Manusia (SDM) adalah suatu proses yang sistematis dalam memenuhi kebutuhan ketenagaan yang cukup dan bermutu, sesuai dengan kebutuhan. Proses ini meliputi kegiatan penyediaan tenaga, pembinaan (pelatihan, supervisi, kalakarya/on the job training), dan kesinambungan (sustainability).

Setiap UPK Pemerintah dan Non Pemerintah harus memiliki standar minimal berkaitan dengan kebutuhan dasar (jumlah dan jenis tenaga) dalam mengimplementasikan kegiatan program TB di suatu unit pelaksana. Tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan dalam memahami konsep dan pelaksanaan strategi DOTS sangat diperlukan guna meraih keberhasilan pengobatan pasien TB yang mendapat perawatan dari UPK. Pelatihan merupakan salah satu usaha meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan tenaga kesehatan berkaitan dengan peningkatan mutu dan kinerja petugas.

Tujuan diadakannya kegiatan ini adalah tersedianya standar minimal pelayanan berkaitan dengan jumlah dan jenis tenaga kesehatan pada UPK non Pemerintah. Peningkatan kapasitas yang diperlukan meliputi pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam mendiagnosa dan mengobati pasien TB. Output yang diharapkan dari kegiatan ini adalah: Setiap UPK memiliki dokter, perawat, dan tenaga laboratorium yang telah dilatih.

Peserta dalam kegiatan ini berjumlah 20 orang, Narasumber dalam kegiatan ini berjumlah 4 orang, Fasilitator dalam kegiatan ini berjumlah 2 orang.

#### 4.5.4. Pelatihan Tokoh Agama

Kemitraan program penanggulangan tuberkulosis adalah suatu upaya untuk melibatkan berbagai sektor, baik dari pemerintah, swasta maupun kelompok organisasi masyarakat. Mitra dalam penanggulangan TB antara lain terdiri dari: sektor pemerintah, legislatif, sektor swasta, organisasi pengusaha dan organisasi pekerja, kelompok media massa, organisasi profesi, Lembaga Swadaya Masyarakat, Perguruan Tinggi/Kelompok Akademisi, organisasi keagamaan, organisasi internasional dan sektor lain yang terkait.

Sebagai salah satu upaya memperkuat kemitraan, diperlukan adanya advokasi. Advokasi adalah upaya secara sistematis untuk mempengaruhi pimpinan, pembuat/penentu kebijakan dan keputusan, dalam penyelenggaraan penanggulangan tuberkulosis. Tokoh agama merupakan salah satu stakeholder yang paling penting dalam lingkungan masyarakat. Maka dari itu, komitmen mereka sangat diperlukan dalam mendukung tercapainya keberhasilan program.

Tujuan diadakannya kegiatan ini adalah: Diseminasi informasi mengenai TB secara lebih luas di masyarakat. Output yang diharapkan dari kegiatan ini adalah: Terciptanya dukungan dari Tokoh Agama dalam memberantas TB.

Peserta dalam kegiatan ini berjumlah 25 orang, Fasilitator yang terlibat berjumlah 2 orang, narasumber berjumlah 2 orang, dan Panitia berjumlah 2 orang.

#### 4.5.5. Pelatihan Kader

Mobilisasi sosial dalam konteks nasional dan regional merupakan proses penggerakkan masyarakat secara aktif melalui konsensus dan komitmen sosial diantara pengambil kebijakan untuk penanggulangan TB. Penggerakkan masyarakat dilaksanakan di tingkat paling bawah (grass root) dan secara luas berhubungan dengan mobilisasi dan aksi sosial masyarakat. Mobilisasi sosial berarti melibatkan semua unsur masyarakat untuk melakukan kegiatan secara kolektif dengan mengumpulkan sumber daya dan membangun solidaritas untuk mengatasi masalah bersama, dengan kata lain masyarakat menjadi berdaya.

Pelatihan merupakan salah satu upaya peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan dari para kader komunitas dalam rangka meningkatkan mutu dari para kader. Pada pelatihan kader di Kecamatan, akan ditekankan bahwa

Pergerakan kader harus mendukung komunitas agar terus waspada, peduli, dan memiliki kemampuan untuk memotivasi pasien TB agar menyelesaikan pengobatan hingga sembuh. Komunitas diharapkan dapat menangani masalah TB di wilayah mereka.

Tujuan diadakannya kegiatan ini adalah: Membentuk Kader Komunitas peduli TB di tingkat Kecamatan yang tersebar di seluruh area kerja SR. Setiap SR memiliki komunitas yang ditangani oleh kader. Output yang diharapkan dari kegiatan ini adalah: Terbentuknya kader di tingkat Kecamatan yang memiliki kompetensi. Metode yang digunakan dalam kegiatan ini adalah: Pendekatan Partisipatif atau metode pendidikan, diskusi, diskusi kelompok, bermain peran, pemberian tugas.

Peserta dalam kegiatan ini berjumlah 25 orang, Fasilitator yang terlibat berjumlah 2 orang, narasumber berjumlah 2 orang, dan Panitia berjumlah 2 orang.

#### **4.6. Sistem Pengelolaan Keuangan Organisasi PR TB Aisyiah**

Pengelolaan keuangan PR TB Aisyiah menerapkan sistem sebagaimana aturan yang digunakan oleh The Global Fund.

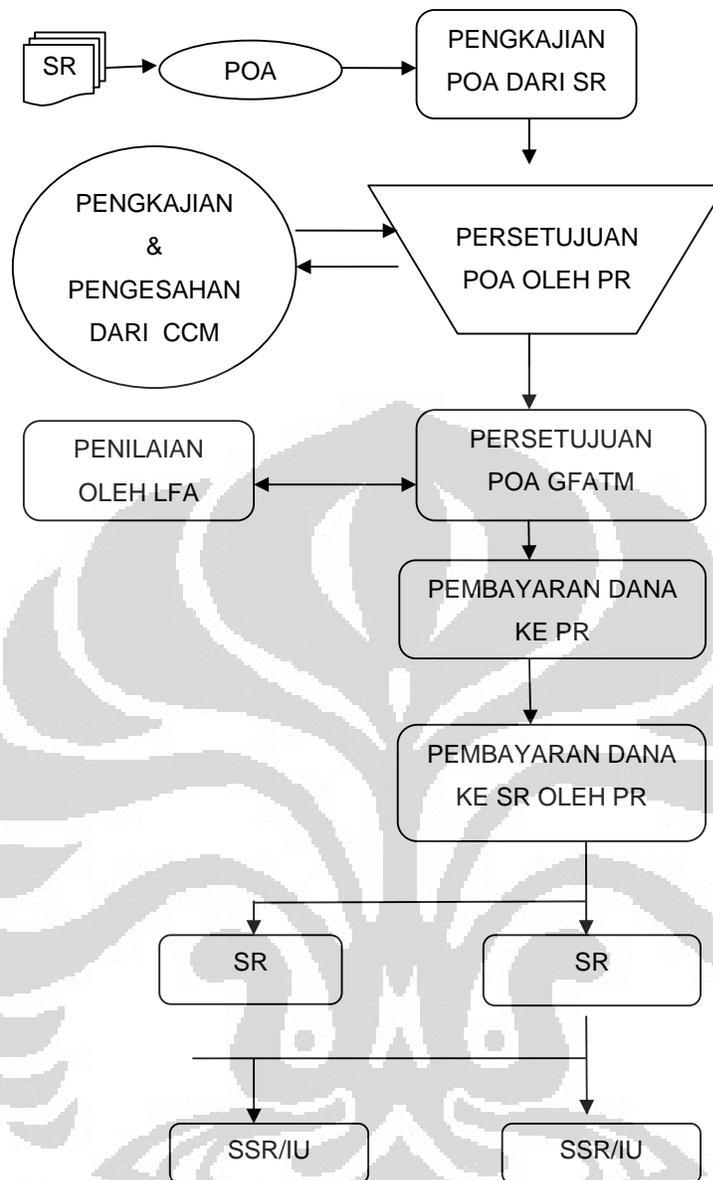
##### **4.6.1. Kebijakan Umum**

PR harus memastikan bahwa seluruh dana bantuan harus diatur dengan bijak dan hati-hati di dalam melakukan tindakan yang diperlukan, agar dana hanya digunakan untuk keperluan program seperti yang telah tersurat dalam *Grant Agreement* dengan GF. Oleh karena itu, PR harus melakukan usaha apapun untuk memastikan bahwa dana bantuan tidak digunakan oleh PR maupun SR dalam menyokong dan mendukung kejahatan, membantu teroris atau kegiatan terorisme, melakukan pencucian uang atau membiayai organisasi yang telah diketahui mendukung kegiatan terorisme atau yang terlibat dalam kegiatan pencucian uang. (Pedoman Pelaksanaan Proyek PR TB Aisyiah, 2009, p.36)

#### 4.6.2. Pembayaran Dana

Semua pembayaran dana dicatat dalam pembukuan di tingkat PR, SR, dan SSR dengan mekanisme sebagai berikut (Pedoman Pelaksanaan Proyek PR TB Aisyiyah, 2009, p.37):

1. Setelah Kesepakatan Hibah ditandatangani, GFATM mentransfer dana untuk periode 1 (6 bulan), dan untuk 3 bulan berikutnya sebagai buffer, ke rekening PR. Pencairan dana untuk selanjutnya akan didasarkan pada PUDR dan pemenuhan persyaratan pencairan dana lainnya (*conditions precedent to disbursement*).
2. Rencana kegiatan dan anggaran SR untuk 6 bulan (satu periode) dikirim ke PR paling lambat pada tanggal 15 bulan ke enam dan disetujui oleh PR. Kemudian PR mengirim dana ke SR berdasarkan anggaran dan rencana kerja yang telah disetujui untuk 3 bulan (kuartal), ditambah buffer 50% dari anggaran di kuartal selanjutnya. Pengiriman dana selanjutnya dapat dilakukan jika laporan keuangan dan laporan kegiatan diserahkan kepada PR tidak lebih dari 15 hari setelah setiap periode triwulan berakhir.
3. Pengiriman dana dari SR ke SSR baru akan dilakukan setelah SR menerima dana dari PR, dengan ketentuan rencana kegiatan dan anggaran SSR untuk 6 bulan (periode) selanjutnya dikirim ke SR pada setiap tanggal 5 bulan ke enam dari periode yang berjalan dan disetujui oleh SR. Kemudian SR mengirimkan dana ke SSR berdasarkan anggaran dan rencana kerja yang telah disetujui untuk 3 bulan, ditambah buffer 50% dari anggaran di kuartal selanjutnya. Pengiriman dana selanjutnya dapat dilakukan jika laporan keuangan dan laporan kegiatan diserahkan kepada SR tidak lebih dari 10 hari setelah setiap periode triwulan berakhir.
4. Semua dana yang tersisa dan belum digunakan dalam triwulan sebelumnya akan diperhitungkan dalam pencairan dana untuk triwulan selanjutnya.



Gambar 4.4. Mekanisme Pembayaran Dana

Sumber: Kordinator Keuangan PR TB Aisyiyah

#### 4.6.3. Pengeluaran

Secara umum, pengeluaran harus mengikuti poin-poin berikut ini: (Pedoman Pelaksanaan Proyek PR TB Aisyiyah, 2009, p.38):

1. Setiap pengeluaran harus disertai dengan bukti yang mendukung dan telah diotorisasi oleh petugas berwenang (sesuai dengan batas kewenangannya).

**Tingkat PR**

|                                | Jumlah                   |
|--------------------------------|--------------------------|
| Finance Coordinator            | Rp. 0 – Rp. 250.000,000. |
| Program Manager                | Rp. 0 – Rp. 500,000,000. |
| Authorized Principal Recipient | Rp. 0 – tak terbatas     |

**Tingkat SR**

|                     | Jumlah                 |
|---------------------|------------------------|
| Koordinator Program | Rp. 0 – Rp. 5,000,000. |
| Kepala SR           | Rp. 0 – tak terbatas   |

2. Pengajuan permintaan pembayaran/uang muka diajukan ke Finance paling lambat tiga hari sebelum kegiatan. Setiap pengeluaran dimaksudkan hanya untuk kepentingan proyek.
3. Dana yang dibayarkan oleh Global Fund hanya digunakan untuk aktifitas yang telah disepakati dalam kesepakatan hibah.
4. Pengeluaran untuk kegiatan harus sesuai dengan Rencana Kegiatan dan budget yang telah disetujui, jika terjadi perbedaan dengan target yang telah ditentukan, maka harus ada persetujuan tertulis dari PR atau LFA.
5. Semuapengeluaran uang tidak boleh bertentangan dengan aturan dari PPP 'Aisyiyah, Global Fund, maupun Pemerintah. Unit cost biaya ditentukan sesuai dengan Peraturan Menteri Keuangan yang berlaku.

**4.6.4. Kebijakan Strategis Keuangan**

Manajemen dana hibah GFATM mempersyaratkan prosedur yang mencakup: (Pedoman Pelaksanaan Proyek PR TB Aisyiyah, 2009, p.41):

1. Perbankan;
2. Akuntansi;

3. Laporan bulanan, triwulanan, semester dan tahunan;
4. Otorisasi;
5. Auditing (pengendalian internal/supervisi);
6. Terminasi (Pemutusan) Hubungan Kerjasama dengan SR dan pihak lain.

#### **4.6.5. Pengendalian Internal (*Internal Control*)**

Untuk seluruh transaksi Bank, kontrol berikut akan dilaksanakan oleh *Finance Controller* (pengawas keuangan) dan *Finance Coordinator*: (Pedoman Pelaksanaan Proyek PR TB Aisyiah, 2009, p.42):

- a) Memastikan bahwa untuk semua cek dan instruksi penarikan dana dan transfer, harus didukung dengan dokumen pendukung yang benar, dan harus ditandatangani oleh yang berhak melakukan otorisasi.
- b) Memastikan bahwa semua tanda tangan yang tertera benar, dan bahwa seluruh jumlah uang yang telah disetujui didukung oleh dokumen pendukung dan melalui mekanisme pengeluaran yang sesuai dengan aturan.
- c) Memastikan bahwa semua dokumen diberi cap “LUNAS”, atau jika dibatalkan, harus diberi cap “DIBATALKAN” dengan nomor cek tertera pada dokumen.
- d) Memastikan bahwa cek yang dikeluarkan dimasukkan ke buku Bank dengan mencatatnya dalam daftar pengeluaran cek dan nomor cek yang telah digunakan (register cek).

##### **4.6.5.1. Rekonsiliasi Bank**

- a) Saldo pada Rekening Bank harus direkonsiliasi dengan buku bank di awal bulan oleh Finance Controller.
- b) Pada awal bulan, Rekonsiliasi Bank harus direview oleh Finance Coordinator. Hasil review harus dibuktikan dalam Laporan Rekonsiliasi Bank yang ditandatangani oleh:
  1. Finance Coordinator dan PM pada tingkat PR.
  2. Administrasi/Keuangan (AK) dan Koordinator Program pada level SR.

#### 4.6.6. Kebijakan Manajemen Keuangan PR TB Aisyiyah

- a) Semua pencatatan dan dokumen pendukung harus disimpan dengan benar dan sistematis.
- b) Semua dokumen keuangan harus disimpan setidaknya-tidaknya selama 3 tahun setelah project berakhir, sesuai dengan kebijakan yang tertuang dalam kesepakatan hibah.
- c) Untuk setiap transaksi, nilai pembayaran/pembelian harus dicatat dalam dokumen pendukung.
- d) Setiap transaksi harus dikonfirmasi terlebih dahulu dengan tingkat otorisasi yang tepat.
- e) Penggunaan dana dalam transaksi pasar uang guna mendapatkan keuntungan selisih kurs tidak dibenarkan.
- f) Transaksi mata uang asing hanya dapat dilakukan untuk transfer dana untuk pengisian ke rekening rupiah dan untuk pembayaran yang dilakukan dalam bentuk mata uang asing (misalnya uang muka untuk perjalanan ke luar negeri).
- g) Dalam pengelolaan GFATM tidak diperkenankan pinjam meminjam dalam bentuk apapun, termasuk didalamnya tidak dibenarkan melakukan transfer antar dana hibah yang diberi oleh Global Fund. Kebijakan ini berlaku ditingkat PR maupun di tingkat SR, SSR.
- h) Setiap dana yang diterima dari Global Fund harus dibuatkan tanda terima dan dikirimkan kembali ke GF sebagai bukti bahwa dana tersebut telah diterima dengan baik.
- i) Setiap dana yang diterima didaftarkan ke Departemen Keuangan akan tetapi pengelolaannya berdasarkan grant agreement yang telah disetujui.

#### 4.6.7. Kebijakan Akuntansi dalam Program yang Didanai oleh *The Global Fund*

##### 1. Accountability (Akuntabilitas)

Akuntabilitas adalah kewajiban moral atau hukum, yang melekat pada individu, kelompok atau organisasi untuk menjelaskan bagaimana dana, peralatan

atau kewenangan yang diberikan pihak ketiga telah digunakan. PR, SR dan SSR memiliki suatu kewajiban operasional, moral dan legal untuk mengklarifikasi semua keputusan dan tindakan yang telah mereka lakukan. Organisasi harus dapat menjelaskan bagaimana dia menggunakan sumberdayanya dan apa yang telah dicapai sebagai pertanggungjawaban kepada pemangku kepentingan dan penerima manfaat. Semua pemangku kepentingan berhak untuk mengetahui bagaimana dana dan kewenangan digunakan. Akuntabilitas harus mencakup kepatuhan kepada rencana kerja dan anggaran yang telah disetujui oleh Global Fund, yaitu semua pengeluaran/pembayaran harus memiliki rujukan ke tujuan budget line dalam rencana dan anggaran kerja yang telah disetujui. (Pedoman Pelaksanaan Proyek PR TB Aisyiyah, 2009, p.43)

#### 2. *The Cash Basis Concept* (Akuntansi Berbasis Kas)

Dalam akuntansi berbasis kas, transaksi ekonomi dan kejadian lain diakui ketika kas diterima atau dibayarkan. Basis kas ini dapat mengukur kinerja keuangan organisasi non-profit yaitu untuk mengetahui perbedaan antara penerimaan dana dan pengeluaran dana dalam suatu periode. Basis kas menyediakan informasi mengenai sumber dana yang dihasilkan selama satu periode, penggunaan dana dan saldo dana pada tanggal pelaporan. Model pelaporan keuangan dalam basis kas biasanya berbentuk Laporan Penerimaan dan Pengeluaran Dana, Laporan Status Anggaran dan laporan Status Dana. Bila diperlukan dibuat suatu catatan atas laporan keuangan atau notes to financial statement yang menyajikan secara detail tentang item-item yang ada dalam laporan keuangan dan informasi tambahan. Dengan tujuan menyajikan laporan keuangan yang menggambarkan posisi keuangan yang sebenarnya, akrual basis akan diterapkan untuk mencatat hutang dan piutang yang telah terjadi. (Pedoman Pelaksanaan Proyek PR TB Aisyiyah, 2009, p.44)

#### 3. *Consistency Concept* (Konsistensi)

Sistem dan kebijakan keuangan dari organisasi harus konsisten dari waktu ke waktu. Ini tidak berarti bahwa sistem keuangan tidak boleh disesuaikan apabila terjadi perubahan di organisasi termasuk kebijakan pemerintah dibidang moneter. (Pedoman Pelaksanaan Proyek PR TB Aisyiyah, 2009, p.44)

#### 4. *Transparency* (Transparansi)

Organisasi harus terbuka berkenaan dengan pekerjaannya, menyediakan informasi berkaitan dengan rencana dan aktivitasnya kepada para pemangku kepentingan. Termasuk didalamnya, menyiapkan laporan keuangan yang akuntabel dan tepat waktu serta dapat dengan mudah diakses oleh pemangku kepentingan. (Pedoman Pelaksanaan Proyek PR TB Aisyiyah, 2009, p.44)

#### 5. Integritas (Integrity)

Dalam melaksanakan kegiatan operasionalnya, setiap orang yang terlibat harus mempunyai integritas yang baik. Selain itu, laporan dan catatan keuangan harus dijaga keamanannya melalui kelengkapan dan keakuratan pencatatan keuangan. (Pedoman Pelaksanaan Proyek PR TB Aisyiyah, 2009, p.44)

#### 6. Pengelolaan (Stewardship)

Organisasi harus dapat mengelola dengan baik dana yang telah diperoleh dan menjamin bahwa dana tersebut digunakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Secara praktek, organisasi dapat melakukan pengelolaan keuangan dengan baik melalui kehati-hatian dalam perencanaan strategis, identifikasi risiko dan membuat sistem pengendalian keuangan yang sesuai dengan kebutuhan organisasi. (Pedoman Pelaksanaan Proyek PR TB Aisyiyah, 2009, p.44)

#### 7. Konsep Historis (*Historical Concept*)

Laporan keuangan pada hakikatnya mencatat informasi yang sudah dilakukan. (Pedoman Pelaksanaan Proyek PR TB Aisyiyah, 2009, p.44)

#### 8. Standar Akuntansi (*Accounting Standards*)

Karena peraturan mengenai standard laporan keuangan di Indonesia untuk organisasi non-profit menggunakan PSAK 45 (Prinsip Akuntansi No.45), maka program yang didanai oleh GFATM juga menggunakan PSAK 45 sebagai standard akuntansi. (Pedoman Pelaksanaan Proyek PR TB Aisyiyah, 2009, p.44)

### 4.6.8. Pengakuan Biaya

1. Biaya diklasifikasikan menjadi kategori pelaksana dan kelompok kegiatan.
  - a. Berdasar kategori pelaksana dibagi menjadi:
    - Biaya pada tingkat Principal Recipient (PR)
    - Biaya pada tingkat Sub-Recipient
    - Biaya pada tingkat Sub Sub-Recipient.

- b. Berdasarkan kelompok kegiatan program seperti tercantum dalam workplan.
2. Melakukan analisis terhadap efisiensi anggaran yang tersedia dengan membandingkan realisasi kegiatan dan workplan secara sistematis sehingga dapat sebagai pertimbangan pengeluaran selanjutnya.
3. Biaya yang digunakan harus diperiksa dengan teliti dan semua kewajiban didasarkan pada akuntansi berbasis kas.
4. Untuk tingkat PR, biaya yang tidak dialokasikan atau terjadi perubahan alokasi dana/kegiatan, atau melebihi batas anggaran harus terlebih dahulu mendapat persetujuan tertulis dari GF dengan mengajukan surat permohonan persetujuan. Sedangkan untuk tingkat pelaksana dibawah PR agar membuat surat permohonan kepada PR. Aktifitas dapat dilaksanakan setelah mendapatkan persetujuan pihak terkait.
5. Kategori biaya harus disesuaikan dengan template laporan GFATM, yaitu berapa besar pengeluaran PR dan pencairan yang dibuat untuk SR dan SSR.

#### **4.6.9 Aktiva Tetap**

1. Aktiva tetap merupakan asset yang dibeli dari dana GF yang memiliki manfaat minimal 1 tahun dan dengan harga perolehan diatas Rp. 500.000,.
2. Biaya yang diperlukan untuk memperbaiki dan memelihara aktiva tetap harus dialokasikan dalam Rencana Kerja pada tingkat PR dan Sub-Recipient.
3. Nilai aktiva tetap harus dikaji setiap tahun berdasarkan harga pasar. Jika terjadi pemutusan bantuan menunggu kebijakan GFATM lebih lanjut.
4. Semua asset yang dibeli dari dana GF harus dibuat daftar inventaris yang memuat nomor inventaris, tanggal pembelian, harga pembelian, merek & spesifikasi, kondisi, pengguna/penanggungjawab dan lokasi barang tersebut ditempatkan.
5. Tidak ada biaya depresiasi untuk aktiva tetap.
6. Daftar inventaris harus diperiksa secara periodik dan dilaporkan apabila terjadi kerusakan atau kehilangan,

7. Tidak diperbolehkan untuk menjual atau menukar barang aktiva yang dibeli dari dana GF.

#### **4.6.10. Uang Muka Kegiatan**

Uang Muka adalah pengeluaran dana untuk kegiatan yang tidak bisa langsung dipertanggungjawabkan. Pengeluaran atau biaya yang dapat dibayarkan adalah pengeluaran atau biaya yang terjadi semata-mata untuk pelaksanaan program.

Berikut adalah mekanisme pengambilan uang muka:

- a. Penetapan panitia pelaksana kegiatan GFATM harus disetujui oleh PR, atau Kepala SR pada tingkat SR.
- b. Koordinator harus mengajukan TOR beserta rencana perincian biaya kegiatan yang akan diserahkan kepada PM pada tingkat PR dan kepada Koordinator Program pada tingkat SR.
- c. Pembayaran uang muka hanya dapat dilakukan jika TOR kegiatan dan rencana perincian biaya telah disetujui pemberi otorisasi seperti dimaksud di butir b di atas.
- d. Pertanggungjawaban Uang Muka harus menyertakan laporan hasil kegiatan termasuk daftar absensi peserta dan bukti-bukti pengeluaran lainnya.
- e. Pertanggungjawaban uang muka harus dilakukan tidak lebih dari dua minggu setelah kegiatan selesai pelaksanaan.
- f. Dokumen pendukung lengkap harus disediakan atau pegawai akan dibayar berdasarkan dokumen pendukung yang diserahkan saja.
- g. Tidak diperbolehkan mengambil uang muka baru sebelum uang muka sebelumnya dipertanggungjawabkan, kecuali telah mendapatkan pengecualian secara tertulis dari PM/APR di tingkat PR dan Koordinator Program/Kepala SR di tingkat SR.

Bukti yang harus disediakan untuk pertanggung jawaban uang muka:

- a) TOR yang telah disetujui
- b) Permintaan uang muka
- c) Surat Penetapan Panitia

#### **4.6.11. Laporan Keuangan Triwulan, Pertengahan Tahun dan Tahunan**

Pembukuan dalam Buku Besar adalah dalam Rupiah. Untuk tujuan pelaporan ke Global Fund, pembukuan transaksi dikonversikan ke dalam dolar AS dengan nilai kurs rata-rata dalam satu bulan transaksi berjalan. Saldo Kas, Bank dan perkiraan neraca lainnya dikonversikan pada nilai tukar yang berlaku pada waktu pelaporan. Perbedaan kurs saat pelaporan dan kurs rata-rata setiap bulan dianggap sebagai kerugian/keuntungan kurs. (Pedoman Pelaksanaan Proyek PR TB Aisyiyah, 2009, p.46)

##### **4.6.11.1. Laporan PR ke GFATM**

Laporan keuangan berfungsi sebagai alat pertanggungjawaban (*stewardship*) dana yang diterima dan sebagai alat didalam melakukan pengendalian. Global Fund mewajibkan PR untuk menyerahkan laporan *Principal Recipient's Ongoing Progress Update and Disbursement Request* dengan ketentuan sebagai berikut: (Pedoman Pelaksanaan Proyek PR TB Aisyiyah, 2009, p.47)

- a) Laporan Semester (Periode): Maksimal 45 hari setelah selesainya aktifitas semester;
- b) Laporan Tahunan: Maksimal 45 hari setelah akhir tahun fiskal;
- c) Laporan Tahunan yang telah diaudit maksimal enam bulan setelah berakhirnya periode yang diaudit.

##### **4.6.11.2. Laporan SR ke PR**

Untuk mencapai kewajiban tersebut, maka SR diharuskan untuk menyerahkan laporan keuangan ke PR tidak lebih dari 15 hari setelah penutupan setiap triwulan. Dari SSR ke SR, laporan keuangan atau laporan pertanggungjawaban paling lambat masuk di tanggal 10. Laporan keuangan dari SR ke PR adalah sebagai berikut: (Pedoman Pelaksanaan Proyek PR TB Aisyiyah, 2009, p.48)

- a) Laporan Bulanan: Maksimal 15 hari di bulan berikutnya.
- b) Laporan Triwulanan: Maksimal 15 hari di bulan setelah akhir triwulan tersebut (bulan ke-4).

#### 4.6.11.3. Isi Laporan Keuangan

Laporan harus dibuat dalam bentuk softcopy dan hardcopy dan terdiri dari:

1. Laporan Sumber dan Penggunaan Dana (SUF), beserta:
  - a. Buku Besar (hanya softcopy);
  - b. Berita Acara Penghitungan Kas Kecil;
  - c. Rekonsiliasi Bank;
  - d. Copy Rekening Koran, Buku Bank dan Buku Kas;
  - e. Daftar Uang Muka.
2. Laporan Rincian dan Deviasi Pengeluaran Program, untuk SR ke PR setiap triwulan, untuk PR ke GFATM setiap semester (periode). PR dapat dapat sewaktu-waktu meminta laporan langsung ke SSR.

#### 4.6.12. Monitoring Keuangan

- a) PR, SR harus menyusun jadwal financial monitoring keuangan secara periodik.
- b) PR akan memonitor pengelolaan keuangan SR dan SSR dan SR akan memonitor SSR.
- c) Dalam melaksanakan financial monitoring, PR harus menyiapkan Perangkat Monitoring (Monitoring Tool) yang dapat digunakan sebagai pedoman baik oleh pejabat di PR maupun SR dalam melaksanakan proses monitoring.
- d) Financial monitoring dapat dilaksanakan melalui review atas laporan keuangan dan laporan kegiatan, melalui email/atau telepon dan melakukan kunjungan lapangan ataupun melalui pertemuan koordinasi.
- e) Hal-hal yang harus dimonitor oleh PR dan harus dilakukan setiap bulan meliputi:
  1. Monitoring atas laporan dan dokumen keuangan yang disampaikan oleh SR (Tingkat PR) dan SSR (Tingkat SR).
  2. Daftar laporan keuangan dari laporan kegiatan SR yang telah diterima maupun yang belum diterima.

3. Status dana masing-masing SR (Tingkat PR) dan SSR (Tingkat SR) sampai bulan tersebut. Informasi ini meliputi: nama SR atau SSR, periode Sub-Grant Agreement, jumlah anggaran yang telah disetujui, total pengiriman dana bulan ini, total pengiriman dana sampai bulan ini, total pengeluaran bulan ini, total pengeluaran sampai bulan ini, saldo atas anggaran, saldo atas dana yang dikirimkan, serta prosentasi penyerapan dana.
4. Status pengiriman dana kepada masing-masing SR/SSR dan meyakinkan bahwa dana telah dikirimkan tepat waktu.
5. Membuat daftar temuan serta tindakan follow-up masing-masing SR maupun SSR, serta rencana melaksanakan follow-up.
6. Memonitor penggunaan dana masing-masing SR dan mereview, apakah penggunaan termasuk sudah sesuai workplan.
- f) Menginformasikan atas hasil monitoring, temuan penyimpangan kepada PMU/PM/APR atas hasil monitoring, serta merekomendasikan rencana – rencana perbaikan.
- g) Finance Controller harus memastikan bahwa rekomendasi perbaikan atas temuan sudah dilaksanakan oleh PR, SR dan SSR terkait.

#### **4.6.13. Pemutusan, Penundaan dan Berakhirnya Periode Program**

*Global Fund* berhak memutus atau menunda *Grant Agreement* secara keseluruhan atau sebagian, dengan alasan tertentu yang dibenarkan, dengan memberikan pemberitahuan tertulis kepada PR. Bagian tertentu dari *Grant Agreement* yang tidak diputus atau ditunda tetap memiliki kekuatan penuh dan mengikat.

1. Prosedur Pemutusan atau Berakhirnya Periode Program. Dengan alasan apapun, melalui pemutusan penuh atau sebagian dari *Grant Agreement* yang berarti berakhirnya Periode Program, PR TB Aisyiyah harus menjalankan beberapa prosedur di bawah ini, atau yang mungkin diminta oleh *Global Fund*, antara lain:

- a. Mengembalikan dengan segera dana bantuan dari *Global Fund* yang belum digunakan oleh PR maupun SR pada tanggal diterbitkannya surat pemberitahuan pemutusan atau tanggal berakhirnya Periode Program (sebagaimana diatur), jika diminta oleh *Global Fund*;
- b. Memberikan laporan audit keuangan final Program kepada *Global Fund*;
- c. Memberikan inventaris seluruh aset dan pembelian barang yang belum dibayar dengan dana bantuan kepada *Global Fund*; dan
- d. Jika diminta oleh *Global Fund*, berikan rencana (dibuat dengan berkonsultasi kepada CCM) penggunaan seluruh aset dan jasa yang dijelaskan dalam *Grant Agreement* (selanjutnya disebut “Rencana Penutupan”). Rencana Penutupan ini harus mendapatkan persetujuan akhir dari *Global Fund*.

Hal-hal yang dapat menyebabkan diputuskan *Sub-Grant Agreement*:

- a) Penyalahgunaan dana baik di tingkat PR, SR, SSR dan Mitra Pelaksana;
- b) Bertindak diluar pedoman yang telah disepakati;
- c) Pelanggaran atas kesepakatan;
- d) Tidak mampu memberikan laporan keuangan yang akuntabel;
- e) Melakukan kolusi, korupsi atau mengalami konflik kepentingan dengan manajemen;
- f) Melakukan pengeluaran/perubahan dana diluar peruntukannya dan diluar ketentuan yang disyaratkan;
- g) Tidak memberikan laporan keuangan, laporan kegiatan dan laporan cakupan tepat waktu;
- h) Tidak melakukan dan melaporkan hasil audit.

*Global Fund* berhak meminta kepada PR TB Aisyiyah untuk segera mengembalikan semua dana bantuan yang sudah dicairkan oleh *Global Fund* dalam mata uang yang sama dengan saat dicairkan jika terjadi situasi seperti di bawah ini:

- a. *Grant Agreement* diputus atau ditunda;

- b. PR TB Aisyiyah telah menyelewengkan ketentuan yang ada dalam *Grant Agreement*;
- c. Ada kesalahan jumlah dana yang dicairkan *Global Fund* kepada PR TB Aisyiyah; atau
- d. PR TB Aisyiyah telah salah dalam memahami materi dan hal-hal lain yang terkait dengan *Grant Agreement*.

#### 4.7. Hasil Pencapaian Program Penanggulangan TB oleh organisasi PR Aisyiyah Selama Phase 1

Berikut ini adalah hasil pencapaian program yang dilakukan oleh PR TB Aisyiyah selama phase pertama. Hasil ini didapat dari laporan yang masuk kepada PR TB Aisyiyah. Hasil berikut merupakan jumlah total seluruh SR yang ada secara nasional.

Tabel 4.5.  
Pencapaian Program

| No. | Indicator Description   | Verification result |
|-----|---|---------------------|
| 3.1 | Number of health staff (doctors, paramedics, laboratory technician) trained in community health clinics   | 634                 |
| 3.2 | Number of religious leader trained in community   | 1787                |
| 3.3 | Number of community cadre trained   | 4348                |
| 3.4 | Number of suspected cases referred by potential (active) community cadre  | 14094               |
| 3.5 | Number and percentage of new smear positive TB patients managed or supervised by the community (receiving treatment in <b>non-government health clinics</b> ) among the new smear positive TB patient reported to the National Health Authority | 495                 |
| 3.6 | Number & percentage of new smear positive TB patients managed or supervised by the community (receiving treatment in <b>government health clinics</b> ) among the new smear positive TB patient reported to the National Health Authority       | 1000                |
| 3.7 | Number and percentage of new sputum-smear positive TB patients successfully treated among the new smear TB positive patients managed or supervised by the community in the <b>non - government health clinics</b>                               | 375                 |
| 3.8 | Number and percentage of new sputum-smear positive TB patient successfully treated among the new smear TB positive patients managed or supervised by the community in the <b>government health clinics</b>                                      | 429                 |

Sumber: Monitoring Evaluasi PR TB Aisyiyah

#### 4.8. Anggaran Program

Pencapaian Program ini tentunya memerlukan anggaran. Adapun anggaran yang direncanakan untuk digunakan adalah sebagai berikut:

Tabel 4.6.  
Rencana Anggaran Program

| Cost Category                               | Projection           |                      |                       |                      |                             |                      |                      |                       |
|---|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
|   | Quarter 1 (LFA)      | Quarter 2 (LFA)      | Quarter 3 (LFA)       | Quarter 4 (LFA)      | TOTAL YEAR 1 - LFA (in USD) | Quarter 5 (LFA)      | Quarter 6 (LFA)      | Quarter 7 (LFA)       |
| Human resources                             | 1,723,012,500        | 1,592,400,000        | 1,592,400,000         | 1,592,400,000        | 6,500,212,500               | 2,220,592,500        | 1,672,020,000        | 1,672,020,000         |
| Technical Assistance                        | 782,550,000          | -                    | -                     | -                    | 782,550,000                 | -                    | -                    | -                     |
| Training                                    | 2,271,622,500        | 4,461,370,000        | 3,897,385,000         | 2,643,315,000        | 13,273,692,500              | 2,995,252,500        | 2,486,492,500        | 1,938,192,500         |
| Health Products and Health Equipment        | -                    | 383,250,000          | -                     | -                    | 383,250,000                 | -                    | -                    | -                     |
| Medicines and Pharmaceutical Products       | -                    | -                    | -                     | -                    | -                           | -                    | -                    | -                     |
| PSM Cost                                    | 620,000,000          | -                    | -                     | -                    | 620,000,000                 | -                    | -                    | -                     |
| Infrastructure and Other equipment          | -                    | -                    | -                     | -                    | -                           | -                    | -                    | -                     |
| Communicate Materials                       | 19,950,000           | 40,000,000           | 5,295,605,000         | 1,606,482,500        | 6,962,037,500               | 864,000,000          | 1,578,062,500        | 4,447,605,000         |
| M&E   | 251,470,000          | 702,370,000          | 957,995,000           | 692,170,000          | 2,604,005,000               | 957,995,000          | 1,033,770,000        | 957,995,000           |
| Living support to clients/target population | -                    | 252,000,000          | 523,209,000           | 421,240,000          | 1,196,449,000               | 746,125,000          | 469,905,000          | 761,485,000           |
| Planning and administration                 | 59,375,000           | -                    | -                     | -                    | 59,375,000                  | -                    | -                    | -                     |
| Overheads                                   | 400,700,000          | 139,500,000          | 288,000,000           | 139,500,000          | 967,700,000                 | 398,700,000          | 139,500,000          | 288,000,000           |
| Other                                       | -                    | -                    | -                     | -                    | -                           | -                    | -                    | -                     |
| <b>GRAND TOTAL</b>                          | <b>6,128,680,000</b> | <b>7,570,890,000</b> | <b>12,554,594,000</b> | <b>7,095,107,500</b> | <b>33,349,271,500</b>       | <b>8,182,665,000</b> | <b>7,379,750,000</b> | <b>10,065,297,500</b> |
| <b>ACTIVITY</b>                             | <b>3,384,967,500</b> | <b>5,838,990,000</b> | <b>10,674,194,000</b> | <b>5,363,207,500</b> | <b>1,018,382</b>            | <b>5,563,372,500</b> | <b>5,568,230,000</b> | <b>8,105,277,500</b>  |
| Training                                    | 2,271,622,500        | 4,461,370,000        | 3,897,385,000         | 2,643,315,000        | 645,880                     | 2,995,252,500        | 2,486,492,500        | 1,938,192,500         |
| Technical Assistance                        | 782,550,000          | -                    | -                     | -                    | -                           | -                    | -                    | -                     |
| Health Products and Health Equipment        | -                    | 383,250,000          | -                     | -                    | 34,841                      | -                    | -                    | -                     |
| Communicate Materials                       | 19,950,000           | 40,000,000           | 5,295,605,000         | 1,606,482,500        | 149,680                     | 864,000,000          | 1,578,062,500        | 4,447,605,000         |
| M&E   | 251,470,000          | 702,370,000          | 957,995,000           | 692,170,000          | 126,776                     | 957,995,000          | 1,033,770,000        | 957,995,000           |
| Living support to clients/target population | -                    | 252,000,000          | 523,209,000           | 421,240,000          | 61,204                      | 746,125,000          | 469,905,000          | 761,485,000           |
| Planning and administration                 | 59,375,000           | -                    | -                     | -                    | -                           | -                    | -                    | -                     |
| <b>OVERHEAD</b>                             | <b>2,743,712,500</b> | <b>1,731,900,000</b> | <b>1,880,400,000</b>  | <b>1,731,900,000</b> | <b>314,897</b>              | <b>2,619,292,500</b> | <b>1,811,520,000</b> | <b>1,960,020,000</b>  |
| Human resources                             | 1,723,012,500        | 1,592,400,000        | 1,592,400,000         | 1,592,400,000        | 289,527                     | 2,220,592,500        | 1,672,020,000        | 1,672,020,000         |
| PSM Cost                                    | 620,000,000          | -                    | -                     | -                    | -                           | -                    | -                    | -                     |
| Overheads                                   | 400,700,000          | 139,500,000          | 288,000,000           | 139,500,000          | 25,364                      | 398,700,000          | 139,500,000          | 288,000,000           |

Sumber: Finance Coordinator PR TB 'Aisyiyah

Setelah Fase 1 berjalan selama 2 tahun, maka terdapat laporan akhir yang menyatakan penggunaan budget selama program berjalan. Budget yang dilaporkan dan diajukan selalu diperinci ke dalam beberapa kategori biaya:

*Human Resources, Technical Assistance, Training, Health Product and Health Equipment, Medicines and Pharmaceutical Products, Procurement and Supply Management Costs, Infrastructure and Other Equipment, Communication Materials, Monitoring and Evaluation, Living supports to Clients / Target Population, Planning and Administration, Overheads, Others.* Khusus untuk *Medicines and Pharmaceutical Products*, serta *Infrastructure and Other Equipment*, dilakukan oleh Kementerian Kesehatan langsung mengingat standarisasi mutu harus tetap terjaga dan menjadi tanggung jawab pihak pemerintah.

Tabel.4.7. Riil Pengeluaran

| Rincian Pengeluaran Berdasarkan Kategori : |   |              |              |              |
|--|---|--------------|--------------|--------------|
| #  | Kategori                                  | Budget       | Expenditure  | Variance     |
| 1  | Sumber Daya Manusia                       | 1,204,805.91 | 1,110,460.63 | 138,345.28   |
| 2  | Pendampingan Teknis                       | 71,140.91    | 61,372.00    | 9,768.91     |
| 3  | Pelatihan                                 | 2,057,474.77 | 1,778,841.76 | 278,633.01   |
| 4  | Produk Kesehatan dan Alat Kesehatan       | 34,840.91    | 59,980.52    | (25,139.61)  |
| 5  | Obat-obatan dan Alat Medis                | -            | -            | -            |
| 6  | Pengadaan dan Biaya Penguatan Manajemen   | 56,363.64    | 71,850.00    | (15,486.36)  |
| 7  | Infrastruktur dan Peralatan lainnya       | -            | -            | -            |
| 8  | Materi Komunikasi                         | 1,261,829.55 | 583,960.68   | 677,868.87   |
| 9  | Monitoring dan Evaluasi                   | 569,073.64   | 743,146.80   | (174,073.16) |
| 10   | Penguatan Mutu Pasien / Target Masyarakat | 336,244.00   | 344,823.28   | (8,579.28)   |
| 11   | Perencanaan dan Administrasi              | 5,397.73     | -            | 5,397.73     |
| 12   | Operasional Kantor                        | 175,763.64   | 262,753.90   | (86,990.26)  |
| 13   | Lain-lain                                 | -            | -            | -            |
|  | TOTAL                                     | 5,816,934.68 | 5,017,189.57 | 799,745.13   |

Sumber: Koordinator Keuangan, PR TB Aisyiyah

## Bab 5

### ANALISIS

Dalam rangka membahas evaluasi pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis oleh PR TB Aisyiyah, kita juga harus melihat dalam skala luas. Metode dan teknik yang digunakan oleh PR TB 'Aisyiyah memiliki dasar landasan berupa teori penanggulangan tuberkulosis yaitu kebijakan nasional yang ditetapkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kebijaksanaan Negara bisa ditinjau dari Hierarki atau tingkatannya. Bromley (1989, p.33) mengusulkan adanya 3 tingkatan Kebijakan Negara:

#### 1. *Policy Level*

Bahwa di dalam suatu negara yang menganut demokratisasi, maka kebijaksanaan negaranya direpresentasikan oleh keinginan lembaga legislatif. Mereka yang menentukan bagaimana arah dari garis-garis besar kebijaksanaan.

Pada tingkat kebijakan (*Policy Level*) ini, pernyataan-pernyataan umum tentang kehendak dan kebutuhan masyarakat dibahas dan diformulasikan. Jadi Tingkat Kebijakan merupakan perwujudan dari aspirasi/kebutuhan masyarakat. Kemudian pihak eksekutif akan menterjemahkan ke dalam peraturan-peraturan yang bisa mendukung terselenggaranya isi dari kebijaksanaan tersebut. Peraturan-peraturan inilah yang disebut sebagai *Institutional Arrangements*.

#### 2. *Organizational Level*

Pada level ini kebijaksanaan dibuat oleh lembaga eksekutif, sesuai misi yang telah ditentukan dalam Policy Level. Pada tingkat Organisasional (*Organizational Level*), dikembangkan organisasi-organisasi sebagai penyelenggara dari kebijaksanaan pada *Policy Level*. Selanjutnya pada tingkat operasional terdapat unit-unit operasional yang siap melaksanakan kebijaksanaan.

Hasil yang dicapai pada tingkat operasional akan dilihat langsung oleh masyarakat. Di sinilah akan timbul reaksi kolektif dari berbagai kalangan (*Patterns of Interaction*), yang pada akhirnya akan membuahkan hasil (*outcomes*) tertentu.

### 3. *Operational Level*

Merupakan penjabaran secara teknis dari kebijaksanaan pada Organizational Level. Ini bertujuan untuk mempermudah pelaksanaan suatu kebijaksanaan.

Selanjutnya Bromley (1989) menyarankan bahwa untuk kepentingan penyempurnaan kebijaksanaan, maka bisa juga dilakukan Policy Analysis dengan jalan melakukan tindakan Assessment terhadap Policy, berdasarkan *outcomes*-nya.

#### 5.1. Analisa Tingkat kebijaksanaan (*Policy Level*)

Kementerian Kesehatan mempunyai tugas membantu Presiden dalam menyelenggarakan sebagian urusan pemerintahan di bidang kesehatan. Dalam melaksanakan tugas, Kementerian Kesehatan menyelenggarakan fungsi: (Portal Kementerian Kesehatan, 2011)

1. Perumusan kebijakan nasional, kebijakan pelaksanaan dan kebijakan teknis di bidang kesehatan;
2. Pelaksanaan urusan pemerintahan sesuai dengan bidang tugasnya;
3. Pengelolaan barang milik/kekayaan negara yang menjadi tanggung jawabnya;
4. Pengawasan atas pelaksanaan tugasnya.
5. Penyampaian laporan hasil evaluasi, saran dan pertimbangan di bidang tugas dan fungsinya kepada Presiden;

Dalam menyelenggarakan fungsi, Kementerian Kesehatan mempunyai kewenangan : (Portal Kementerian Kesehatan, 2011)

1. Penetapan kebijakan nasional di bidang kesehatan untuk mendukung pembangunan secara makro;
2. Penetapan pedoman untuk menentukan standar pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan oleh kabupaten/Kota di bidang Kesehatan;
3. Penyusunan rencana nasional secara makro di bidang kesehatan;

4. Penetapan persyaratan akreditasi lembaga pendidikan dan sertifikasi tenaga professional/ahli serta persyaratan jabatan di bidang kesehatan;
5. Pembinaan dan pengawasan atas penyelenggaraan otonomi daerah yang meliputi pemberian pedoman, bimbingan, pelatihan, arahan dan supervisi di bidang kesehatan;
6. Pengaturan penerapan perjanjian atau persetujuan internasional yang disahkan atas nama Negara di bidang kesehatan;
7. Penetapan standar pemberian izin oleh daerah di bidang kesehatan;
8. Penanggulangan wabah dan bencana yang berskala nasional di bidang kesehatan;
9. Penetapan kebijakan sistem informasi nasional di bidang kesehatan;
10. Penetapan persyaratan kualifikasi usaha jasa di bidang kesehatan;
11. Penyelesaian perselisihan antar Propinsi di bidang kesehatan;
12. Penetapan kebijakan pengendalian angka kelahiran dan penurunan angka kematian ibu, bayi, dan anak;
13. Penetapan kebijakan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat;
14. Penetapan pedoman standar pendidikan dan pendayagunaan tenaga kesehatan;
15. Penetapan pedoman pembiayaan pelayanan kesehatan;
16. Penetapan pedoman penapisan, pengembangan dan penerapan teknologi kesehatan dan standar etika penelitian kesehatan;
17. Penetapan standar nilai gizi dan pedoman sertifikasi teknologi kesehatan dan gizi;
18. Penetapan standar akreditasi sarana dan prasarana kesehatan;
19. Surveilans epidemiologi serta pengaturan pemberantasan dan penanggulangan wabah, penyakit menular dan kejadian luar biasa;
20. Penyediaan obat esensial tertentu dan obat untuk pelayanan kesehatan dasar sangat essential (buffer stock nasional);
21. Kewenangan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku yaitu : penempatan dan pemindahan tenaga

kesehatan tertentu; dan pemberian izin dan pembinaan produksi dan distribusi alat kesehatan.

Kementerian Kesehatan merupakan unsur pelaksana Pemerintah di bidang kesehatan, dipimpin oleh Menteri Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Presiden Republik Indonesia. Kementerian Kesehatan melaksanakan program penanggulangan Tuberkulosis bagi masyarakat Indonesia dalam seluruh aspek. Sebagai agen pemerintah, Kementerian Kesehatan memiliki kewenangan sebagai pembuat kebijakan. Kementerian Kesehatan bertanggung jawab untuk memastikan seluruh aspek terpenuhi, mulai dari pemenuhan fasilitas pengobatan, fasilitas laboratorium, kualifikasi tenaga kesehatan dan laboratorium hingga pemaparan informasi ke masyarakat.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sebagai agen pemerintah, telah menetapkan sejumlah kebijakan mengenai program penanggulangan penyakit tuberkulosis di Indonesia. Mendiagnosa TB Harus dilakukan pemeriksaan dahak dengan mikroskop. Seseorang dipastikan menderita TB bila dalam dahaknya terdapat kuman TB. Dahak yang diambil adalah dahak Sewaktu-Pagi-Sewaktu: (Pedoman Pengendalian Tuberkulosis, 2011, p.27)

1. Pada waktu datang pertama kali untuk periksa ke unit pelayanan kesehatan, disebut dahak Sewaktu pertama (S).
2. Dahak diambil pada pagi hari berikutnya segera setelah bangun tidur, kemudian dibawa dan diperiksa di unit pelayanan kesehatan, disebut dahak Pagi (P).
3. Dahak diambil di unit pelayanan kesehatan pada saat menyerahkan dahak pagi, disebut dahak Sewaktu kedua (S).

Pengobatan TB dilakukan dalam dua tahap, yaitu tahap awal (intensif) dan tahap lanjutan. Lama pengobatan 6-8 bulan, tergantung berat ringannya penyakit. Penderita harus minum obat secara lengkap dan teratur sesuai jadwal berobat sampai dinyatakan sembuh. Dilakukan tiga kali pemeriksaan ulang dahak untuk mengetahui perkembangan kemajuan pengobatan, yaitu pada akhir pengobatan tahap awal, sebulan sebelum akhir pengobatan dan pada akhir pengobatan. (Pedoman Pengendalian Tuberkulosis, 2011, p.28).

Penderita tuberkulosis dapat berobat ke Puskesmas, Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4), Rumah Sakit, klinik dan dokter praktek swasta. Di Puskesmas, penderita bisa mendapatkan pengobatan TB secara cuma-cuma/gratis. Dengan catatan: Rumah Sakit, Klinik dan Dokter Praktek Swasta yang sudah bekerjasama dengan program juga menyediakan obat yang sama dan Gratis.

Kemajuan pengobatan dapat diketahui melalui: Keluhan berkurang atau hilang, berat badan bertambah, nafsu makan meningkat. Pemeriksaan dahak pada akhir tahap awal juga menunjukkan hasil negatif. Apabila minum obat tidak teratur akan berakibat: (Pedoman Pengendalian Tuberkulosis, 2011, p.29)

1. Penyakit tidak akan sembuh atau bahkan menjadi lebih berat.
2. Penderita tetap dapat menularkan penyakitnya pada orang lain.
3. Penyakit menjadi makin sukar diobati karena ada kemungkinan kuman TB menjadi kebal, sehingga diperlukan obat yang lebih kuat dan lebih mahal.
4. Obat untuk kuman yang kebal tidak tersedia di semua fasilitas kesehatan.
5. Perlu waktu lebih lama untuk sembuh.
6. Penderita dapat juga menularkan kuman yang sudah kebal obat pada orang lain.

Penderita dinyatakan sembuh Bila pada pemeriksaan ulang dahak satu bulan sebelum akhir pengobatan dan akhir pengobatan tidak ditemukan lagi adanya kuman TB. Kebijakan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan mengenai kegiatan pengendalian penyakit tuberkulosis adalah: (Pedoman Pengendalian Tuberkulosis, 2011, p.17)

1. Tatalaksana dan Pencegahan TB
  - a. Penemuan Kasus Tuberkulosis
  - b. Pengobatan Tuberkulosis
  - c. Pemantauan dan Hasil Pengobatan Tuberkulosis
  - d. Pengendalian Infeksi pada sarana layanan
  - e. Pencegahan Tuberkulosis
2. Manajemen Program TB
  - a. Perencanaan program Tuberkulosis

- b. Monitoring dan Evaluasi Program Tuberkulosis
  - c. Manajemen Logistik Program Tuberkulosis
  - d. Pengembangan Ketenagaan Program Tuberkulosis
  - e. Promosi program Tuberkulosis
3. Pengendalian TB komprehensif
- a. Penguatan Layanan Laboratorium Tuberkulosis
  - b. Public – Private Mix (Pelibatan Semua Fasilitas Pelayanan Kesehatan)
  - c. Kolaborasi TB-HIV
  - d. Pemberdayaan Masyarakat dan Pasien TB
  - e. Pendekatan kolaborasi dalam kesehatan paru
  - f. Manajemen TB Resistan Obat (MTRO)
  - g. Penelitian tuberkulosis

Kebijakan yang sudah ditetapkan secara nasional oleh Kementerian Kesehatan, memerlukan unsur pendukung berupa organisasi pelaksanaan, yang dapat dijabarkan menjadi beberapa aspek:(Pedoman Pengendalian Tuberkulosis, 2011,p.19)

- 1. Aspek manajemen program
  - a. Tingkat Pusat

Upaya pengendalian TB dilakukan melalui Gerakan Terpadu Nasional Pengendalian Tuberkulosis (Gerdunas-TB) yang merupakan forum kemitraan lintas sektor dibawah koordinasi Menko Kesra. Menteri Kesehatan R.I. sebagai penanggung jawab teknis upaya pengendalian TB.

Dalam pelaksanaannya program TB secara Nasional dilaksanakan oleh Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, cq. Sub Direktorat Tuberkulosis.

- b. Tingkat Propinsi

Di tingkat propinsi dibentuk Gerdunas-TB Propinsi yang terdiri dari Tim Pengarah dan Tim Teknis. Bentuk dan struktur organisasi disesuaikan dengan kebutuhan daerah. Dalam pelaksanaan program TB di tingkat propinsi dilaksanakan Dinas Kesehatan Propinsi.

c. Tingkat Kabupaten/Kota

Di tingkat kabupaten/kota dibentuk Gerdunas-TB kabupaten / kota yang terdiri dari Tim Pengarah dan Tim Teknis. Bentuk dan struktur organisasi disesuaikan dengan kebutuhan kabupaten / kota.

Dalam pelaksanaan program TB di tingkat Kabupaten/Kota dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

2. Aspek Tatalaksana pasien TB

Dilaksanakan oleh Puskesmas, Rumah Sakit, BP4/Klinik dan Praktek Dokter Swasta.

a. Puskesmas

Puskesmas Dalam pelaksanaan di Puskesmas, dibentuk kelompok Puskesmas Pelaksana (KPP) yang terdiri dari Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM), dengan dikelilingi oleh kurang lebih 5 (lima) Puskesmas Satelit (PS).

Pada keadaan geografis yang sulit, dapat dibentuk Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM) yang dilengkapi tenaga dan fasilitas pemeriksaan sputum BTA.

b. Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum, Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4), dan klinik lainnya dapat melaksanakan semua kegiatan tatalaksana pasien TB. Dalam kaitannya dengan program penanggulangan tuberkulosis berbasis masyarakat yang dilakukan oleh PR TB Aisyiyah, melibatkan juga sejumlah Rumah Sakit non pemerintah yang dimiliki organisasi Muhammadiyah/Aisyiyah misalnya: Pusat Kesehatan Umat (PKU) yang berlokasi di beberapa daerah program: DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Yogyakarta, Sumatera Utara, Sumatera Selatan, Sumatera Barat, Lampung, Sulawesi Selatan, Papua. Selain yang dimiliki oleh Aisyiyah sendiri, juga terdapat rumah sakit milik organisasi kemasyarakatan seperti Persatuan Dharma Karya Indonesia (Perdhaki) yang terletak di NTT.

c. Dokter Praktek Swasta (DPS) dan fasilitas layanan lainnya.

Secara umum konsep pelayanan di Balai Pengobatan dan DPS sama dengan pelaksanaan pada rumah sakit dan Balai Penobatan (klinik). Selain

rumah sakit, persyarikatan Muhammadiyah dan Aisyiyah memiliki amal usaha berupa klinik-klinik, misalnya yang terdapat di Aceh, Sulawesi Tenggara, Maluku. Program penanggulangan tuberkulosis berbasis masyarakat oleh PR TB Aisyiyah ini juga melibatkan klinik dari organisasi selain Aisyiyah misalnya: Pusat Kesehatan Peduli Umat (PKPU), Layanan Kesehatan Cuma-Cuma (LKC), Lembaga Kesehatan Nadhlatul Ulama (LK NU), Persatuan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia (PPTI) yang tersebar juga di Aceh, Jawa Barat, DKI Jakarta, Jawa Tengah. Selain yang dimiliki oleh organisasi, program penanggulangan tuberkulosis berbasis masyarakat ini juga melibatkan sejumlah klinik yang dimiliki oleh dokter praktek swasta yang memiliki kepedulian terhadap masyarakat.

Pada beberapa tahun terakhir ini, pengendalian TB di Indonesia mengalami kemajuan yang cukup pesat, hal ini antara lain dibuktikan dengan tercapainya banyak indikator penting dalam program TB. Faktor keberhasilan tersebut antara lain: akses pelayanan kesehatan semakin baik, pendanaan semakin memadai, dukungan pemerintah pusat dan daerah, peran serta masyarakat dan swasta semakin meningkat, membaiknya teknologi pengendalian TB. Banyak kegiatan terobosan yang diinisiasi baik dalam skala nasional maupun lokal.

Kemitraan program penanggulangan tuberkulosis adalah suatu upaya untuk melibatkan berbagai sektor, baik dari pemerintah, swasta maupun kelompok organisasi masyarakat, mengingat:

1. Beban masalah TB yang sangat tinggi
2. Keterbatasan sektor pemerintah
3. Potensi untuk melibatkan sector lain
4. Keberlanjutan program
5. Akuntabilitas, mutu, transparansi

Tujuan kemitraan Tuberkulosis adalah terlaksananya upaya percepatan penanggulangan tuberkulosis secara efektif dan efisien serta berkesinambungan. Maka dari itu, untuk mencapai tujuan diatas perlu diwujudkan melalui:

1. Meningkatkan koordinasi
2. Meningkatkan komunikasi

3. Meningkatkan sumber daya, kemampuan dan kekuatan bersama dalam upaya mencapai target program nasional dalam rangka penanggulangan tuberkulosis
4. Meningkatkan komitmen
5. Membuka peluang untuk saling membantu

Mitra dalam penanggulangan TB antara lain terdiri dari: sektor pemerintah, legislatif, sektor swasta, organisasi pengusaha dan organisasi pekerja, kelompok media massa, organisasi profesi, Lembaga Swadaya Masyarakat, Perguruan Tinggi/Kelompok Akademisi, organisasi keagamaan, organisasi internasional dan sektor lain yang terkait.

Hubungan kemitraan dalam program penanggulangan Tuberkulosis, juga tercermin dari pemberian dana hibah sebagai salah satu pemasukan bagi program tersebut. Dalam program penanggulangan Tuberkulosis terdapat beberapa sumber dana selain sumber utama yaitu APBN. Sumber dana umumnya berasal dari lembaga pemberi donor dari pihak asing, misalnya saja USAID, AUSAID, *World Bank*, dan sebagainya. Untuk Program penanggulangan Tuberkulosis, salah satu pemberi dana yang terbesar adalah *The Global Fund*.

## **5.2. Analisa Tingkat Organisasional (*Organizational Level*)**

Salah satu kebijakan yang diputuskan oleh Kementerian Kesehatan adalah memperkuat peranan masyarakat. Penguatan masyarakat ini yang mendasari keputusan *The Global Fund* selaku pemberi dana hibah untuk mulai memberikan kepercayaan bagi organisasi masyarakat sipil menerima dan mengelola sejumlah dana dalam kaitannya dengan membantu pemerintah dalam program nasional penanggulangan tuberkulosis.

Menurut Kerzner (2006, p.3) Program dan evaluasi program meliputi beberapa hal. Berikut ini adalah penjabaran dan analisa dengan kondisi yang ada di organisasi PR TB 'Aisyiyah:

1. Perencanaan Program:
  - a) Definisi persyaratan dalam bekerja

PR TB Aisyiyah memiliki target yang harus dipenuhi setiap tiga bulan (kuartal). Hal ini menjadi dasar dalam melaksanakan kegiatan. Bersamaan dengan memastikan ketersediaan dana, PR TB Aisyiyah juga harus memastikan seluruh target tujuan tercapai.

Sementara dari segi sumber daya, PR TB Aisyiyah, memiliki ketentuan keras dan mengikat seluruh staf yang terlibat dan bekerja di dalam organisasi. Persyaratan dalam bekerja ini terangkum dalam Pedoman Pelaksanaan Program (PPP), dan juga di dalam Surat Perintah Kerja (SPK) antara manajemen dengan setiap staf. Di dalam SPK, terdapat tanggung jawab dan kewajiban yang harus dipenuhi staf dalam bekerja.

b) Definisi kuantitas dan kualitas kerja,

Meski terpacu dengan target yang sudah ditetapkan pihak pemberi donor, namun dalam pelaksanaan kegiatan tidak bisa hanya sekedar memenuhi target. Hal ini disebabkan tanggung jawab PR TB Aisyiyah bagi masyarakat Indonesia secara umum. Penyakit tuberkulosis merupakan penyakit menular melalui percikan kuman di udara. Penyebarannya harus dihentikan untuk dapat mewujudkan masyarakat yang sehat dan bebas dari tuberkulosis. Hasil kerja sesuai target juga perlu memperhatikan kualitas seperti jumlah kader yang berhasil dilatih tidak hanya sekedar angka. Namun juga para kader ini memiliki tugas untuk mensosialisasikan segala hal berkaitan dengan tuberkulosis di tempat tinggalnya.

Dari segi sumber daya, selain membuat peraturan dan persyaratan dalam bekerja yang tertuang dalam pedoman pelaksanaan program dan kontrak kerja, setiap staf juga diwajibkan membuat rencana kerja pribadi. Hal ini untuk mengukur efektifitas dan kualitas kerja. Jadi, tidak hanya memenuhi kuantitas jam kerja saja.

c) Definisi sumber daya yang dibutuhkan.

Sumber daya yang dibutuhkan dalam program ini adalah sumber daya manusia yang berkualitas, utamanya dari tingkat masyarakat. Para kader dan tokoh agama yang terlibat diharapkan memiliki pengetahuan dan kepedulian

tinggi terhadap penanggulangan tuberkulosis di Indonesia. Berikut keterangan dari Kordinator Monitoring Evaluasi :

*“Divisi ME itu menggunakan banyak sistem pelaporan, baik kegiatan dan data pasien maka memerlukan orang yang teliti, cekatan dan mampu berkoordinasi dengan baik. ME related dengan hal-hal berbau data, jadi perlu mengecek validitas data ke UPK/puskesmas, ke wasor. Jadi perlu orang-orang yang cekatan.”*

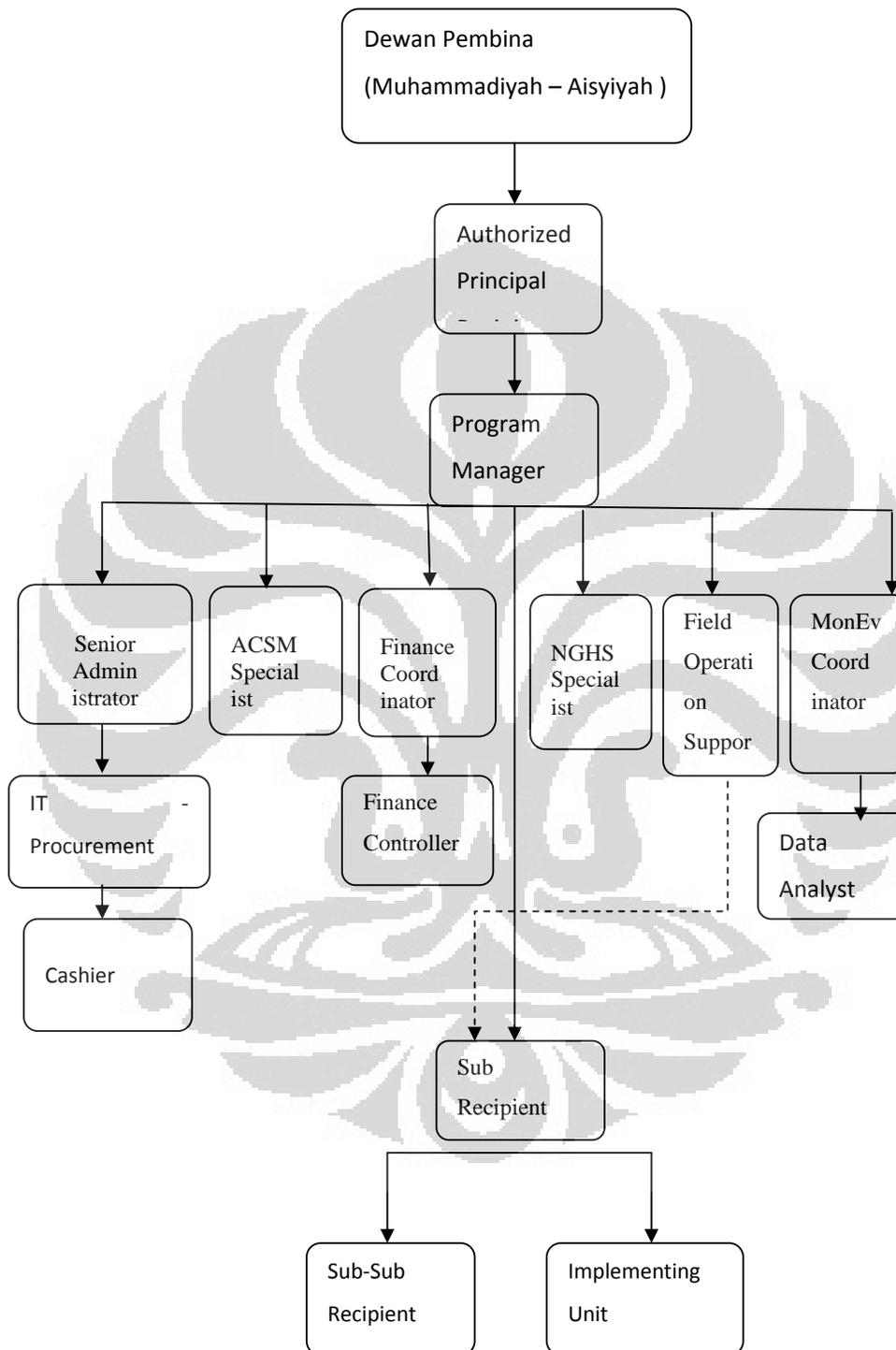
Royansyah, Sutan.(20 Juni 2012) Wawancara Personal.

Sementara, menurut Manajer Program peranan para staf di posisi kunci menentukan keberhasilan program. Adapun posisi kunci adalah Kordinator Monitoring Evaluasi dan Kordinator Finance serta staf Field Operation Support karena mereka lah yang berhubungan langsung dengan program di lapangan.

*“Kalau orang di posisi kunci memiliki komitmen yang baik, memiliki skills and knowledge yang baik, dalam arti memenuhi persyaratan yang dibutuhkan untuk program, bagi saya sudah cukup.Kalau posisi kunci problem, yang lain bisa problem. Tapi kalau posisi kunci kuat, yang lain akan mengikuti. Posisi kunci itu yang jelas adalah kordinator, staf di FO karena mereka lah yang bertugas mendukung kegiatan di lapangan dan jelas staf administrasi sebagai alat penunjang.”*

Baswedan, Samhari (29 Mei 2012) Wawancara Personal

Berikut ini gambaran koordinasi internal PR TB Aisyiyah sebagai ilustrasi alur kebijakan:



Gambar 5.1. Alur Koordinasi PR TB Aisyiyah  
Sumber: Manajer Program PR TB Aisyiyah

## 2. Evaluasi Program:

### a) Mengukur kemajuan program

Kemajuan program selalu terukur melalui instrumen pelaporan. Terdapat berbagai format pelaporan dari tingkat SR ke PR hingga ke *Global Fund*. Isi dari pelaporan adalah mengenai manajemen program, pencapaian target dan manajemen keuangan.

PR juga secara rutin mengadakan pertemuan koordinasi untuk melakukan evaluasi program. Selain itu, terdapat mekanisme berupa format atau tools yang spesifik diminta oleh The Global Fund sebagai pihak pemberi donor.

*“kita ada evaluasi setiap 6 bulan itu untuk melihat apakah rencana terlaksana, apakah uangnya cukup atau kurang, ada sisa atau tidak, apakah sesuai rencana, apakah mencapai hasil yang diharapkan, jadi berdasar rencana itu, plan 6 bulan berikut dibuat.”*

Baswedan, Samhari (29 Mei 2012) Wawancara Personal.

*“Setiap 6 bulan sekali, kita melakukan laporan ke pihak donor namanya PUDR: Progress Update and Disbursement Request. Namun di PR, laporan dibuat tiap kuartal karena Target dilihat per Quartal. Kita juga punya tools untuk menghitung target, sistem piramida penghitungan suspek. Dari situ akan ketemu jumlah BTA dan kesembuhan yang harus tercapai.”*

Royansyah, Sutan.(20 Juni 2012) Wawancara Personal

### b) Membandingkan hasil yang diprediksi dengan hasil aktual.

Hasil yang didapat, selalu dibandingkan dengan target awal program. Perbedaan yang terjadi, baik lebih sedikit atau lebih banyak, wajib dipertanggungjawabkan dengan alasan logis dan rasional.

*“Kita selalu membandingkan. Kadang-kadang ada yang dibawah target atau di atas target. Perbedaan antara target dan aktual, lebih banyak biasanya over target. Yang under target bedanya hanya 2 angka dibawah target, jadi hanya kurang dari 10%, tidak banyak. Meskipun memasuki fase 2, terdapat kondisi under target untuk indikator tenaga kesehatan yang dilatih. Faktor yang melatarbelakangi adalah keterlambatan pihak donor mengirim dana. Hasil diatas target, mempengaruhi rating penilaian. PR selalu mendapat rating bagus, A1. Namun, hasil di atas target yang diakui hanya 120% selebihnya tidak akan dianggap pencapaian. GF memiliki sistem penilaian rating berdasar algoritma.*

*Pada fase 1, sebenarnya karena sistem indikator kumulatif, maka bisa saling menutupi. Misalnya ketika di Semester 2 fase 1 lalu kita berhasil melampaui target, maka semester berikutnya otomatis sudah aman, berbeda dengan fase 2 ini.”*

Royansyah, Sutan.(20 Juni 2012) Wawancara Personal

c) Menganalisis dampak.

Dampak yang dirasakan bisa digolongkan dua: ke dalam dan ke luar. Ke dalam adalah dampak yang dirasakan organisasi Aisyiyah. Misalnya: meluaskan cakupan organisasi. Dampak keluar, tentunya yang dirasakan masyarakat. Misalnya: angka kesembuhan meningkat. Data ini tentunya di dapat dengan kerja sama yang kuat dengan pihak Dinas Kesehatan setempat selaku penanggungjawab program nasional. Seperti disebutkan oleh Kordinator Monitoring Evaluasi:

*“Kalau Dampak program bagi masyarakat melalui survey memang belum pernah, karena biasanya survey sebaiknya dilakukan dalam 3 – 5 tahun karena program belum sampai kurun waktutersebut, maka belum pernah ada survey. Namun secara indikator, bisa dilihat yang sembuh sudah berapa orang. Indikator keberhasilan, bisa dilihat dari perbandingan antara berapa yang sembuh dari jumlah seluruh pasien.”*

Royansyah, Sutan.(20 Juni 2012) Wawancara Personal

d) Membuat penyesuaian.

Menurut Manajer Program, program ini sudah memiliki target awal dari pihak donor. Namun daftar kegiatan yang ada tidak terkait langsung dengan proses pencapaian target program. Terdapat penyesuaian dari segi strategi pelaksanaan kegiatan agar target program tercapai. Berdasar hasil wawancara, bahwa

*“Ketika saya datang bergabung sudah ada rencana, budget, segala macam. Namun persoalannya, bahwa perencanaan atau budget itu tidak menunjukkan sistematika berpikir yang runtut. Jadi rencana lebih banyak merupakan daftar kegiatan, tanpa pola, yang mengaitkan antar kegiatan itu sehingga sinergi untuk mencapai sebuah tujuan tertentu. Jadi pada bulan ke-6, saya memanfaatkan proses evaluasi enam bulanan untuk merapikan hal tersebut. Jadi mulai menambah kegiatan yang diperlukan, mengolah sistematika antar kegiatan sehingga bisa ditunjukkan bagaimana masing-masing kegiatan itu terkait dan saling menunjang untuk mencapai tujuan. Sesudah 6 bulan, saya mencoba untuk merapikan, tetapi dengan target untuk diamati dalam 6 bulan kedua, saya baru betul-*

*betul bisa menganggap rencana rapi pd bulan ke 12, setelah belajar pada bulan 7 sampai dengan bulan 12, jadi perubahan setelah bulan ke 6 diamati betul untuk mengetahui mana yang berhasil mana yang tidak mana yang cocok mana yang tidak. Maka pada bulan ke 12 itu saya baru merasa program ini sudah cukup rapi, lengkap sesuai dengan kebutuhan saat itu.”*

Baswedan, Samhari (29 Mei 2012) Wawancara Personal.

Program yang sudah ada dalam daftar kegiatan awal pun tetap di evaluasi pelaksanaannya. Apabila dirasa tidak efektif dan tidak tepat sasaran, dilakukan penyesuaian berupa modifikasi kegiatan. Ketika tengah fase 1 berjalan, pelaksanaan pelatihan kader dirasa kurang efektif dan kurang mendukung pencapaian target: pencapaian angka temuan pasien. Setelah dianalisa, kekurangan dalam penyelenggaraan kegiatan

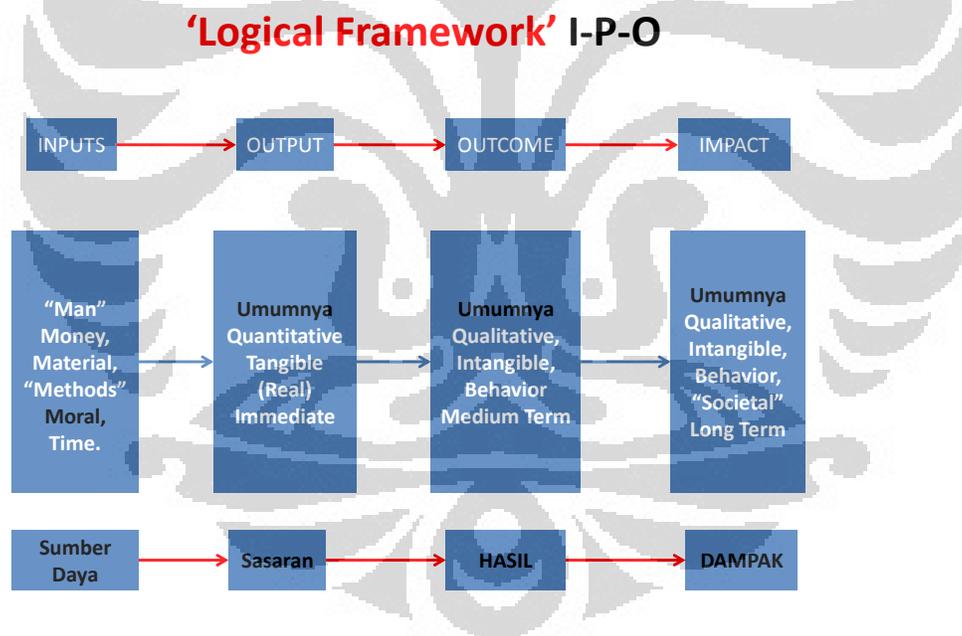
*“Kader komunitas tugasnya mencari pasien tuberkulosis, jika sudah ditemukan, diajak ke UPK dan kemudian ketika dinyatakan positif terkena tb, kader berkewajiban memastikan pasien tersebut sembuh. Kader ini sebelumnya diikutkan pelatihan dengan materi pencatatan dan pelaporan, cara berkomunikasi, cara penyuluhan di masyarakat. TB itu penyakit dengan stigma buruk. Maka perlu skill cukup untuk memberikan penyuluhan. Kader ini juga nantinya akan memberi penyuluhan, mencari pasien, di beberapa daerah kader yang terlatih banyak juga yang tidak jalankan tugasnya (cari suspek). Kalau dilihat dari pengalaman fase I antara Q3-Q4 (Januari 2010 – Juni 2010), ada hal-hal yang kurang efektif pada pelatihan kader misalnya dari segi: metode pelatihan, pengenalan lapangan. Maka kemudian diubah lah metodenya, 2 hari di kelas, satu minggu di lapangan, dua hari di kelas lagi lalu pertemuan monitoring evaluasi. Sebenarnya tidak totally berubah drastis tapi hanya menggabungkan kegiatan yang bertujuan sama. Maka mulai Q5, Juli 2010, pelatihan kader terdiri atas kegiatan yang saling terkait seperti pertemuan money. Kader terlihat lebih paham dan lebih semangat bekerja. Kegiatan yang baru ditambahkan adalah : rekrutmen dan seleksi kader. Awalnya kegiatan ini tidak ada. Namun ditambahkan dan berguna untuk mengurangi angka ketidakaktifan kader. Kegiatan rekrutmen dan seleksi kader sangat penting karena juga melibatkan pihak dinkes, puskesmas, tokoh masyarakat, jadi kita rekomendasi dari mereka mengenai siapa yang pantas jadi kader. Kader perlu punya kemampuan untuk penyuluhan, mencari pasien, dan juga punya waktu untuk ke lapangan. Kader dibekali pengetahuan dasar tentang penyakit tuberkulosis juga pencatatan dan pelaporan. PR memiliki format pelaporan : Form A untuk mencatat suspek, Form B untuk mencatat pasien positif, Form C dipegang oleh Kordinator Kecamatan untuk rekap, Form D dikirim ke PR oleh SR.”*

Royansyah, Sutan.(20 Juni 2012) Wawancara Personal.

Melalui penyesuaian kegiatan tersebut, terjadi penguatan pelaksanaan program. Tujuan dan target program tercapai dengan mutu kualitas pelaksanaan tetap terjaga. Koordinasi dengan pihak terkait juga menjadi factor kunci keberhasilan program.

Dalam mencapai target program, terdapat berbagai daftar aktivitas yang dapat dilakukan. Namun pelaksanaannya, tentu harus diatur sedemikian rupa sehingga sinergis. Manajer program melakukan penyesuaian rencana kerja dari yang hanya kumpulan daftar kegiatan (Bab IV) menjadi kerangka berpikir yang lebih sistematis.

Kerangka berpikir dibedakan menjadi Input – Output – Outcome – Impact berikut definisi masing-masing.



Gambar 5.2. Kerangka Berpikir Input – Process - Output  
Sumber: Program Manager PR TB Aisyiyah

*“Pada bulan ke 12 itu sudah 80%. Saya melakukan rotasi beberapa staf, restrukturisasi agar struktur organisasi lebih sesuai dengan kebutuhan program, lebih memanfaatkan kekuatan masing2 staf yang ada dan sesuai dengan posisi kuncinya. Misalnya saya kombinasikan posisi program manager dengan project manager. Saya bentuk unit administrasi. Dulu*

*unit administrasi dan unit staff itu jadi satu, lalu kemudian dipisah. Administrasi jadi unit penunjang pelaksana program. Saya juga mempertajam unit Monitoring Evaluasi dan Finance, kemudian mulai mempersiapkan embrio unit field ops support.”*

Baswedan, Samhari (29 Mei 2012) Wawancara Personal.

Kemudian, setelah memperjelas sumber daya, sasaran, hasil dan dampak, maka masing-masing diperjelas dengan memasukkan aktivitas terkait. Berikut ini merupakan gambaran kerangka berpikir untuk Output – Outcome – Impact.



Gambar 5.3. Kerangka Tahap Output  
Sumber: Program Manager PR TB Aisyiyah

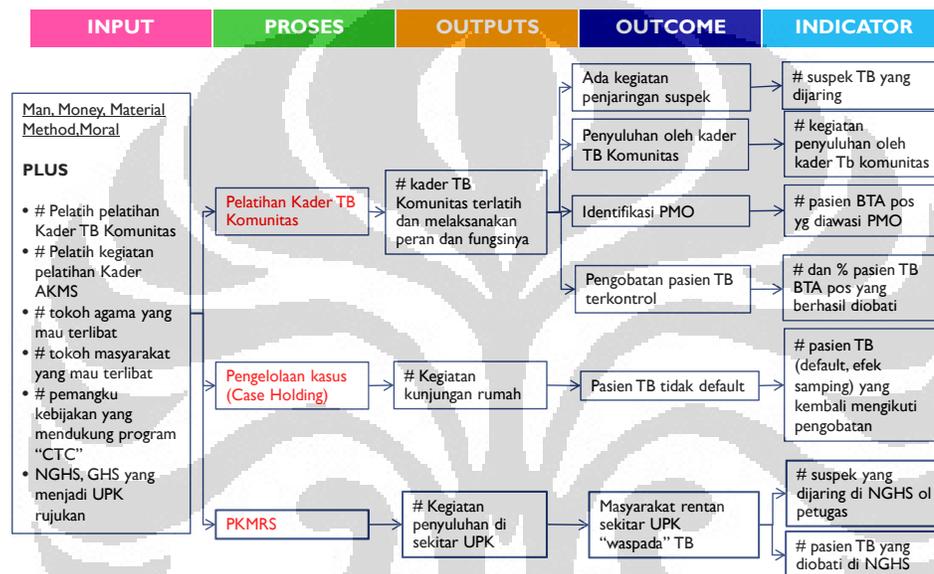
Dalam melaksanakan kegiatan Pelatihan kader, terdapat indikator yang perlu dipenuhi. Selain itu, tugas dan tanggung jawab kader bagi masyarakat membuat pelatihan kader ini menjadi sangat penting. Tidak hanya sekedar memenuhi target tetapi juga melaksanakan kewajiban bagi masyarakat.

*Indikator ketiga adalah, kader komunitas. Tugasnya mencari pasien tuberculosis, jika sudah ditemukan, diajak ke UPK dan kemudian ketika dinyatakan positif terkena tb, kader berkewajiban memastikan pasien*

tersebut sembuh. Kader ini sebelumnya diikutkan pelatihan dengan materi pencatatan dan pelaporan, cara berkomunikasi, cara penyuluhan di masyarakat. TB itu penyakit dengan stigma buruk. Maka perlu skill cukup untuk memberikan penyuluhan. Kader ini juga nantinya akan memberi penyuluhan, mencari pasien, di beberapa daerah kader yang terlatih banyak juga yang tidak jalankan tugasnya (cari suspek).

Royansyah, Sutan (20 Juni 2012) Wawancara Personal.

## DETAIL KERANGKA **TAHAP OUTCOME**



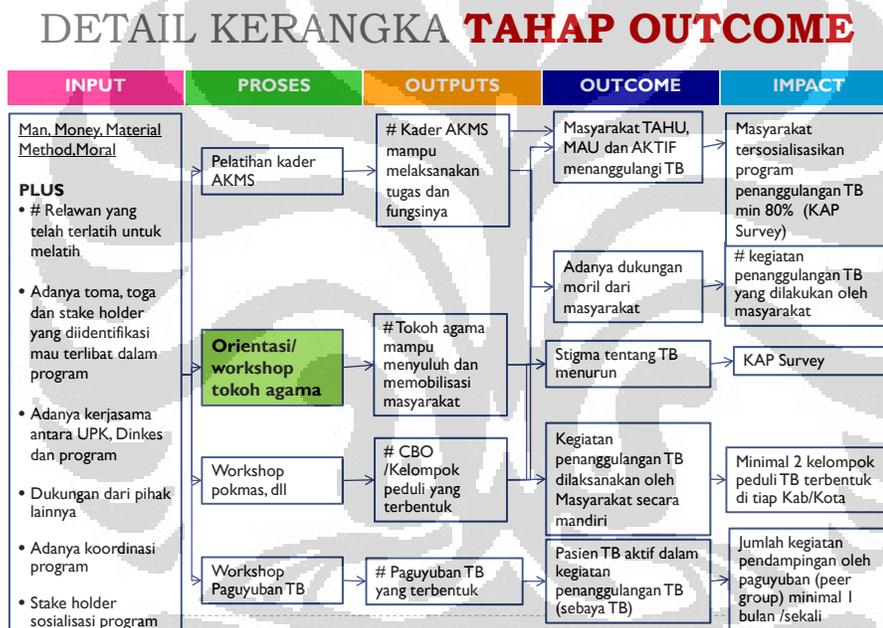
Gambar 5.4. Kerangka Tahap Outcome Kader  
sumber: Program Manager, PR TB Aisyiyah

Pelatihan tokoh agama, meski tidak terkait langsung dengan pencarian pasien tuberkulosis juga menjadi aspek penting. Peranan tokoh agama menjadi penting karena mewakili kelompok masyarakat dari segi keagamaan. Para kader terlatih yang bertugas menemukan orang yang diduga memiliki penyakit TB dan mendampingi hingga sembuh, akan membutuhkan dukungan dari Tokoh Agama ataupun Tokoh masyarakat.

*"Kedua, tokoh agama, mereka tidak mencari suspek (suspek adalah orang yang mungkin terkena tuberkulosis) tugasnya melakukan advokasi, dan penyuluhan. Mereka melakukan kerjasama dengan kader yang dilatih, jadi*

*toga ikut kader ketika penyuluhan ke masyarakat. Tokoh agama pendekatannya lebih kearah keagamaan, tergantung agama yang dianut oleh pasien/masyarakat. Misalnya yang terjadi di NTT, Tokoh Agama melakukan ceramah keagamaan di gereja. Atau jika mereka muslim, para tokoh agama bisa memberikan ceramah ketika pengajian-pengajian, di majelis taklim. Jadi meskipun di dalam peserta pengajian yang datang tidak ada yang terkena tuberkulosis, diharapkan mereka dapat mensosialisasikan pengetahuan tentang Tuberkulosis ini di lingkungannya. Jadi pesan berantai. Indikator seseorang menjadi tokoh agama adalah jika ia mempunyai pengikut atau jamaah. Kalau tidak ada pengikutnya tidak bisa dikategorikan sebagai tokoh agama.”*

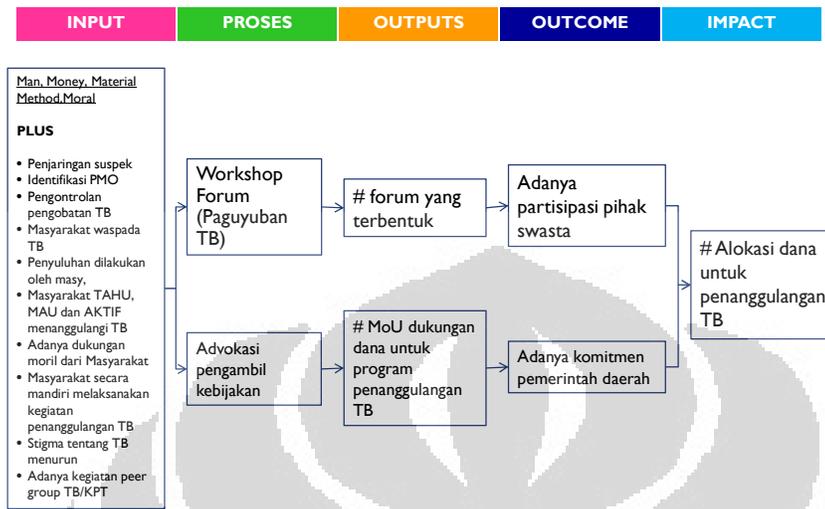
Royansyah, Sutan (20 Juni 2012) Wawancara Personal



Gambar 5.5. Kerangka Tahap Outcome Tokoh Agama

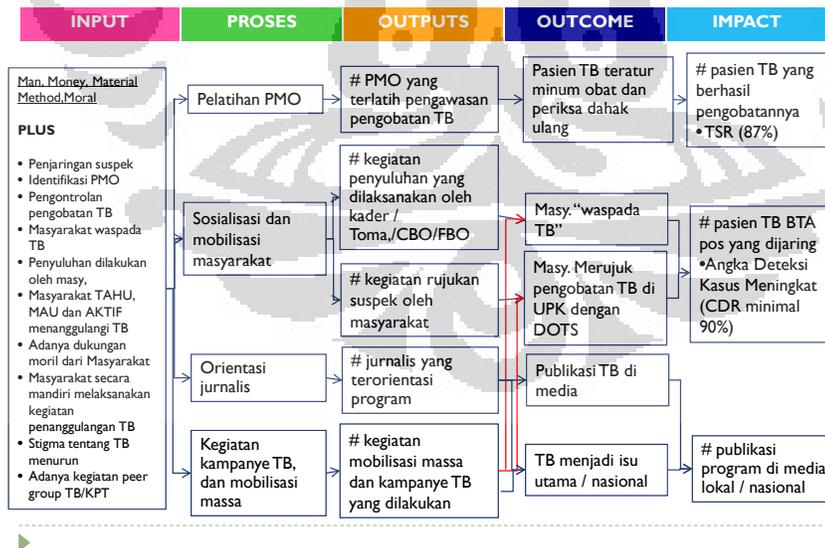
Sumber: Program Manager, PR TB Aisyiyah

## DETAIL KERANGKA TAHAP **IMPACT**



Gambar 5.6. Kerangka Tahap Impact Advokasi  
 Sumber: Program Manager, PR TB Aisyiyah

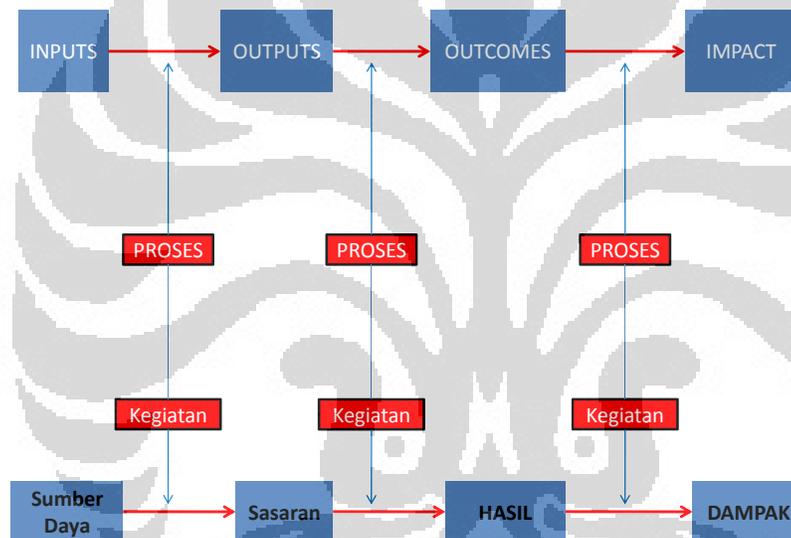
## DETAIL KERANGKA TAHAP **IMPACT**



Gambar 5.7. Kerangka Tahap Impact PMO  
 Sumber: Program Manager PR TB Aisyiyah

### 5.3. Analisa Tingkat Operasional (*Operational Level*)

Pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis oleh PR TB Aisyiyah berjalan secara terstruktur sesuai aturan, seluruh komponen harus mengikuti aturan yang ada karena terdapat sanksi ketat dari pihak donor jika pelaksanaan berbeda sesuai ketentuan yang berlaku. Misalnya saja pengembalian dana hingga jalur hukum. Untuk memastikan program berjalan sesuai aturan, terdapat strategi yang dibuat oleh Manajer Program PR TB Aisyiyah. Dalam melaksanakan program penanggulangan Tuberkulosis, manajer program menggunakan kerangka berpikir berikut:



Gambar 5.8. Operasional Terstruktur

Sumber: Program Manager PR TB Aisyiyah

Dalam melakukan evaluasi program, Kerzner (2006) mengklasifikasikan beberapa tahapan yang harus dilakukan yaitu:

1. Mengukur kemajuan program
2. Membandingkan target dan pencapaian program
3. Menganalisis hasil
4. Membuat kesimpulan

Berdasarkan sudut pandang tersebut, maka dalam penelitian ini evaluasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

Langkah 1: Memilih instrumen evaluasi

Langkah 2: Merumuskan masalah

Langkah 3: Merancang bentuk evaluasi.

#### 5.4. Evaluasi Hasil Pelaksanaan Program PR TB Aisyiyah

Sebagai pihak pemberi donor, *The Global Fund* mewajibkan PR TB Aisyiyah memberikan pelaporan rutin setiap 6 (enam) bulan. Kemudian melalui *Local Fund Agent (LFA)* yaitu lembaga auditor *Pricewaterhouse Coopers*, melakukan verifikasi pelaporan keuangan dan pelaporan kegiatan baik di tingkat PR maupun SR. Hasil pencapaian program yang sudah diverifikasi diberikan penilaian yang mempengaruhi proposal pengajuan keuangan untuk enam bulan berikutnya.

Selama kurun waktu fase 1, PR TB Aisyiyah berhasil memperoleh peringkat tertinggi, yaitu A1. Indikator penilaian ini diantaranya: Keberhasilan pelaksanaan manajemen program dan Keberhasilan mencapai target dan Keberhasilan pelaksanaan manajemen keuangan.

*“A1 didapat dari pencapaian target 90% - 120% Alhamdulillah kita selama ini selalu mendapat A1. Jadi pencapaian hasil bagaimana? Lalu bagaimana manajemen programnya? Dalam arti apa pelaksanaannyatepat waktu apa sesuai dengan rencana, lalu ada majemen keuangan, apakah uang dipakai dengan benar? Apa tidak terjadi penyimpangan? Apakah perencanaan keuangan betul, dokumentasi baik? Jadi ada 3 yang dilihat: pencapaian hasil, manajemen program dan manajemen keuangan.”*

Baswedan, Samhari (29 Mei 2012) Wawancara Personal.

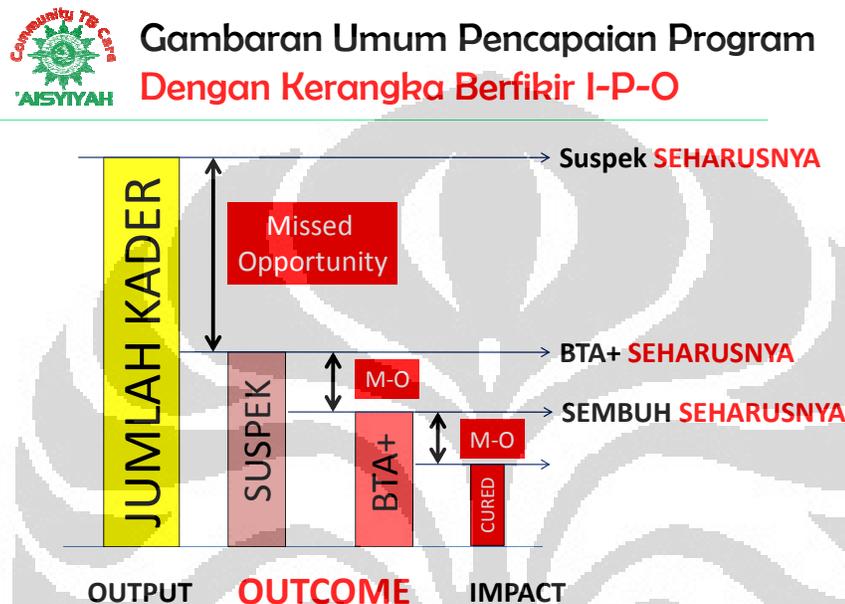
Dari hasil wawancara diketahui bahwa dalam enam bulan, PR TB Aisyiyah akan dievaluasi pelaksanaan program untuk melihat bagaimana pencapaian hasil program. Jika sesuai target atau diatas target maka akan mendapat penilaian baik. Namum jika dibawah target akan dianalisa mengapa tidak tercapai dan jika penyebab yang terjadi dianggap oleh pihak donor (*The Global Fund* melalui *Local Fund Agent* atau *Pricewaterhouse Coopers*) tidak dapat diterima sebagai alasan kuat, maka akan berakibat turunnya penilaian yang juga berdampak terhadap persetujuan budget untuk enam bulan berikutnya.

Komponen penilaian ini mencakup beberapa aspek yaitu:

- a) Ketepatan waktu pelaksanaan program. Pelaksanaan program dibatasi oleh sistem kuartal (tiga bulanan) dan semester (enam bulanan), dimana setiap kuartal dan semester PR TB Aisyiyah memberikan laporan rutin. Khusus untuk setiap pergantian semester, penggunaan uang diwajibkan untuk menyesuaikan dengan kondisi pelaporan. Jadi apabila laporan belum diterima oleh *The Global Fund*, maka PR TB Aisyiyah dilarang untuk menggunakan uang yang ada.
- b) Ketepatan pengelolaan program. Program yang dilakukan oleh PR TB Aisyiyah diatur sedemikian rupa oleh *The Global Fund* selaku pemberi donor. Aturan tersebut berlaku dari kuantitas target juga kualitas target. Misalnya saja jumlah tenaga kesehatan yang harus dilatih pada fase pertama adalah 640 orang. Maka pada akhir periode fase satu dilihat apakah jumlah yang terlatih sesuai dengan target. Selain jumlah, mutu pelaksanaan kegiatan juga sangat diawasi. Untuk segala jenis pelatihan menggunakan modul yang sudah sesuai dengan standar nasional dengan persetujuan *The Global Fund*.
- c) Penggunaan uang dengan benar. Dalam melaksanakan kegiatan, PR TB Aisyiyah berhak menggunakan dana yang diberikan *The Global Fund* dengan ketentuan yang berlaku yaitu sesuai dengan Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia. Sehingga apabila dalam pembiayaannya menggunakan satuan unit biaya diatas ketentuan dari kementerian keuangan, dianggap tidak sah. Demikian pula apabila terdapat penggunaan uang oleh PR TB Aisyiyah diluar kesepakatan dengan *The Global Fund*, maka pengeluaran tersebut juga dianggap tidak sah. Segala pengeluaran keuangan yang dianggap tidak sah, wajib dikembalikan oleh PR TB Aisyiyah sebagai bentuk sanksi atas pelanggaran yang dilakukan.

Setiap pelaksanaan kegiatan selalu dipantau mutu kegiatan serta biaya yang diperlukan. Melalui mekanisme pelaporan bulanan, tiga bulanan dan enam bulanan, maka terjadi sistem pengawasan dari PR TB Aisyiyah kepada para penerima dana sekunder/Sub-Recipient.

Meski selalu menerima penilaian baik dari pihak pemberi donor, The Global Fund, tetapi terdapat hal-hal yang perlu diperbaiki dalam pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis. Berikut ini adalah gambar yang menjadi ilustrasi permasalahan:



Gambar 5.9. Pencapaian Program dengan Kerangka Berpikir Input – Output – Process  
Sumber: Program Manager PR TB Aisyiyah

Dalam gambar dapat dilihat bahwa dari jumlah kader yang dilatih, tidak seluruhnya melakukan “kewajibannya” seperti melakukan sosialisasi dan memastikan pengobatan bagi pasien tuberkulosis di sekitar tempat tinggalnya. Menurut Manajer Program, hal yang menjadi hambatan di lapangan adalah: kondisi geografis di masing-masing daerah yang sangat khas, ketidaktahuan masyarakat akan bahaya penyakit tuberkulosis, serta kepedulian masyarakat akan kesehatan dirinya masih rendah sehingga gaya hidup mereka masih kurang baik.

Pada akhirnya, terdapat kehilangan kesempatan (*missed opportunity*) dalam tahapan proses. Sehingga dampak yang diharapkan berupa kesembuhan dari masyarakat, masih belum tercapai secara maksimal.

Dari informasi yang didapat, bahwa terdapat kegiatan untuk memantau kader di lapangan, yaitu melalui kegiatan pertemuan rutin antara kader komunitas dengan pelaksana program di tingkat Kota/Kabupaten dan Provinsi. Dalam pertemuan tersebut, diadakan proses pemutakhiran informasi sekaligus penyelesaian masalah apabila memang ditemukan permasalahan. Pertemuan ini diadakan rutin setidaknya dua kali tiap tiga bulan. Secara berkala, PR TB Aisyiyah juga terlibat di kegiatan yang dilaksanakan di tingkat Kabupaten/Kota tersebut.

### 5.5. Pelaksanaan Evaluasi Kinerja Program

Evaluasi Program dilakukan rutin oleh pihak pemberi donor (*Global Fund*) melalui mekanisme rutin enam bulanan, OSDV (*On-Site Data Verification*). Dalam kesempatan tersebut, pihak donor yang diwakili oleh lembaga auditor local, *Pricewaterhouse Cooper*, melaksanakan kunjungan ke lapangan untuk memastikan kegiatan yang telah berlangsung sesuai dengan apa yang dilaporkan. Melalui mekanisme audit internal ini, data-data yang diperoleh dan dilaporkan diperiksa kembali untuk memastikan validitasnya.

*“PR juga melakukan supervisi rutin ke SR untuk mengecek data. Internal auditor kami, LFA, juga rutin melakukan pengecekan data. Bahkan setiap 6 bulan melakukan OSDV (on side data verification).”*

Royansyah, Sutan (20 Juni 2012) Wawancara Personal.

Kinerja program yang dilakukan PR TB Aisyiyah selalu terpantau. Dan sebelum PR TB Aisyiyah mengajukan permohonan dana, maka selalu diwajibkan untuk melengkapi pelaporan dan pertanggungjawaban melalui format yang sudah ada: PUDR (*Performance Update and Disbursement Request*). Laporan ini dibuat setiap tiga bulanan (kuartal) mengikuti target program yang juga dibuat untuk kuartal. Dalam melaksanakan perhitungan target, digunakan perhitungan berdasarkan jumlah kader sebagai input. Untuk kemudian dapat diketahui berapa orang pasien yang menjadi target bagi kader tersebut untuk ditemukan dan dibawa berobat ke unit pelayanan kesehatan.

*“Setiap 6 bulan sekali, kita melakukan laporan ke pihak donor namanya PUDR: Progress Update and Disbursement Request. Namun di PR,*

*laporan dibuat tiap kuartal karena Target dilihat per Quartal, Kita juga punya tools untuk menghitung target, sistem piramida penghitungan suspek. Dari situ akan ketemu jumlah BTA dan kesembuhan yang harus tercapai.”*

Royansyah , Sutan (20 Juni 2012) Wawancara Personal.

Evaluasi rutin dilakukan setiap enam bulan guna melihat apakah rencana yang ditetapkan berjalan lancar. Evaluasi rutin ini kaitannya terutama dengan penggunaan uang. Apakah budget yang dianggarkan mencukupi atau tidak. Segala kondisi, baik cukup ataupun kurang, dibuatkan analisisnya. Apabila budget bersisa dari target, harus dijelaskan mengapa terjadi demikian. Begitu pula apabila budget yang dianggarkan ternyata kurang, maka harus ada analisa kuat mengapa sampai terjadi demikian. Namun pada prinsipnya, yang menjadi penting adalah apakah target program tercapai atau tidak.

*“Makanya kita ada evaluasi setiap 6 bulan itu untuk melihat apakah rencana terlaksana, apakah uangnya cukup atau kurang , ada sisa atau tidak, apakah sesuai rencana, apakah mencapai hasil yang diharapkan, jadi berdasar rencana itu, plan 6 bulan berikut dibuat. Misalnya awal 100juta, lalu setelah 6 bulan dievaluasi apakah uang cukup, lalu membuat rencana selanjutnya. Misalnya berikutnya 150 juta dan ada sisa dari enam bulan sebelumnya 10 juta, maka yang dtransfer oleh Global Fund adalah 150 dikurang 10. Yang selalu dilihat Apakah target tercapai?”*

Baswedan, Samhari (29 Mei 2012) Wawancara Personal.

Adapun Proses Membuat dan Melaksanakan Sistem Pengukuran Kinerja Menurut Poister (2003, p.3-4) adalah sebagai berikut:

1. Memastikan komitmen dari pihak manajemen

Komitmen dari pihak manajemen, dibuktikan dari pihak tertinggi dalam struktur organisasi PR TB Aisyiyah, yaitu Dewan Pembina yang terdiri dari Pimpinan Pusat Aisyiyah dan Muhammadiyah. Menurut Program Manajer, terdapat mekanisme pengawasan melalui pertemuan rutin setiap tiga bulan sekali. Di dalam pertemuan tersebut dilakukan pembahasan perkembangan program secara garis besar. Sehingga apapun yang terjadi di dalam pelaksanaan program diketahui oleh Dewan Pembina selaku penanggung jawab dari organisasi.

*“Terkait dengan organisasi bidang ini, kita punya mekanisme dimana ada dewan Pembina yang terdiri dari pimpinan organisasi. Itu bertemu setiap 3 bulan sekali, untuk memantau garis besar perkembangan program.”*

Baswedan, Samhari (29 Mei 2012) Wawancara Personal.

## 2. Mengatur sistem proses pembentukan.

Sebelum melaksanakan kegiatan, PR TB Aisyiyah mengajukan proposal setiap enam bulan yang berisi detail permintaan kegiatan beserta budget yang dibutuhkan. Menurut Manajer Program PR TB Aisyiyah, pendekatan yang digunakan oleh The Global Fund selaku pemberi donor adalah sistem bisnis, maksudnya adalah sistem untung – rugi dalam pembiayaan. Jadi, program sosial kemasyarakatan yang bertujuan untuk menanggulangi penyakit tuberkulosis di masyarakat harus dikelola dengan professional sebagaimana perusahaan berbasis profit. Maka dari itu, PR TB Aisyiyah harus membuat rencana dan sistem kerja yang efisien baik dari segi waktu, proses termasuk anggaran yang dibutuhkan.

*“Prinsipnya begini, dari awal, GF membuat program ini dikelola seperti bisnis untuk mengelola program sosial. Approach yang dipakai oleh GF adalah kita dianggap sebagai pebisnis. Proposal yang dibuat oleh kita itu seperti busnienss proposal. Kita menentukan Kuantitas kerja, Budget kita yang menentukan, rencana kerja juga. Kemudian di review, dan kita harus bisa mempertahankan rencana kita. Kita harus bisa menunjukkan rencana kita itu akan bisa membantu kita mencapai tujuan, rencana harus efisien. Termasuk dananya.”*

Baswedan, Samhari (29 Mei 2012)

## 3. Membuat parameter sistem dan tujuan

Dalam pelaksanaan program, terdapat perhitungan pelaksanaan dan target/tujuan, dimana sebagai indikatornya digunakan sistem penilaian. Apabila tujuan atau target terlaksana sesuai standar mutu dan masih di dalam batas anggaran, maka rating atau penilaian yang diterima oleh PR TB Aisyiyah adalah baik. Penilaian terhadap kinerja ini mempengaruhi terhadap persetujuan terhadap anggaran yang diajukan untuk enam bulan berikutnya. Jika hasil baik, dalam artian sesuai target, maka PR TB Aisyiyah berhak atas keseluruhan budget pada

enam bulan berikut. Jika hasil kurang baik, maka ketersediaan budget akan dikurangi.

Dalam pelaksanaan selama kurun waktu fase pertama, PR TB Aisyiyah selalu melaksanakan kegiatan sesuai target dan budget yang digunakan tidak melebihi batas maksimal anggaran yang ditetapkan. Maka dari itu, menurut Program Manager PR TB Aisyiyah selalu diperbolehkan menggunakan keseluruhan anggaran. Bahkan PR TB Aisyiyah diperbolehkan untuk menambah kegiatan baru karena kinerjanya dianggap baik.

*“Biasanya reward itu pertama adalah rating. Dan rating itu berpengaruh terhadap budget. Artinya begini, program ini dibagi menjadi dua siklus besar. Siklus awal di fase pertama, dua tahun. Rencana besar itu diberi persetujuan secara global 5, 7 dolar untuk 3 tahun, kemudian dibagi menjadi 4 semester. Jadi sejak awal, sudah tahu jatah 6 bulan berapa. Apabila hasil baik, jatah tersebut bisa digunakan 100% bahkan lebih sesuai kebutuhan. Performance tidak bagus, maka expenditure karena memenuhi budget. Kegiatan tidak tercapai semuanya. Kita akan diberi sesuai kebutuhan.*

*Sudah terbukti. Setelah 2 tahun kinerja cukup bagus. Seluruh proposal kita untuk phase 2 itu disetujui. Hanya ada pengosongan kurang 3% artinya belum diberikan sampai saatnya karena performace bagus. Reward diberikan dalam bentuk dana diberi seluruhnya dan kegiatan yang diusulkan itu disetujui. Karena kadang setelah 6 bulan, kita melihat ada kegiatan yang harus diubah atau di-stop. Ada kegiatan baru ditambahkan, ada kegiatan lama yang volume harus ditambahkan. Kalau performance bagus, perubahan tersebut akan diterima*

Baswedan, Samhari (29 mei 2012)

#### 4. Mengidentifikasi keluaran dan Kriteria kinerja lainnya

Setiap enam bulan (semester) PR TB Aisyiyah selalu dianalisa kinerjanya berupa pelaksanaan dan pelaporan program. Apabila berjalan sesuai target dan mengikuti aturan yang berlaku, maka akan mendapatkan penilaian tertinggi yaitu A1. Sistem penilaian ini menggunakan sistem algoritma dan perhitungan pencapaian target dilakukan secara kumulatif setiap kuartalnya.

*“Hasil diatas target, mempengaruhi rating penilaian. PR selalu mendapat rating bagus, A1. Namun, hasil di atas target yang diakui hanya 120% selebihnya tidak akan dianggap pencapaian. GF memiliki sistem penilaian rating berdasar algoritma. Pada fase 1,*

*sebenarnya karena sistem indikator kumulatif, maka bisa saling menutupi. Misalnya ketika di Semester 2 fase 1 lalu kita berhasil melampaui target, maka semester berikutnya otomatis sudah aman, berbeda dengan fase 2 ini.”*

Royansyah, Sutan (20 Juni 2012) Wawancara Personal

##### 5. Mendefinisikan, Mengevaluasi dan memilih indikator

Dalam melaksanakan kegiatan, terdapat indikator keberhasilan. Untuk program penanggulangan tuberkulosis berbasis komunitas ini, terdapat serangkaian indikator yang harus dicapai jika ingin dikatakan program berhasil, yaitu: jumlah tenaga kesehatan, kader dan tokoh agama terlatih, dan jumlah orang yang diduga terjangkit tuberkulosis, pasien yang terjangkit tuberkulosis, dan pasien yang berhasil sembuh setelah diobati.

*“Target in excel, disebutnya PBF: Performance Based Framework, ada 8 indikator yang harus dicapai selama fase 1. Jumlah Kader Komunitas, Tokoh Agama, Tenaga Kesehatan, Jumlah Suspek, Pasien BTA Positif dan Pasien sembuh”*

Royansyah, Sutan (20 Juni 2012) Wawancara Personal

##### 6. Membuat prosedur pengumpulan data : Memenuhi standar kualitas

Pengumpulan data oleh kader, menggunakan format pelaporan yang sudah terstandar. Data ini berisi mengenai penemuan suspek, pasien dan pasien sembuh. Pengobatan pasien hingga sembuh perlu tercatat dan dilaporkan, guna mencegah pasien tuberkulosis tidak meneruskan pengobatan. Karena pasien yang tidak meneruskan pengobatan akan menjadi makin berbahaya kuman tuberkulosisnya, maka mekanisme pelaporan menjadi sangat penting untuk selalu memastikan pengobatan setiap pasien berjalan lancar.

*“Kader perlu punya kemampuan untuk penyuluhan, mencari pasien, dan juga punya waktu untuk ke lapangan. Kader dibekali pengetahuan dasar tentang penyakit tuberkulosis juga pencatatan dan pelaporan. PR memiliki format pelaporan : Form A untuk mencatat suspek, Form B untuk mencatat pasien positif, Form C dipegang oleh Kordinator Kecamatan untuk rekap, Form D dikirim ke PR oleh SR”.*

Royansyah, Sutan (20 Juni 2012)

7. Menspesifikkan jenis sistem: Mengidentifikasi frekuensi pelaporan, Membentuk format pelaporan, Membentuk aplikasi *software*, menentukan pihak yang bertanggungjawab terhadap sistem

Monitoring dapat dilaksanakan melalui review atas laporan keuangan dan laporan kegiatan, melalui email atau telepon, dan melakukan kunjungan lapangan ataupun melalui pertemuan koordinasi yang diadakan rutin setiap satu semester (enam bulan). Dalam rangka mengantisipasi kesalahan data atau data yang tidak valid, PR TB Aisyiyah membuat sistem pelaporan sedemikian rupa. Pelaporan yang dilakukan secara internal dari pihak pelaksana program di Kota/Kabupaten terhadap PR TB Aisyiyah, juga disahkan dengan cara meminta copy dari dokumen atau catatan medis yang ada di pihak unit pelayanan kesehatan (misalnya puskesmas dan rumah sakit umum daerah, atau rumah sakit dan klinik milik organisasi).

Pelaporan yang dikirimkan kepada PR TB Aisyiyah oleh pelaksana program di tingkat Kota/Kabupaten Provinsi, juga disahkan melalui cap yang diberikan pihak Dinas Kesehatan setempat. Sehingga, melalui pengecekan dari beberapa pihak ini, diharapkan dapat meminimalisir kesalahan dalam pencatatan dan pelaporan.

*“PR juga melakukan supervisi rutin ke SR untuk mengecek data. Internal auditor kami, LFA, juga rutin melakukan pengecekan data. Bahkan setiap 6 bulan melakukan OSDV (on side data verification). Kita sudah mengantisipasi kesalahan data, dengan selalu meminta copy dokumen lain dari pemerintah (puskesmas) yaitu namanya TB 05 dan TB06. Jadi kita saling kroscek data. Ada juga pengawasan dari organisasi.”*

Royansyah, Sutan (20 Juni 2012)

8. Menentukan pilot dan merevisinya jika diperlukan.

PR TB Aisyiyah melakukan beberapa modifikasi karena beberapa kegiatan dirasa kurang tepat sasaran. Pelaksanaan kegiatan pelatihan kader komunitas, sudah dilakukan sejak awal program dimulai yaitu Juli 2009. Namun di tengah

waktu berjalan, yaitu pada kurun waktu Januari –Juni 2010 dilakukan analisa terhadap konsep dan metode kegiatan tersebut. Dikarenakan kegiatan pelatihan kader dirasa kurang efektif dan tidak tepat metodenya dalam rangka pencapaian target berupa penemuan pasien baru. Mulai bulan Juli 2010, terdapat perubahan konsep kegiatan pelatihan kader, meski bukan perubahan total hanya sebagai penyempurnaan metode dan penggabungan beberapa kegiatan terkait agar lebih tepat sasaran.

*“Kalau dilihat dari pengalaman fase 1 antara Q3-Q4 (Januari 2010 – Juni 2010), ada hal-hal yang kurang efektif pada pelatihan kader misalnya dari segi: metode pelatihan, pengenalan lapangan. Maka kemudian diubah lah metodenya, 2 hari di kelas, satu minggu di lapangan, dua hari di kelas lagi lalu pertemuan monitoring evaluasi. Sebenarnya tidak totally berubah drastis tapi hanya menggabungkan kegiatan yang bertujuan sama. Maka mulai Q5, Juli 2010, pelatihan kader terdiri atas kegiatan yang saling terkait seperti pertemuan monev. Kader terlihat lebih paham dan lebih semangat bekerja.”*

Royansyah, Sutan (20 Juni 2012)

#### 9. Melaksanakan sistem skala penuh

Dari hasil wawancara dengan kordinator monitoring evaluasi PR TB Aisyiyah, didapat informasi bahwa pelaksanaan kegiatan memiliki skala yang dibuat dan disepakati secara nasional pada saat pertemuan rutin. Penerima dana sekunder/*Sub-Recipient* mengajukan rencana kegiatan berdasarkan rencana besar yang sudah ditentukan kepada PR TB Aisyiyah melalui unit *Field Operation Support*. Kemudian setelah dilakukan analisa dan diskusi mendalam antara keduanya, disepakati rencana kegiatan. Proses ini berlangsung rutin setiap enam bulan, dengan setiap tiga bulan selalu ada review apabila ada penambahan sesuai kebutuhan.

*“Pelaksanaan kegiatan berdasarkan rencana kegiatan yang dibuat dan disepakati pada monev nasional. SR membuat rencana kegiatan dan diajukan ke PR (tapi menu kegiatan sudah ditentukan, SR tinggal memilih saja berdasar kebutuhan), Kebutuhan apa saja lalu di review oleh tim Field Ops PR, dulu itu namanya partnership. PR juga bisa menambahkan kegiatan di daerah tertentu, apabila memang dibutuhkan. Plan of Action dan*

*Work Plan yang diajukan oleh SR dapat diubah sesuai kebutuhan.”*

Royansyah, Sutan (20 Juni 2012)

#### 10. Menggunakan, mengevaluasi, dan memodifikasi sistem jika dibutuhkan

Fase satu Program PR TB ‘Aisyiyah berjalan antara Juli 2009 sampai dengan Juni 2011, dengan sistem evaluasi tiap kuartal (tiga bulan). Selama fase 1, telah dilakukan perubahan dan modifikasi sistem pelaksanaan kegiatan.

*“Rencana lebih banyak merupakan daftar kegiatan, tanpa pola, yang mengaitkan antar kegiatan itu sehingga sinergi untuk mencapai sebuah tujuan tertentu. Tidak tertata dengan baik. Dalam arti, sistematikanya lemah, keterkaitan antar lemah antar kegiatan tidak jelas. Yang paling penting adalah keterkaitan kegiatan dengan tujuan yang ingin dicapai atau indikator yang harus dicapai, itu kondisinya di awal seperti itu. Seperti mungkin 70% kegiatan untuk mencapai indikator keberhasilan belum ada. Hanya 70% dari kegiatan yang bisa dikaitkan, sisanya tidak terlalu jelas. Kemudian pengaturan kegiatan, rencana penjadwalan, itu tidak menunjukkan sistematika sehingga tidak terjadi antar kegiatan. Harus diketahui bahwa saya mulai bekerja disini ketika program berjalan 5 bulan, dengan kondisi seperti itu. Jadi pada bulan ke-6, saya memanfaatkan proses evaluasi enam bulanan untuk merapikan hal tersebut. Jadi mulai menambah kegiatan yang diperlukan, mengolah sistematika antar kegiatan sehingga bisa ditunjukkan bagaimana masing-masing kegiatan itu terkait dan saling menunjang untuk mencapai tujuan.”*

Baswedan, Samhari (29 Mei 2012) Wawancara Personal.

Dari wawancara mendalam, diperoleh informasi bahwa Manager Program sempat mengalami pergantian personal. Ketika manager terdahulu keluar, terdapat beberapa metode pelaksanaan kegiatan yang tidak tepat sasaran, dalam artian tidak mendukung sasaran pencapaian target. Rencana yang dibuat di awal sebelum pelaksanaan program, cenderung tanpa pola dan tidak saling berhubungan, hanya sekumpulan kegiatan. Dilakukan penyesuaian berupa: penambahan kegiatan yang diperlukan, pengelompokan kegiatan sehingga lebih terstruktur dan saling terkait, hingga melakukan restrukturisasi dalam sistem pelaksanaan program.

## **BAB 6**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **6. 1. Kesimpulan**

Atas dasar uraian dan analisis sebagaimana yang telah dikemukakan pada bab-bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan beberapa hal berikut berdasarkan pendekatan model Bromley (1989,p.33)

##### 6.1.1. Aspek Kebijakan

Kementerian Kesehatan sebagai agen pemerintah, bertugas untuk memastikan program penanggulangan tuberkulosis berjalan sesuai kebijakan yang ditetapkan. Program penanggulangan tuberkulosis berbasis masyarakat yang dilakukan oleh PR TB Aisyiyah mengikuti kebijakan yang ditetapkan oleh agen pemerintah yaitu Kementerian Kesehatan melalui kebijakan kemitraan antara pemerintah dengan masyarakat.

##### 6.1.2. Aspek Organisasional

PR TB Aisyiyah sebagai organisasi kemasyarakatan menjadi jawaban atas kebutuhan masyarakat sekaligus juga membantu program nasional yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dalam melakukan program penanggulangan tuberkulosis. Kegiatan dilakukan sedemikian rupa sehingga outcome terhadap masyarakat jelas dirasakan.

##### 6.1.3. Aspek Operasional

PR TB Aisyiyah melaksanakan program penanggulangan tuberkulosis dengan dasar dan aturan yang mengikat. PR TB Aisyiyah juga memiliki sejumlah tujuan program yang spesifik dan dalam pelaksanaannya melakukan tahapan menjabarkan kegiatan secara teknis. Penyempurnaan kebijakan dilakukan melalui analisa terhadap kebijakan berdasarkan outcome-nya.

## 6.2. Saran

Dalam rangka meningkatkan keberhasilan program., yakni yang bisa meningkatkan potensi dan kinerja program, maka perlu dilakukan perbaikan sebagai berikut:

### 6.2.1. Aspek Kebijakan

Kebijakan yang diambil secara nasional, dirasa cukup efektif karena memperhitungkan efisiensi dan efektifitas pelaksanaan program. Apabila ingin meningkatkan cakupan, PR TB Aisyiyah harus meningkatkan komunikasi dan kerjasama dengan agen pemerintah yaitu Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan Provinsi agar kebijakan program nasional semakin kuat.

### 6.2.2. Aspek Organisasional

Sebagai organisasi berbasis masyarakat, ada baiknya program lebih mengacu kepada kebijakan nasional jadi tidak hanya memenuhi target pelaksanaan program yang ditentukan oleh lembaga donor saja. Sehingga diharapkan, program yang didasari pada kegiatan komunitas ini juga membawa dampak yang signifikan terhadap kondisi komunitas itu sendiri.

### 6.2.3. Aspek Operasional

Supaya lebih mengefektifkan kinerja dan komitmen para pelaksana program, evaluasi rutin tetap harus dilakukan oleh manajemen PR TB Aisyiyah. Monitoring dan kunjungan lapangan rutin tidak bisa dilewatkan apabila ingin memperkuat komitmen para pelaksana program, kader dan tokoh agama di lapangan.

## DAFTAR REFERENSI

### Buku:

Abdullah. Sistem Administrasi Keuangan Negara: Suatu Pengantar. Jilid 2. Jakarta: Penerbit Bhratara Karya Aksara, 1983

Alpert, Paul. *Partnership or Confrontation? : Poor Lands and Rich*. New York: The Free Press, 1973.

Arsjad, Nurdjaman dan Bambang Kusmanto dan Yuwono Prawirosetoto. *Keuangan Negara*. Jakarta: PT Intermedia, 1992.

Barzelay, Michael. *The New Public Management: Improving Research and Policy Dialogue*. California: University of California Press, 2001.

Bernard, Philips. *Social Research: Strategy and Tactics*. Third edition. New York: Macmillan Publishing Co., Inc. 1971

Bromley, Daniel W. *Economic Interest and Institutions: The Conceptual Foundations of Public Policy*. New York: Basil Blackwell. 1989.

Chadwick, Bruce A. *Metode Penelitian Ilmu Pengetahuan Sosial*, terj. Sulistia, Semarang: IKIP Semarang Press, 1991,

Cleland, David I. dan Lewis R. Ireland, *Project Management: Strategic Design and Implementation, Fourth Edition*. Boston: McGraw-Hill, 2002.

De Vaus, D.A., *Surveys in Social Research*. Fourth Edition. D.A. de Vaus. London: UCL Press Limited. 1996.

Hadi, Sutrisno. *Metodologi Research: Untuk Penulisan Paper, Skripsi, Thesis dan Disertasi*. Yogyakarta: Yayasan Penerbitan Fakultas Psikologi Universitas Gajah Mada, 1989

Heenan, David A. Dan Howard V. Perlmutter. *Multinational Organization Development*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, 1979.

Henry, Nicholas. *Public Administration and Public Affairs, Ninth Edition*. New Jersey: Pearson Education, 2004.

Heydebrand, Wolf. V. dan James J. Noell, "Task Structure and Innovation in Professional Organization" dalam buku *Comparative Organizations: the*

*results of emirical research* (Editor Wolf V. Heydebrand) New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1973

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. edisi 2011.

Kerzner, Harold. *Project Management: A System Approach to Planning, Scheduling and Controlling*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.,2006.

Kongres Wanita Indonesia (KOWANI), *Sejarah Setengah Abad Pergerakan Wanita Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka, 1978

Kresno, Sudarti dan Ella Nurlaela Hadi dan Endah Wuryaningsih. *Aplikasi Penelitian Kualitatif dalam Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia bekerjasama dengan Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular Departemen Kesehatan RI. 1999.

Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia, *Sistem Administrasi Negara Republik Indonesia*, Jilid 1 edisi 3. Jakarta: PT Toko Gunung Agung, 1997

Lock,Dennis. *Manajemen Proyek*. Jakarta: Penerbit Erlangga, 1981.

McKenzie, James. *An Introduction to Community Health*, fifth edition. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.2005

Moleong, Lexy J. *Metode Penelitian Kualitatif*, Bandung: PT. Remaja Rosdakarya, 2006.

Mustopadidjaja, *Paradigma-Paradigma Pembangunan*. Jakarta: Lembaga Administrasi Publik Republik Indonesia, 2002.

Muraskin,Lana D. — *Understanding Evaluation: The Way to Better Prevention Programs*. US:Westat,Inc. 1993.

Neuman, Lawrence. *Social Research Methods : Qualitative and Quantitative Approaches*: 3rd Edition. Boston : Allyn and Bacon, 1997.

Osborne, David dan Ted Gaebler. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming The Public Sector*. New York: Penguin Books USA Inc., 1992.

Parson, Wayne. *Public Policy: Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan, edisi satu*.Jakarta: Kencana, 2008.

- Pimpinan Pusat 'Aisyiyah, *Sejarah Pertumbuhan dan Perkembangan 'Aisyiyah*. Yogyakarta: Pimpinan Pusat 'Aisyiyah Seksi Khusus Penerbitan dan Publikasi, tanpa tahun terbit.
- Poesponegoro, DjoneddanNugrohoNotosusanto, *SejarahNasional Indonesia V*. Jakarta: BalaiPustaka, 1993
- Poister, Theodore H. *Measuring performance in public and nonprofit organizations*. The Jossey-Bass nonprofit and public management Series. San Francisco : John Wiley & Sons, Inc.2003.
- Robbins, Stephen, et.al. *Organizational Behaviour: Concepts, Controversies and Applications*. Australia: Prentice-Hall, 1994.
- Rosenbloom, David H. dan Robert S. Kravchuk. *Public Administration: Understanding Management, Politics and Law in the Public Sector, fifth edition*. New York: McGraw-Hill, 2002
- Salomo, Roy V. dan M. Ikhsan, *Keuangan Daerah di Indonesia*, Jakarta : STIALAN Press, 2002.
- Sakai, Yumiko. "Indonesia: Flexible NGO vs Inconsistent State Control" Dalam buku: *The State and NGO: Perspective from Asia*. Tokyo: Sasakawa Peace Foundation, 2002
- Satria, *Pembangunan Perdesaan dan Daerah Pesisir Pada Era Millenium III* . Jakarta: UI-Press, 2007.
- Setiana, Lucie. *Teknik Penyuluhan dan Pemberdayaan Masyarakat*. Bogor: Ghalia Indonesia, 2005.
- Strauss, Anselm dan Juliet Corbin. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for developing grounded theory*. Second edition. California: Sage Publications, Inc., 1998
- *Qualitative Analysis for Social Scientist*. New York: Cambridge University Press. 1991.
- Suparmoko, *Keuangan Negara dalamTeoridanPraktek*.EdisiKeempat. Yogyakarta: BPFE, 1996.
- Vredembregt , Jacob. *Metode dan teknik Penelitian Masyarakat*. Jakarta: PT Gramedia, 1980.

Witoelar, Rachmat. “Pengembangan Demokrasi Pancasila dalam mengantisipasi dinamika masyarakat dan pembangunan” Dalam buku: *Dinamika Masyarakat dan Pembangunan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 1992.

Yin, Robert K. *Studi Kasus : Disain dan Metode*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada, 2003.

### **Jurnal:**

Scriven, Michael. *Prose and Cons about Goal-Free Evaluation* dalam *American Journal of Evaluation*, vol. 12 no. 1, February 1991.

Somantri, Gumilar Rusliwa *Memahami Metode Kualitatif*. Makara Sosial Humaniora, Vol. 9, No. 2, Desember 2005.

Suharyadi, Asep, et.al., *Review of Governments Poverty Reduction : Strategies, Policies and Programs in Indonesia*. Jakarta: Lembaga Penelitian Smeru, 2010

### **Penelitian Ilmiah**

Bromley, Daniel. *Evaluation of The Economy and Environment Program for South East Asia*. Singapore: EEPSEA, 2000

Darmadi. “Analisis Kualitatif Perilaku Kepatuhan Menelan Obat Penderita Tuberkulosis Paru di 4 Puskesmas Wilayah Kabupaten Ketapang”. Tesis, Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, 2000.

Hendratna, Melina. “Evaluasi Pengiriman Dahak Penderita Tuberkulosis Paru Pada Kertas Saring Melalui Pos.” Tesis, Fakultas Pasca Sarjana, Bidang Studi Ilmu Kedokteran, Universitas Indonesia, 1990.

Senewe, Felly Philipus “Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keteraturan Berobat Penderita Tuberkulosis Paru di Puskesmas Se-Kotif Depok Jawa Barat Tahun 1997”. Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, 1997.

Syaumaryadi, “Hubungan Keluhan Efek Samping Obat Anti Tuberkulosis dengan

Ketidakpatuhan Berobat Penderita TB Paru Di Kota Palembang Sumatera Selatan Tahun 1997-2000” Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, 2001.

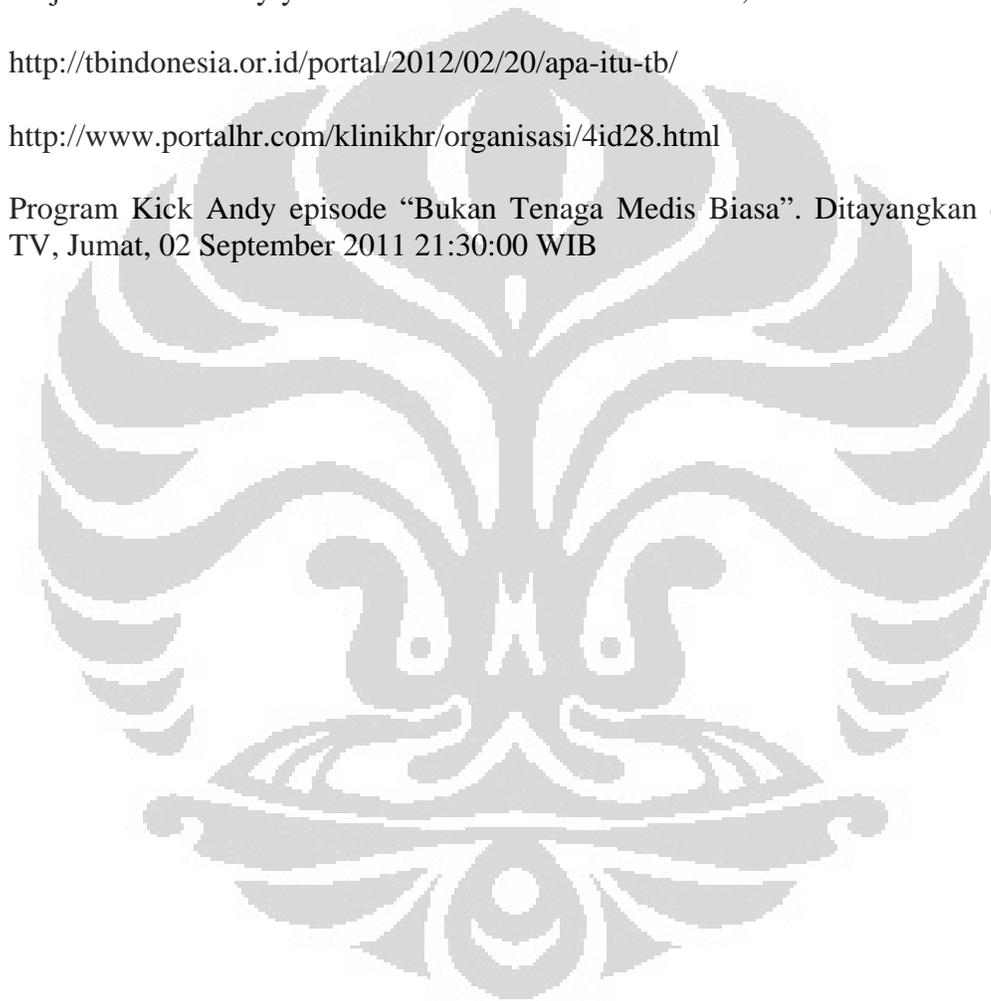
**Artikel di Media Massa:**

Majalah Suara ‘Aisyiah No.10 Tahun XV Oktober 1940, hlm 39

<http://tbindonesia.or.id/portal/2012/02/20/apa-itu-tb/>

<http://www.portalhr.com/klinikhr/organisasi/4id28.html>

Program Kick Andy episode “Bukan Tenaga Medis Biasa”. Ditayangkan di Metro TV, Jumat, 02 September 2011 21:30:00 WIB



# Riwayat Hidup

Nama : Oetari Cinthya Bramanty  
Alamat Rumah : Kota Wisata Cluster Bellevue Blok SF 6/40  
Tempat dan Tanggal Lahir : Jakarta, 25 April 1984  
Alamat E-mail : oetari.cinthya@yahoo.com

## Pendidikan Formal

2002 – 2006 Universitas Indonesia, Depok  
1999 – 2002 SMU Negeri 61, Jakarta Timur  
1996 – 1999 SLTP Negeri 109, Jakarta Timur  
1990 – 1996 SD Negeri Cipinang Melayu 03, Jakarta Timur

## Pengalaman Kerja

2009 – sekarang The Global Fund PR TB ‘Aisyiyah  
Posisi: Field Operation Support

2008 – 2009 Millennium Challenge Corporation Immunization Project  
Posisi: Partnership Assistant

2007 – 2008 The Global Fund PR Kementerian Kesehatan RI  
Posisi: Partnership Staff:

2006 LBH Asosiasi Perempuan Indonesia Untuk Keadilan  
Posisi: Legal Reform Staff

Rencana Kerja PR TB 'Aisyiyah

| REF.       | OBJECTIVE | SDA        | ACTIVITY  | DIRECTED RELATED INDICATOR | TIMING (Year 1)       |            |    |    | REF. TO PREVIOUS ROUNDS OR OTHER RESOURCE ENDING RESPONSIBLE FOR IMPLEMENTATION | DIRECTED RELATED INDICATOR | TIMING (Year 2)       |    |    |    |
|------------|-----------|------------|---|----------------------------|-----------------------|------------|----|----|---|----------------------------|-----------------------|----|----|----|
|            |           |            |   |                            | July 2009 - June 2010 |            |    |    |   |                            | July 2010 - June 2011 |    |    |    |
|            |           |            |   |                            | PERIODE 1 & 2         |            |    |    |   |                            | PERIODE 3 & 4         |    |    |    |
|            |           |            |   |                            | Q1                    | Q2         | Q3 | Q4 |   |                            | Q5                    | Q6 | Q7 | Q8 |
| Jul-Dec'09 |           | Jan-Jun'10 |   | Jul-Dec'10                 |                       | Jan-Jun'11 |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
| 9          | 3         |            | 5.2.1.1 NATIONAL LEVEL POLICY DEVELOPMENT CORE WORKING GROUP CONSULTATION AND/OR WORKSHOP                                 |                            |                       |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.1 Strengthening Potential SR (PR)   | 3                          |                       |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.1.1 Build TRP   |                            | V                     |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.1.2 Review Potential NGO  |                            | V                     |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.1.3 Mapping Potential NGO (Indonesia Timur Priority)  |                            | V                     |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.1.4 Finalize Potential NGO as Sub Recipient (SR)  |                            | V                     |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.2 National Workshop ; Socialization on GF TB R8 and PIM (PR)  | 3                          |                       |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.2.1 Materials preparation (parent charter, gender ; as a background of program)                                   |                            | V                     |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.2.2 Implementations   |                            | V                     |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.2.3 Reporting   |                            | V                     |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.3 Training on management program, finance, PSM, M & E (PR and SR)   | 3                          |                       |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.3.1 Materials preparation   |                            | V                     |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.3.2 Implementations   |                            | V                     |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.3.2.1 Training Management PR  |                            | V                     |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.3.2.2 Training Management SR  |                            | V                     |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.3.3 Reporting   |                            |                       |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.4 Workshop on developing networks system between health services and community with PPM (Public Private Mix) (PR) |                            |                       |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.4.1 Materials preparation   |                            |                       |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.4.2 Implementations   |                            |                       |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.4.2.1 Workshop on network system I (eastern remote areas/Daerah Tertinggal, Indonesia Timur)                      |                            |                       |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.4.2.2 Workshop network system II (municipal slum areas/Daerah Perkotaan)  |                            |                       |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.5 Workshop on Developing Community TB Care and PPM (Public  | 3                          |                       |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.5.1 Materials preparation   |                            | V                     |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.5.2 Implementations   |                            | V                     |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.6 Review networks system between health services and community with PPM (Public Private Mix) (PR)                 | 3                          |                       |            |    |    |   | 3                          |                       | V  |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.7 Monitoring and Evaluation   | 3                          |                       |            |    |    |   | 3                          |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.7.1   |                            |                       |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.7.2   |                            |                       |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.7.3   |                            |                       |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.7.4 Supervision   | 3                          |                       |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.7.4.1 Supervision PR to SR  |                            | V                     | V          | V  | V  |   |                            | V                     | V  | V  | V  |
|            |           |            | 5.2.1.1.7.4.2   |                            |                       |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.1.7.5 National Workshop Evaluation  |                            |                       |            |    |    |   |                            |                       | V  |    |    |
| 9          | 3         | Communi    | 5.2.1.3 ACTIVITIES IN COMMUNITY LEVEL   |                            |                       |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.3.1 SR Meeting (sharing experiences on CBA-TB Care)   | 3                          |                       |            |    |    |   | 3                          |                       | V  |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.3.2 Training on program management SR (SR)--> Strengthening Capacity of SR  | 3                          |                       |            |    |    |   | 3                          |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.3.2.1 Develop training material (planning, implementing, money, recording and reporting)                            |                            | V                     |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.3.2.2 Training implementation   |                            | V                     |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.3.3 Workshop on Socialization networks system (SR)  | 3                          |                       |            |    |    |   | 3                          |                       | V  |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.3.4 UPK activities (SR)   | 1                          |                       |            |    |    |   | 1                          |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.3.4.1 Advocacy and socialization to NGHS management (by PR/SR)  | 2                          |                       | V          |    | V  |   | 2                          |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.3.4.2 Training for non government health service  | 2                          | V                     | V          | V  | V  |   | 2                          | V                     | V  | V  | V  |
|            |           |            | 5.2.1.3.4.3 Strengthening DOTS unit   | 1                          |                       |            |    |    |   | 1                          |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.3.4.3.1 Management DOTS unit Training   |                            |                       | V          | V  |    |   |                            |                       |    |    |    |
|            |           |            | 5.2.1.3.4.3.2 Development & print Patient Forms   |                            |                       |            |    |    |   |                            |                       |    |    |    |

Sumber: Monitoring Evaluasi PR TB Aisyiyah



Panduan Wawancara

Narasumber :Dr. Samhari Baswedan, MPA (Program Manager, PR TB Aisyiyah)

Tingkat Kebijakan:

- Tujuan spesifik untuk dicapai dengan spesifikasi tertentu.
- Tanggal awal dan tanggal akhir yang tepat untuk melaksanakan kegiatan
- Batas dalam pembiayaan/budget
- Penggunaan sumber daya manusia dan sumber daya non manusia (misalnya: uang, staff, peralatan)
- Pelaksanaan program Bersifat multi-fungsional (terdiri atas beberapa fungsi)

Tingkat Organisasional

- Komitmen yang dimiliki karyawan
- Integritas yang dimiliki karyawan
- Pelaksanaan program member Keputusan Realistis
- Hubungan internal organisasi yang baik
- Penugasan staf tepat

Tingkat Operasional

- Cara mengukur kemajuan program
- Proses membandingkan hasil yang diprediksi dengan hasil aktual
- Proses menganalisis dampak baik bagi masyarakat dan internal organisasi
- Proses membuat penyesuaian

**Panduan Wawancara**

Narasumber : Siti Nur Hidayati, SE (Finance Coordinator, PR TB Aisyiyah)

Tingkat Kebijakan:

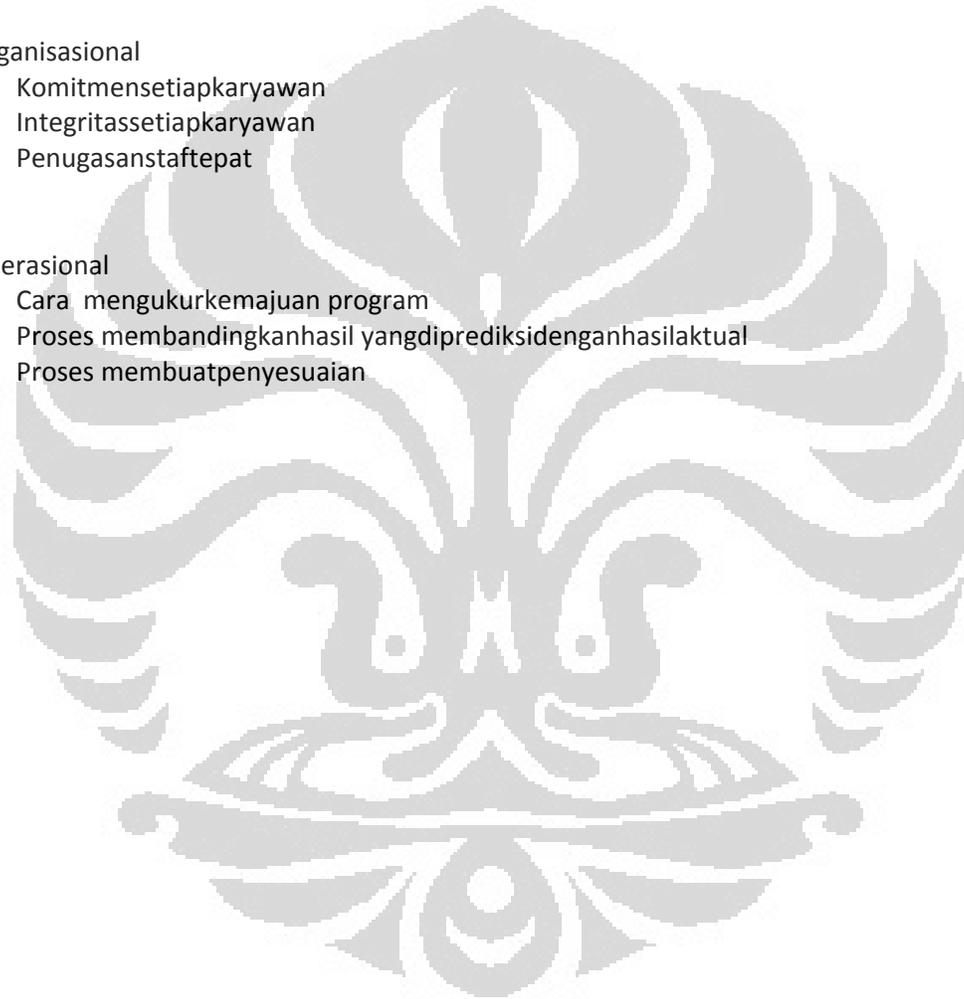
- Tujuan spesifik untuk dicapai dengan spesifikasi tertentu.
- Tanggal awal dan tanggal akhir yang tepat untuk melaksanakan kegiatan
- Batas dalam pembiayaan/budget

Tingkat Organisasional

- Komitmen setiap karyawan
- Integritas setiap karyawan
- Penugasan staf tepat

Tingkat Operasional

- Cara mengukur kemajuan program
- Proses membandingkan hasil yang diprediksi dengan hasil aktual
- Proses membuat penyesuaian



**Panduan Wawancara**

Narasumber :SutanRoyansyah, ST, MSc., MM (Monitoring Evaluation Coordinator, PR TB Aisyiyah)

Tingkat Kebijakan:

- Tujuan spesifik untuk dicapai dengan spesifikasi tertentu.
- Tanggal awal dan tanggal akhir yang tepat untuk melaksanakan kegiatan

Tingkat Organisasional

- Komitmen setiap karyawan
- Integritas setiap karyawan
- Penugasan staf yang tepat

Tingkat Operasional

- Cara mengukur kemajuan program
- Proses membandingkan hasil yang diprediksi dengan hasil aktual
- Proses menganalisis dampak baik bagi masyarakat maupun internal organisasi
- Proses pelaporan kegiatan.

Transkrip Wawancara

Siti Nur Hidayati , Finance Coordinator PR TB Aisyiyah

29 Mei 2012

---

Peneliti (P) : Apakah terdapat tujuan spesifik untuk dicapai dengan spesifikasi tertentu.?

Siti Nur Hidayati (SNH): Budget Kegiatan menggunakan proposal yang sudah diajukan sebelum kegiatan dilaksanakan. Proposal sudah ada sebelum program dimulai jadi sebaiknya tanya Ibu Noor Rochmah selaku perwakilan organisasi Aisyiyah

P: Apakah terdapat tanggal awal dan tanggal akhir yang tepat untuk melaksanakan kegiatan?

Budget yang sudah approved oleh GF, lalu di *disburse* kepada SR tergantung target pelaksanaan program. Hal ini melalui proses pembicaraan bersama yaitu rapat koordinasi rutin setiap 6 bulan.

P: Apakah terdapat batasan dalam pembiayaan/budget?

Plafon maksimal → Total Per SR → Disbursement

P: Apakah setiap karyawan memiliki Komitmen ?

Komitmen ada tapi sebatas tanggung jawab. Engagement rendah jadi asal-asalan

Ada komunikasi tapi kondisi kerja kurang nyaman

P: Apakah Penugasan staf yang tepat?

Penugasan staf masih kurang tepat, karena tugasnya mereview transaksi SR.

Supporting Documents-nya saja hanya 3 bulan sekali

P: Bagaimana mengukur kemajuan kinerja program?

Ada SLA (Service Level Agreement)

Melakukan evaluasi kinerja

Finance reports → Soft copy GL kirim ke Finance Controller lalu di review.

P: Apakah terdapat proses membandingkan hasil yang diprediksi dengan hasil aktual?

Membuat target versus actual, lalu dibuat variance analysis.

P: Apakah terdapat proses membuat penyesuaian?

Sistem *controller* belum efektif. Jumlah hanya dua orang, over kerjaan.

Maka itu mengajukan penambahan staf controller.

Transkrip Wawancara  
Samhari Baswedan, Program Manager PR TB Aisyiyah  
29 Mei 2012

---

Peneliti (P): Tujuan saya wawancara adalah untuk penelitian dalam mengumpulkan data untuk penulisan tesis saya. Tema yang saya angkat adalah Evaluasi Program Penanggulangan Tuberkulosis oleh PR TB Aisyiyah. Tadi saya sudah mewawancarai Mbak Siti Nur. Lalu sekarang minta waktu bapak untuk saya wawancara beberapa pertanyaan boleh ya Pak? Jadi Fokus penelitian saya hanya pada fase satu. Pertanyaan pertama, apakah ada perencanaan program Pak?

Samhari baswedan (SB): Kalau tanya apakah ada perencanaan, ya jelas ada. Ketika saya datang bergabung sudah ada rencana, budget, segala macam. Namun persoalannya, bahwa perencanaan atau budget itu tidak menunjukkan sistematika berpikir yang runtut. Jadi rencana lebih banyak merupakan daftar kegiatan, tanpa pola, yang mengaitkan antar kegiatan itu sehingga sinergi untuk mencapai sebuah tujuan tertentu.

P: Berarti maksud Bapak, rencana yang ada tidak applicable?

SB: Bukan tidak applicable, tapi tidak tertata dengan baik. Dalam arti, sistematikanya lemah, keterkaitan antar lemah antar kegiatan tidak jelas. Yang paling penting adalah keterkaitan kegiatan dengan tujuan yang ingin dicapai atau indikator yang harus dicapai, itu kondisinya di awal seperti itu. Seperti mungkin 70% kegiatan untuk mencapai indikator keberhasilan belum ada. Hanya 70% dari kegiatan yang bisa dikaitkan, sisanya tidak terlalu jelas. Kemudian pengaturan kegiatan, rencana penjadwalan, itu tidak menunjukkan sistematika sehingga tidak terjadi antar kegiatan.

P: Apa ada penyesuaian dengan kondisi itu?

SB: Ya. Begitu Program berjalan 6 bulan. Harus diketahui bahwa saya mulai bekerja disini ketika program berjalan 5 bulan, dengan kondisi seperti itu. Jadi pada bulan ke-6, saya memanfaatkan proses evaluasi enam bulanan untuk merapikan hal tersebut. Jadi mulai menambah kegiatan yang diperlukan, mengolah sistematika antar kegiatan sehingga bisa ditunjukkan bagaimana masing-masing kegiatan itu terkait dan saling menunjang untuk mencapai tujuan.

P: Jadi setelah 6 bulan itu, dilakukan penyesuaian rencana untuk merapikan hingga akhir phase 1?

SB: Sesudah 6 bulan, saya mencoba untuk merapikan, tetapi dengan target untuk diamati dalam 6 bulan kedua, saya baru betul-betul bisa menganggap rencana rapi pd bulan ke 12, setelah belajar pada bulan 7 sampai dengan bulan 12, jadi perubahan setelah bulan ke 6 diamati betul untuk mengetahui mana yang berhasil mana yang tidak mana yang cocok mana yang tidak. Maka pada bulan ke 12 itu saya baru merasa program ini sudah cukup rapi, lengkap sesuai dengan kebutuhan saat itu.

P: Perencanaan setelah bulan ke 12 itu berarti sudah rapi ya Pak? Lalu Apa dalam pelaksanaannya melibatkan staf yang sudah tepat? Apa penugasan staf sudah tepat?

SB: Pada bulan ke 12 itu sudah 80%. Saya melakukan rotasi beberapa staf, restrukturisasi agar struktur organisasi lebih sesuai dengan kebutuhan program, lebih memanfaatkan kekuatan masing2 staf yang ada dan sesuai dengan posisi kuncinya. Misalnya saya kombinasikan posisi program manager dengan project manager. Saya bentuk unit administrasi. Dulu unit administrasi dan unit staff itu jadi satu, lalu

kemudian dipisah. Administrasi jadi unit penunjang pelaksana program. Saya juga mempertajam unit Monitoring Evaluasi dan Finance, kemudian mulai mempersiapkan embrio unit field ops support.

P: Hubungan dengan organisasi internal apa dikatakan baik?

SB: Ya. Terkait dengan organisasi bidang ini, kita punya mekanisme dimana ada dewan Pembina yang terdiri dari pimpinan organisasi. Itu bertemu setiap 3 bulan sekali, untuk memantau garis besar perkembangan program.

P: Jika hubungan internal sudah baik, apa setiap komitmen yang baik?

SB: Belum tentu. Kalau komitmen itu kan, ada kaitan dengan motivasi segala macam, tapi secara umum cukuplah. Yang penting bagi saya adalah orang-orang di posisi kunci itu memiliki komitmen yang baik. Jadi kalau orang di posisi kunci memiliki komitmen yang baik, memiliki skills and knowledge yang baik, dalam arti memenuhi persyaratan yang dibutuhkan untuk program, bagi saya sudah cukup. Kalau posisi kunci problem, yang lain bisa problem. Tapi kalau posisi kunci kuat, yang lain akan mengikuti. Posisi kunci itu yang jelas adalah kordinator, staf di FO karena mereka lah yang bertugas mendukung kegiatan di lapangan dan jelas administrasi sebagai alat penunjang. Saya tidak mengejar setiap orang memiliki komitmen yang tinggi, itu idealnya, tapi bagi saya kalau posisi kunci dipegang oleh orang-orang yang tepat, tangguh memiliki knowledge skill yang memenuhi syarat, itu sudah cukup. Anda tahu prinsip pareto? 20% melakukan 80% jadi sebetulnya asal kita punya 20% staf yang bagus maka pekerjaan akan terselesaikan, yang lain hanya akan mengikuti arus saja. Meskipun ya jangan segitu, idealnya harus lebih banyak.

P: Untuk pelaksanaan kegiatan organisasi ini mendapat dana dari donor ya Pak? The Global Fund? Itu prosesnya seperti apa Pak? Bagaimana alurnya dari PR ke SR?

SB: Jadi begini, PR, berdasarkan rencana besar yang sudah ada, membuat rencana operasional enam bulanan, yang didiskusikan teman-teman SR di lapangan, setelah sepakat, maka terbentuklah rencana 6 bulanan untuk dilaklkan PR di pusat dan SR di propinsi. Rencana yang sudah disepakati itu kmd dibawa ke GF, setelah disetujui menjadi dasar pengiriman uang ke PR, tidak harus selalu 100% disetujui. PR kemudian meneruskan uang untuk kegiatan di SR di propinsi2. Kegiatan di PR ya uangnya di PR.

P: Berarti setiap 6 bulanan selain membicarakan perencanaan juga ada evaluasi?

SB: Ya. Makanya kita ada evaluasi setiap 6 bulan itu untuk melihat apakah rencana terlaksana, apakah uangnya cukup atau kurang, ada sisa atau tidak, apakah sesuai rencana, apakah mencapai hasil yang diharapkan, jadi berdasar rencana itu, plan 6 bulan berikut dibuat. Misalnya awal 100juta, lalu setelah 6 bulan dievaluasi apakah uang cukup, lalu membuat rencana selanjutnya. Misalnya berikutnya 150 juta dan ada sisa dari enam bulan sebelumnya 10 juta, maka yang dtransfer oleh Global Fund adalah 150 dikurang 10. Yang selalu dilihat Apakah target tercapai? Jika ada sisa dipindahkan ke waktu berikutnya.

P: Apa ada sanksi apabila tidak tercapai?

SB: Sanksi tidak ada. Tapi setiap 6 bulan kita di evaluasi dengan mekanisme rating. Tertinggi A1, terendah C. C jelas gagal dan tidak akan dilanjutkan lagi programnya. Penilaian didasarkan pada: apakah indikator keberhasilan tercapai? Mereka menuntut 100 % tapi minimal 90%. A1 didapat dari pencapaian target 90% - 120% Alhamdulillah kita selama ini selalu mendapat A1. Jadi pencapaian hasil bagaimana? Lalu bagaimana manajemen programnya? Dalam arti apa

pelaksanaannyatepat waktu apa sesuai dengan rencana, lalu ada majemen keuangan, apakah uang dipakai dengan benar? Apa tidak terjadi penyimpangan? Apakah perencanaan keuangan betul, dokumentasi baik? Jadi ada 3 yang dilihat: pencapaian hasil, manajemen program dan manajemen keuangan.

P: Apakah dasar PR mengirimkan uang ke SR juga seperti GF mengirimkan sr?

SB: Ya pada dasarnya sama. Prinsipnya begini, dari awal, GF membuat program ini dikelola seperti bisnis untuk mengelola program sosial.

*Approach* yang dipakai oleh GF adalah kita dianggap sbg pebisnis. Proposal yang dibuat oleh kita itu seperti busnienss proposal. Kita menentukan Kuantitas kerja , budget kita yang menentukan, rencana kerja juga. Kemudian di review, dan kita harus bisa mempertahankan rencana kita. Kita harus bisa menunjukkan rencana kita itu akan bisa membantu kita mencapai tujuan, rencana harus efisien. Termasuk dananya.

Sehingga pd akhirnya yang disetujui adalah bisnis proposal kita. Karena itu, ini suatu hal yang bagus.

Kita bekerja berbeda dengan program lainnya. Dai pengalaman saya sebelumnya, program ini berbeda dimana kegiatan sosial. Setiap dollar yang dikelurakan itu efisien dan efektif. Tidak ada profit, tapi harus bisa membuktikan return of investement-nya bagus. Maka cost benefit analysis menjaid penting.

Sehingga kadang ada kegiatan yang harganya mahal, namun apabila kita bisa membuktikan dampaknya bagus bagi program, akan di setujui.

P: Lalu apabila performance baik apa ada reward?

SB: Ya biasanya reward itu pertama adalah rating. Dan rating itu berpengaruh terhadap budget.

Artiya begini, program ini dibagi menjadi dua siklus besar. Siklus awal di fase pertama, dua tahun. Rencana besar itu diberi persetujuan secara global → 5, 7 dolar untuk 3 tahun, kmd dibagi menjadi 4 smstr. Jadi sejak awal, sudah tahu jatah 6 bulan berapa. Apabila hasil baik, jatah tsb bisa digunakan 100% bahkan lebih sesuai kebutuhan. Performance tidak bagus, maka expenditure karena memenuhi budget. Kegiatan tidak tercapai smuanya. Kita akan diberi sesuai kebutuhan.

Sudah terbukti. Setelah 2 tahun kinerja cukup bagus. Seluruh proposal kita untuk phase 2 itu disetujui. Hanya ada pengosongan kurang 3% artinya blm diberikan sampai saatnya karena performace bagus.

Reward diberikan dalam bentuk dana diberi seluruhnya dan kegiatan yang diusulkan itu disetujui.

Karena kadang setelah 6 bulan, kita melihat ada kegiatan yang harus diubah atau di-stop. Ada kegiatan baru ditambahkan, ada kegiatan lama yang volume harus ditambahkan. Kalau performance bagus, perubahan tersebut akan diterima

P: Lalu apakah prinsip yang sama juga digunakan oleh PR kepada SR?

SB: Prinsip kita sama. Jadi sr yang baik, dapat menggunakan dana sesuai rencana, bisa mengadakan perubahan kegiatan. Jadi reward kita sifatnya programatik. Ini menjadi problem yang dihadapi. Karena umumnya orang beranggapan keberhasilan harus mendapat reward financial bagi pengelola program.

Secara umum, besaran sudah ada.

Kita punya unitcost, ada pedoman , TOR kegiatan. Kita jadi sudah tahu paket-paketnya. Kalau ada rencana 10, dan pantas berhak mendapat 10.

Dari pengalaman fase 1, provinsi yang tidak perform maka uang akan dikurangi, demikian dengan provinsi yang performance baik akan ditambah. Contoh lampung awalnya 200juta, krn baik 880 juta Sementara jatim dengan budget awal tinggi namun karena performance tidak terjaga, budget jadi turun. Kuncinya, budget itu alat untuk mencapai tujuan. Apabila mampu mengelola maka akan diberikan kalau tidak ya tidak diberikan.

Prinsipnya kita menerapkan pola pikir bisnis

Pola GF menurut pengalaman selama ini sangat baik

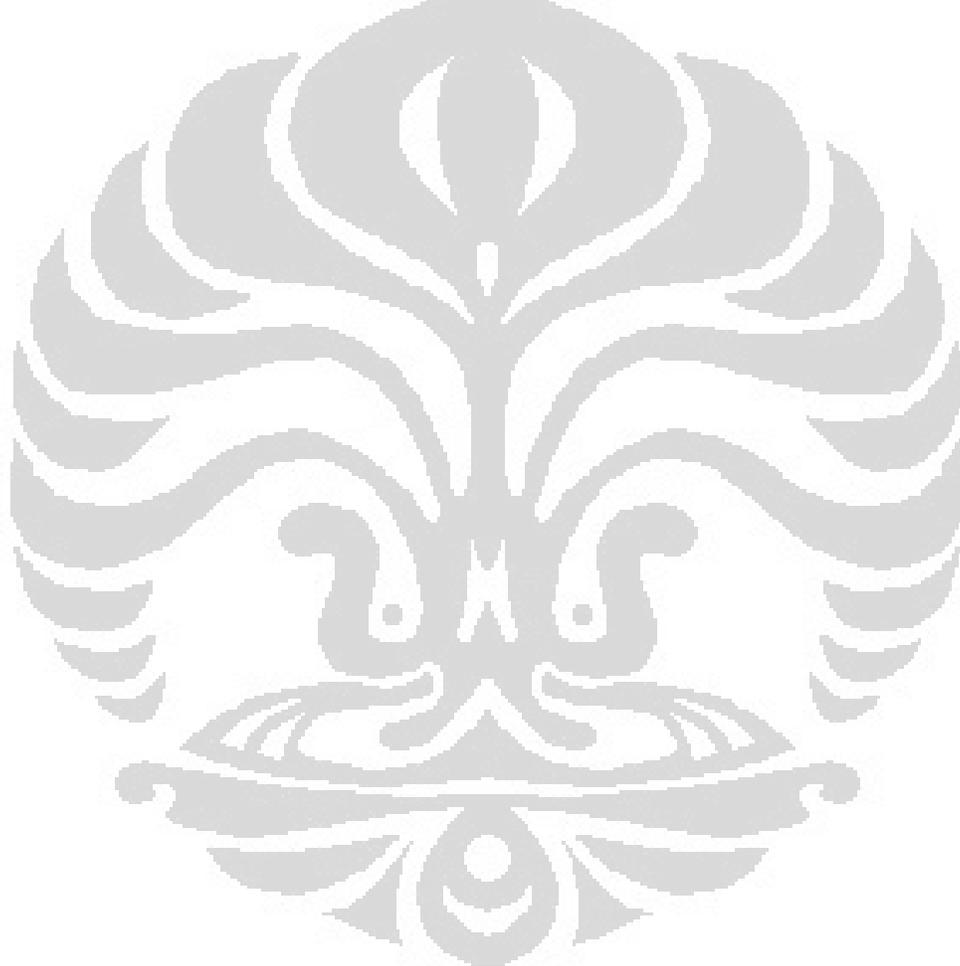
Pola GF yang terbaik karena memadukan efisiensi bisnis dengan program yang sifatnya sosial dengan cara-cara penilaian yang cukup bagus secara bisnis maupun program sosial.

Efficiency, effectiveness, Return of investment semua dipakai dalam kerangka berpikir sosial.

Contoh ada satu SR yang performance cukup baik namun jika dihitung memerlukan biaya besar, dalam kasus ini berapa orang yang bisa diperiksa tuberkulosis. Ada SR yang bisa menjaring suspek dengan biaya kurang lebih 500 Dollar, ada juga yang untuk menjaring suspek perlu biaya 2000 Dollar. Lalu dinilai cost benefit dan efisiensinya.

Contoh lainnya, Sultra geografis berat maka budget disesuaikan untuk menemukan satu orang suspek di Sultra tidak sama dengan biaya di Jawa.

Sistem yang dipakai oleh GF: Tulis yang akan dikerjakan, dan Tulis yang SUDAH dikerjakan. Lalu dilihat apakah ada perbedaan, dan jika ada perbedaan, dibuat analisis mengapa berbeda.



## Transkrip Wawancara

Sutan Royansyah , Monitoring Evaluation Coordinator PR TB Aisyiyah

20 Juni 2012

---

Peneliti (P) : Apa ada tujuan spesifik untuk dicapai?

Sutan Royansyah (SR) : Sebelum membuat tujuan yang dicapai, pertama set-up target, kita punya *tools* untuk menghitung target.

P: Tools-nya apa?

SR: Target in excel, disebutnya PBF: Performance Based Framework, ada 8 indikator yang harus dicapai selama fase 1.

Indikator pertama tenaga kesehatan. Target nasional sudah ada, kemudian di break down jadi target per daerah, berdasarkan kebutuhan. Ada komposisi yang harus dipenuhi, berapa PRM (Puskesmas Rujukan Mandiri), PS (Puskesmas Satelit). Kemudian menjadi dasar untuk melatih tenakes karena berbeda-beda sesuai statusnya.

Kedua, tokoh agama, mereka tidak mencari suspek (suspek adalah orang yang mungkin terkena tuberkulosis) tugasnya melakukan advokasi, dan penyuluhan. Mereka melakukan kerjasama dengan kader yang dilatih, jadi toga ikut kader ketika penyuluhan ke masyarakat. Tokoh agama pendekatannya lebih kearah keagamaan, tergantung agama yang dianut oleh pasien/masyarakat. Misalnya yang terjadi di NTT, Tokoh Agama melakukan ceramah keagamaan di gereja.

Atau jika mereka muslim, para tokoh agama bisa memberikan ceramah ketika pengajian-pengajian, di majelis taklim. Jadi meskipun di dalam peserta pengajian yang datang tidak ada yang terkena tuberkulosis, diharapkan mereka dapat mensosialisasikan pengetahuan tentang Tuberkulosis ini di lingkungannya. Jadi pesan berantai

Indikator seseorang menjadi tokoh agama adalah jika ia mempunyai pengikut atau jamaah. Kalau tidak ada pengikutnya tidak bisa dikategorikan

Indikator ketiga adalah, kader komunitas. Tugasnya mencari pasien tuberkulosis, jika sudah ditemukan, diajak ke UPK dan kemudian ketika dinyatakan positif terkena tb, kader berkewajiban memastikan pasien tersebut sembuh. Kader ini sebelumnya diikutkan pelatihan dengan materi pencatatan dan pelaporan, cara berkomunikasi, cara penyuluhan di masyarakat. TB itu penyakit dengan stigma buruk. Maka perlu skill cukup untuk memberikan penyuluhan. Kader ini juga nantinya akan memberi penyuluhan, mencari pasien, di beberapa daerah kader yang terlatih banyak juga yang tidak jalankan tugasnya (cari suspek).

Kalau dilihat dari pengalaman fase 1 antara Q3-Q4 (Januari 2010 – Juni 2010), ada hal-hal yang kurang efektif pada pelatihan kader misalnya dari segi: metode pelatihan, pengenalan lapangan. Maka kemudian diubah lah metodenya, 2 hari di kelas, satu minggu di lapangan, dua hari di kelas lagi lalu pertemuan monitoring evaluasi. Sebenarnya tidak totally berubah drastis tapi hanya menggabungkan kegiatan yang bertujuan sama. Maka mulai Q5, Juli 2010, pelatihan kader terdiri atas kegiatan yang saling terkait seperti pertemuan monev. Kader terlihat lebih paham dan lebih semangat bekerja. Kegiatan yang baru ditambahkan adalah : rekrutmen dan seleksi kader. Awalnya kegiatan ini tidak ada. Namun ditambahkan dan berguna untuk mengurangi angka ketidakaktifan kader. Kegiatan rekrutmen dan seleksi kader sangat penting karena juga melibatkan pihak dinkes, puskesmas, tokoh masyarakat, jadi kita rekomendasi dari mereka mengenai siapa yang pantas jadi kader. Kader perlu punya kemampuan untuk penyuluhan, mencari pasien, dan juga punya waktu untuk ke lapangan. Kader dibekali pengetahuan dasar tentang penyakit tuberkulosis juga pencatatan dan pelaporan. PR memiliki format pelaporan : Form A untuk mencatat suspek, Form B untuk mencatat pasien positif, Form C dipegang oleh Kordinator Kecamatan untuk rekap, Form D dikirim ke PR oleh SR.

Untuk Target: PR TB menetapkan 1 orang kader membawa minimal 10 orang suspek dalam 1 tahun. Kenapa 1 tahun hanya 10 bukan 12 bulan? Karena biasanya dalam setahun, terdapat dua bulan yang tidak efektif ketika ramadhan dan idul fitri serta natal.

Indikator Ke empat, adalah jumlah suspek, dihitung dari: jumlah kader dikalikan 40% karena secara historical data hanya 40% kader yang aktif. Kemudian dikalikan 2.5 → 10 dibagi 4(kuartal per tahun)

Indikator berikut BTA (Basil Tahan Asam) positif, atau terkena tuberkulosis yang menular, yang dirujuk ke UPK (unit pelayanan kesehatan) non pemerintah dan UPK pemerintah seperti puskesmas. PR menetapkan aturan 75% total harus ke UPK pemerintah dan 25% pasien berobat ke UPK non pemerintah. Di fase 2 hal ini ada perubahan.

Perbandingan suspek dan BTA, adalah 1 BTA : 10 suspek, maksudnya dari 10 orang suspek, akan ada 1 orang yang BTA Positif.

Lalu indikator lainnya adalah Kesembuhan di UPK (unit pelayanan kesehatan) non pemerintah dan UPK pemerintah.

P: Apakah terdapat tanggal awal dan akhir program?

SR: Kita menggunakan sistem kuartal, tiap tahun dibagi jadi 4 Kuartal : Jan-Mar; Apr-Jun; Juli-Sept; Okt-Des. Pelaksanaan kegiatan berdasarkan rencana kegiatan yang dibuat dan disepakati pada monev nasional. SR membuat rencana kegiatan dan diajukan ke PR (tapi menu kegiatan sudah ditentukan, SR tinggal memilih saja berdasar kebutuhan), Kebutuhan apa saja lalu di review oleh tim Field Ops PR, dulu itu namanya partnership. PR juga bisa menambahkan kegiatan di daerah tertentu, apabila memang dibutuhkan. Plan of Action dan Work Plan yang diajukan oleh SR dapat diubah sesuai kebutuhan.

P: Bagaimana mengukur kemajuan program?

SR: Setiap 6 bulan sekali, kita melakukan laporan ke pihak donor namanya PUDR: Progress Update and Disbursement Request. Namun di PR, laporan dibuat tiap kuartal karena Target dilihat per Kuartal, Kita juga punya tools untuk menghitung target, sistem piramida penghitungan suspek. Dari situ akan ketemu jumlah BTA dan kesembuhan yang harus tercapai.

P: Apa terdapat proses membandingkan hasil yang diprediksi dengan aktual?

SR: Iya pasti ada. Kita selalu membandingkan. Kadang-kadang ada yang dibawah target atau di atas target. Perbedaan antara target dan aktual, lebih banyak biasanya over target. Yang under target bedanya hanya 2 angka dibawah target, jadi hanya kurang dari 10%, tidak banyak. Meskipun memasuki fase 2, terdapat kondisi under target untuk indikator tenaga kesehatan yang dilatih. Faktor yang melatarbelakangi adalah keterlambatan pihak donor mengirim dana.

Hasil diatas target, mempengaruhi rating penilaian. PR selalu mendapat rating bagus, A1. Namun, hasil di atas target yang diakui hanya 120% selebihnya tidak akan dianggap pencapaian.

GF memiliki sistem penilaian rating berdasar algoritma. Pada fase 1, sebenarnya karena sistem indikator kumulatif, maka bisa saling menutupi. Misalnya ketika di Semester 2 fase 1 lalu kita berhasil melampaui target, maka semester berikutnya otomatis sudah aman, berbeda dengan fase 2 ini.

P : Apa terdapat proses menganalisis dampak bagi masyarakat dan internal organisasi?

SR : Dampak apa ya? Kalau Dampak program bagi masyarakat melalui survey memang belum pernah, karena biasanya survey sebaiknya dilakukan dalam 3 – 5 tahun karena program belum sampai kurun waktutersebut, maka belum pernah ada survey.

Namunsecara indikator, bisa dilihat yang sembuh sudah berapa orang.

Indikator keberhasilan, bisa dilihat dari perbandingan antara berapa yang sembuh dari jumlah seluruh pasien.

P: Apakah Penugasan staf yang tepat?

SR: Kita punya level PR – SR – SSR/IU. Masalah yang kita hadapi adalah justru SDM, dimana turn over karyawan tinggi, banyak yang lebih memilih berhenti dan menjadi PNS. Kita jadinya harus selalu membuat pelatihan staf untuk staf baru. Lalu masalah lain: kualitas SDM rendah. Divisi ME itu menggunakan banyak sistem pelaporan, baik kegiatan dan data pasien maka memerlukan orang yang teliti, cekatan dan mampu berkoordinasi dengan baik. ME related dengan hal-hal berbau data, jadi perlu mengecek validitas data ke UPK/puskesmas, ke wasor. Jadi perlu orang-orang yang cekatan. Sementara kondisinya saat ini kemampuan masih beragam. Hal ini membawa implikasi terhadap pelaksanaan program. Banyak kegiatan yang terkait indikator, harus divalidasi oleh ME SR.

P: Apakah setiap karyawan memiliki Komitmen ?

SR: Susah ya mengukur komitmen. Karena ada staf yang sudah lama bergabung di program, dan ada yang baru namun tidak bisa terukur.

Program ini hanya selama 5 tahun, jadi banyak staf move on di daerah yang memutuskan

P: Apakah setiap karyawan memiliki Integritas ?

SR: menurut saya kaitannya dengan kompetensi yang harus dimiliki semua staf, jadi tidak hanya staf move on, juga staf finance dan program.

Kalau kaitannya dengan kejujuran, hal ini akan sangat terlihat. Kita akan melakukan pengecekan langsung ke UPK, maka kemungkinan untuk cheating data sangat kecil. Sistem pelaporan data untuk TB ini sudah lebih baik dibanding penyakit lain

PR juga melakukan supervisi rutin ke SR untuk mengecek data. Internal auditor kami, LFA, juga rutin melakukan pengecekan data. Bahkan setiap 6 bulan melakukan OSDV (on side data verification).

Kita sudah mengantisipasi kesalahan data, dengan selalu meminta copy dokumen lain dari pemerintah (puskesmas) yaitu namanya TB 05 dan TB06. Jadi kita saling cross check data.

Ada juga pengawasan dari organisasi.