

LAPORAN

Kajian Kebijakan Pembentukan Badan Layanan Umum Desa (BLU Desa) sebagai Penyedia Layanan Kesehatan Primer untuk Mendukung Eliminasi TB

dan

Pemetaan Situasi dan Assessment Pemangku Kepentingan Dalam Pencegahan dan Pengendalian TB di Tempat Kerja



PATTIRO
SEMARANG

PATTIRO Semarang
Jl. Durian IV No.21, Kel. Lamper Kidul, Kec. Semarang Selatan,
Kota Semarang 50249, Jawa tengah
Email: pattiro.semarang@gmail.com
Website: <https://pattiro-semarang.org>



RINGKASAN EKSEKUTIF

Kegiatan Kajian “Kebijakan Pembentukan Badan Layanan Umum Desa (BLU Desa) sebagai Penyedia Layanan Kesehatan Primer Untuk Mendukung Eliminasi TB” mengalami dilematis dalam penamaan BLU itu sendiri. Istilah BLU Desa dipahami secara bias bahwa ada BLU/BLU Daerah yang dibentuk oleh Pemerintah Desa untuk eliminasi TB. Selama proses penelitian, informan yang merepresentasikan Puskesmas, aktivis pegiat TB dan Desa lebih memahami posisi Puskesmas sebagai ujung tombak penanganan TB dan penyakit lainnya. Puskesmas telah berkedudukan sebagai sistem BLU Daerah untuk melayani warga Desa di area kecamatan, sehingga istilah yang tepat direkomendasikan adalah “BLU Daerah untuk Desa”. Pembentukan BLUD dalam riset singkat ini memberikan perspektif baru bahwa Puskesmas dan Pustu (sebagai bagian integral dari Puskesmas) bertransformasi menjadi BLUD dalam kondisi program Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP). Layanan mereka akan lebih dekat dengan Desa dan berada di teritori Desa. Pola kerja sama Desa antara Pemerintah Desa dan BLUD Puskesmas/Pustu dalam program ILP muncul sebagai salah satu opsi kebijakan dalam peta posisi pembentukan BLUD Puskesmas/Pustu, termasuk tapi tidak terbatas pada kerja sama pemanfaatan aset Desa berupa tanah atau bangunan yang dipergunakan untuk pembentukan Pustu sebagai jejaring BLUD Puskesmas.

Kajian “Pemetaan Situasi Dan Assessment Pemangku Kepentingan dalam Pencegahan dan Pengendalian TB di Tempat Kerja” menghasilkan informasi awal bahwa situasi pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja lebih mudah dilakukan oleh perusahaan transnasional yang terbuka dan fleksibel ketika berjejaring dengan Puskesmas, dinas kesehatan dan dinas ketenagakerjaan. Berbeda halnya dengan situasi penanganan TB di perusahaan padat karya seperti garmen. Potensi penyebaran TB bukan terjadi pada saat bekerja, yang mana pada masa pandemi Covid-19 sudah terlaksana saling jaga jarak dan ventilasi yang cukup, namun terjadi pada saat sesi istirahat makan yang mana buruh berkumpul di titik-titik tertentu dengan perilaku dan sarana yang belum memenuhi prasyarat pencegahan TB. Aktor perusahaan, buruh atau serikat buruh, dinas kesehatan, dinas ketenagakerjaan, organisasi profesi dokter okupasi, dan organisasi pegiat TB masih memerlukan arena publik untuk saling membicarakan terbuka tentang penanganan TB di tempat kerja. Riset ini menghasilkan rekomendasi berupa panduan pelibatan korporasi untuk eliminasi TB di tempat kerja.





Daftar Singkatan

APBDes	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa
APINDO	: Asosiasi Pengusaha Indonesia
BLU	: Badan Layanan Umum
BLUD	: Badan Layanan Umum Daerah
BUM Desa	: Badan Usaha Milik Desa
BPD	: Badan Permusyawaratan Desa
CSO	: Civil Society Organization
Disnaker	: Dinas Tenaga Kerja
DPMPD	: Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintah Desa
ILP	: Integrasi Layanan Primer
K3	: Kesehatan dan Keselamatan Kerja
LKD	: Lembaga Kemasyarakatan Desa
OMS	: Organisasi Masyarakat Sipil
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
TB	: Tuberkulosis
UPTD	: Unit Pelayanan Teknis



Daftar Tabel dan Gambar

Tabel

- Tabel 1. Perbandingan Definisi Yuridis BLU dan BLUD
- Tabel 2. Isu, Tantangan, dan Identifikasi Aktor
- Tabel 3. Pemetaan Aktor
- Tabel 4. Identifikasi Sektor dan Faktor Risiko Potensi
- Tabel 5. Contoh Identifikasi dan tautkan dengan mitra yang relevan

Gambar

- Gambar 1. Kuadran Metafor Aktor
- Gambar 2. Bagan Metafor Aktor
- Gambar 3. Peta analisis Situasi
- Gambar 4. Peta Situasi Relasi antar Unsur dalam penerapan ILP
- Gambar 5. Peta Situasi Relasi antar Unsur dalam penerapan ILP
- Gambar 6. Peluang Penerapan ILP





Daftar Isi

Ringkasan Eksekutif	1
Daftar Singkatan	2
Daftar Tabel dan Gambar	3
A. Pendahuluan	6
1. Latar Belakang	7
2. BLU Desa sebagai Penyedia Layanan Kesehatan Primer untuk Mendukung Eliminasi TB	7
3. Pemetaan Situasi dan Assessment Pelibatan Pemangku Kepentingan dalam Pencegahan dan Pengendalian TB di Tempat Kerja	9
B. Metode Kajian	12
1. Jenis dan Pendekatan Kajian	13
2. Tahap Metode Penelitian	13
a) BLU Desa sebagai Penyedia Layanan Kesehatan Primer untuk Mendukung Eliminasi TB	13
b) Pemetaan Situasi dan Assessment Pelibatan Pemangku Kepentingan dalam Pencegahan dan Pengendalian TB di Tempat Kerja	15
3. Panduan Wawancara	16
a) BLU Desa sebagai Penyedia Layanan Kesehatan Primer untuk Mendukung Eliminasi TB	16
b) Pemetaan Situasi dan Assessment Pelibatan Pemangku Kepentingan dalam Pencegahan dan Pengendalian TB di Tempat Kerja	18
C. Hasil Kajian	20
1. BLU Desa sebagai Penyedia Layanan Kesehatan Primer untuk Mendukung Eliminasi TB	21
a) Sekilas Tentang Analisis Situasi	21
b) Peta Situasi	21
c) Peta Dunia Sosial dan Arena	34
d) Peta Posisi	37
e) Kesimpulan	38
2. Pemetaan Situasi dan Assessment Pelibatan Pemangku Kepentingan dalam Pencegahan dan Pengendalian TB di Tempat Kerja”	38
a) Konteks Global Kebijakan Penanggulangan TB Di Tempat Kerja	39
b) Konteks Nasional Kebijakan Penanggulangan TB Di Tempat Kerja	40
c) Konteks Lokal Kebijakan Penanggulangan TB Di Tempat Kerja	43
d) Isu, Tantangan dan Identifikasi Aktor	43
e) Pemetaan Aktor Kelompok Kepentingan Pencegahan dan Pengendalian TB di Tempat Kerja	52
f) Penilaian Aktor Kelompok Kepentingan Pencegahan dan Pengendalian TB di Tempat Kerja	56
g) Rekomendasi Kebijakan	68
Referensi	70
Lampiran	71
A. Peta Situasi dan Peluang Pengembangan ILP	71
1. Pengantar	71
2. Peta situasi	73
3. Peta dunia sosial dan arena	75
4. Peta Posisi	76
B. Rancangan Panduan Pelibatan Korporasi dalam Eliminasi Tuberkulosis	77
1. Pengantar	77
a) Pergeseran Arena Penanggulangan Tuberkulosis	77
b) Dampak Tuberkulosis kepada Buruh/Pekerja	77

c) Dampak Tuberkulosis terhadap Bisnis	77
d) Kontribusi Kalangan Bisnis	77
e) Kolaborasi dengan Program TB Skala Nasional	78
f) Kerangka Kerja Panduan	78
2. Informasi Dasar	78
3. Posisi Pemerintah	79
4. Peran Perusahaan, Pengusaha, Pengurus/Manajer	79
a) Formulasi Kebijakan di Tempat Kerja	79
b) Menu Pilihan	81
c) Tahap Pelibatan	84





01 **PENDAHULUAN**



Latar Belakang

Upaya peningkatan pelayanan kesehatan dan eliminasi Tuberkulosis (TB) di komunitas telah berkembang ke komunitas yang lebih luas yakni Desa dan perusahaan. Pasca keberlakuan UU No. 6/2014 tentang Desa, Desa dilegitimasi secara sah sebagai organisasi pemerintahan yang bermasyarakat dan organisasi masyarakat yang berpemerintahan. Upaya pelayanan kesehatan dan eliminasi TB berlangsung di Desa melalui program pembangunan Desa (rumah layak huni untuk warga Desa penderita TB) dan pemberdayaan masyarakat Desa (upaya promotif dan preventif TB) yang dibiayai dengan Dana Desa 2024.

Di lain pihak buruh/pekerja menjadi salah satu aktor kunci dalam TB karena mereka memiliki risiko terhadap peningkatan paparan TB di tempat kerja. Regulasi ketenagakerjaan telah mengatur secara sah mengenai peran perusahaan, pengusaha dan pengurus sebagai aktor yang menjamin hak pekerja/buruh terdampak TB.

Riset TB dengan fokus tematik 1) relasi antara Badan Layanan Umum (BLU), BLU Daerah dan Desa serta 2) relasi antara buruh/pekerja dan organisasi tempat kerja, penting dilakukan untuk menguji kesahihan dan keabsahan dari berbagai hukum dan kebijakan. *Pertama*, kesahihan dan keabsahan dari hukum dan kebijakan BLU/BLU Daerah (penyedia layanan kesehatan primer untuk eliminasi TB) dan Desa. *Kedua*, kesahihan dan keabsahan dari hukum dan kebijakan tentang penanganan TB di tempat kerja. Keabsahan/legitimasi hukum dan kebijakan itu diperoleh melalui diskursus pemetaan situasi TB dan penanggulangan TB yang berkaitan dengan Desa dan tempat kerja.



BLU Desa sebagai Penyedia Layanan Kesehatan Primer untuk Mendukung Eliminasi TB

Pandemi COVID-19 telah memberikan pengalaman yang sangat berharga bagi kita semua. Salah satu pelajaran penting yang dapat kita ambil adalah penanganan kesehatan masyarakat harus dimulai dari tingkat kelola yang paling mikro, yaitu dimulai dari keluarga, lingkungan RT/RW, daerah administratif kecamatan, dan Desa.

Dalam menghadapi pandemi COVID-19 kita menyadari bahwa setiap individu, keluarga dan organisasi di Desa telah berperan penting dalam menjaga kesehatan, keselamatan diri sendiri, dan orang lain di sekitarnya. Setiap individu, keluarga serta organisasi pemerintah daerah dan Desa (Pemerintah Desa, BPD, lembaga kemasyarakatan Desa, BUM Desa dan lainnya) telah mengalami transformasi kesadaran dan berkemampuan untuk melakukan tindakan pencegahan dan penanganan COVID-19. Desa sebagai organisasi pemerintahan yang bermasyarakat dan organisasi masyarakat yang berpemerintahan (*self-governing community* dan *local self-government*) terbukti sigap melakukan tindakan pencegahan dan penanganan Covid-19 bersama dengan institusi kesehatan supra-Desa.

Pentingnya peran tingkat kelola yang paling dekat dengan masyarakat ini juga terlihat dari pentingnya peran Puskesmas dalam penanganan COVID-19. Puskesmas merupakan pusat layanan kesehatan yang berada di kecamatan dan memiliki peran penting dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat di wilayah cakupannya. Di lain pihak Desa memiliki peran penting guna mendukung Puskesmas dalam pelayanan kesehatan yang dilandasi kewenangan penugasan atau kewenangan lain yang ditentukan peraturan perundang-undangan dalam menangani upaya kesehatan. Selain karena kurangnya sumber daya yang dimiliki oleh Puskesmas, kendala akses juga menjadi penghambat sehingga layanan kesehatan harus semakin mendekat ke masyarakat melalui layanan kesehatan skala lokal Desa.

Selain fenomena Covid-19 terdapat fenomena penting lainnya yakni penyakit menular Tuberkulosis (TB). Jenis penyakit menular langsung berupa TB menjadi salah satu permasalahan kesehatan masyarakat yang perlu didukung oleh para pihak tak terkecuali Desa. Tuberkulosis atau TB adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri



mycobacterium tuberculosis yang *infectious* dan termasuk *airborne disease* dengan penularan melalui udara saat pasien TB batuk atau bersin.

Jika Desa mengalami transformasi kesadaran untuk memberikan layanan TB pada skala lokal Desa, maka terdapat dua perspektif untuk memastikan implementasi kebijakan eliminasi TB yakni perspektif Sistem kekuasaan negara dan Dunia-Kehidupan Desa.

Pertama, perspektif Sistem kekuasaan negara. Kementerian Kesehatan telah mencanangkan program Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) untuk mendekatkan layanan kesehatan ke skala lokal Desa. Program ini mengalami beberapa kali perbaikan dan perubahan.

Awalnya, Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) Prima menjadi bagian dari program ILP pada 2022. Posyandu Prima merupakan perpanjangan jangkauan Puskesmas yang dilakukan untuk meningkatkan aksesibilitas dan kualitas layanan kesehatan masyarakat di Desa/Dusun. Posyandu Prima merupakan jenis posyandu yang menjadi wadah pemberdayaan masyarakat yang memberikan pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan lainnya sesuai dengan kebutuhan secara terintegrasi di Desa. Posyandu Prima memberikan pelayanan mencakup seluruh siklus hidup mulai dari pra kehamilan, sampai dengan lansia. Ibu hamil, balita dan lansia merupakan kelompok yang memiliki resiko tinggi tertular TB. Di sisi lain, penularan TB di Indonesia sangat tinggi sehingga pemerintah menjadikan pemeriksaan TB sebagai bagian dari Standar Pelayanan Minimal Kesehatan (SPM Kesehatan) yang perlu diintegrasikan dalam layanan Posyandu Prima.

Hampir satu tahun kemudian, istilah dan kelembagaan “Posyandu Prima” tidak lagi disebut sebagai bagian dari program ILP, sebagaimana diatur dalam **Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer**. Dalam perspektif UU No. 6/2014 tentang Desa dan peraturan pelaksanaannya, istilah Posyandu terkategori sebagai salah satu jenis dari Lembaga Kemasyarakatan Desa (selain PKK, Karang Taruna, dan organisasi kemasyarakatan Desa lainnya yang dibentuk sesuai kepentingan dan kewenangan Desa). Posyandu direkognisi menjadi Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu daripada menjadi organisasi Posyandu Prima bentukan pemerintah supra-Desa.

Agenda penguatan struktur dalam ILP secara ringkas mengidealkan posisi Puskesmas, Unit Pelayanan Kesehatan di Desa (Pustu), dan Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu dalam bentangan jejaring. Implementasi kebijakan ILP ini membutuhkan biaya yang cukup besar, apalagi bila difokuskan pada pembentukan Pustu di Desa. Selain manajemen Pustu meningkat menjadi “Pustu Prima”, Puskesmas dan Pustu cenderung tidak bisa lagi bergantung pada APBD. Dalam kondisi pembiayaan yang minim maka kebijakan Badan Layanan Umum (BLU) dan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) relevan dipertimbangkan.

Badan Layanan Umum (BLU) adalah instansi di lingkungan Pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. Pengelolaan BLU diatur dalam PP No. 23/2005 tentang Pengelolaan Keuangan BLU juncto PP No. 74/2012 tentang Perubahan atas PP No. 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan BLU dan aturan pelaksanaan lainnya. Saat ini BLU diketahui ada di tingkat nasional di bawah kementerian dan di tingkat kabupaten terdapat sistem Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang diatur dalam Permendagri No. 79/2018 tentang BLUD.

Berbagai kerangka regulasi tentang BLU, BLUD, Posyandu Prima, perubahan kebijakan ILP dan penanganan TB dianalisis dalam penelitian terapan ini untuk menjawab masalah penelitian yakni bagaimana situasi yang memungkinkan pembentukan BLUD untuk mendekatkan layanan kesehatan di Desa?

Kedua, perspektif Dunia-Kehidupan Desa. Penderita TB pada skala lokal Desa cukup besar bila diandaikan terkait dengan minimnya perilaku hidup sehat dan bersih di Desa. Di lain pihak Desa telah berpengalaman mengelola Dana Desa dalam APB Desa untuk penanganan kesehatan di masa pandemi Covid-19, seperti yang dilakukan oleh BUM Desa di Megamendung, kawasan Puncak Bogor, yang memberikan layanan *swab-test* kepada masyarakat Desa dan

umum. Pemerintah Desa dan masyarakat Desa yang didampingi oleh Dinas Kesehatan dan institusi supra-Desa lainnya telah melakukan tindakan preventif, tindakan isolasi warga yang terpapar Covid-19, distribusi masker dan obat hingga pemakaman korban Covid-19. Pengalaman Desa ini perlu transformasi dalam konteks penanganan TB. Selain itu beberapa Desa di Jawa Tengah telah mendirikan Klinik Pratama Bumdes Sehat Tlogowungu Kabupaten Pati yang diresmikan Gubernur Jateng Ganjar Pranowo pada tahun 2019. Informasi ini masih perlu diteliti aspek kelembagaannya karena informasi awal menyatakan bahwa kelembagaannya berbentuk BUM Desa Bersama atau unit usaha bentukan bersama oleh 159 Desa bernama PT Maju Berdikari Sejahtera Pati.

Di lain pihak Kementerian Desa telah menerbitkan kebijakan normatif Peraturan Menteri Desa No. 7/2023 tentang Rincian Prioritas Penggunaan Dana Desa, yang juga mengatur penggunaan Dana Desa untuk penanggulangan TB:

- a. Pembangunan Desa melalui pembangunan rumah layak huni untuk penderita TB dan penderita penyakit tertentu;
- b. Pemberdayaan Masyarakat Desa melalui upaya promotif dan preventif.

Pemerintah Desa bersama BPD selanjutnya membahas dan memutuskan program pembangunan Desa dan program pemberdayaan masyarakat Desa mengenai penanganan TB, melalui Musyawarah Desa, agar bisa dibiayai APB Desa. Dalam perspektif Berdesa (desanization; tradisi masyarakat yang bernegara, berpemerintahan dan bermasyarakat di Desa) maka prakarsa Desa dan beberapa Desa untuk memberikan layanan kesehatan pada skala lokal Desa dan perdesaan penting untuk dicermati kaitannya dengan ide pembentukan “BLU Desa” di bidang penanggulangan TB.

Urusan pelayanan kesehatan di Desa selalu mengalami tarik menarik pada konteks asas hukum dan kewenangan. Institusi supra Desa cenderung menerbitkan kebijakan dan program kesehatan untuk Desa dengan asas hukum otonomi daerah dan kewenangan sektoralnya. Riset ini setidaknya menjernihkan posisi Desa dan “BLU Desa” melalui pemetaan situasi, bilamana BLU Desa melakukan program penanganan TB yang didasarkan asas otonomi daerah dan desentralisasi, bilamana BLU Desa terhubung dengan program ILP, Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu, dan BUM Desa/BUM Desa Bersama. Diskursus normatif yang penting dipertimbangkan adalah asas hukum rekognisi-subsidiaritas dan kewenangan Desa (kewenangan berbasis hak asal usul, kewenangan lokal skala Desa, kewenangan penugasan dari supra-Desa dan kewenangan lainnya yang bersifat terbuka).

Situasi kebijakan BLU, BLUD, Posyandu, dan penanganan TB yang diutarakan ringkas pada bagian sebelumnya membentuk pertanyaan penelitian yang bersifat pragmatis tentang peta situasi pembentukan BLUD yang mendukung program ILP di Desa.



Pemetaan Situasi dan Assessment Pelibatan Pemangku Kepentingan dalam Pencegahan dan Pengendalian TB di Tempat Kerja

Kasus Tuberkulosis (TB) di Indonesia menduduki peringkat kedua berdasarkan data *Global TB Report*. Pada 2022 temuan kasus TB mencapai angka 724.309 kasus dan menjadi temuan kasus tertinggi di Indonesia. Data Global TB Report juga mencatat bahwa berdasarkan kelompok umur, jumlah penderita TB tertinggi adalah mereka yang terkategori kelompok usia produktif. Kondisi empiris ini tentu saja menjadi ancaman bagi sektor kerja dan bisnis karena berakibat kehilangan banyak sumber daya manusia yang unggul.

Sistem kekuasaan negara merespons fenomena TB di Indonesia melalui aturan hukum Perpres No. 67/2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. Substansi hukum dari Perpres No. 67/2021 a quo turut melegitimasi peran serta komunitas, mitra dan multi-stakeholders dalam aksi eliminasi TB, tak terkecuali peran serta dari aktor Sistem pasar yakni organ bisnis dalam penanganan TB di tempat kerja.



Pemahaman yang sama mengenai penanganan TB di tempat kerja semakin fokus pada hak pekerja. Organ Stop TB Partnership mengkategorikan buruh/pekerja sebagai salah satu dari populasi kunci dalam TB. Kalangan buruh/pekerja berisiko mengalami peningkatan terpapar TB karena kondisi tempat kerja mereka yang tidak layak. Kondisi tempat bekerjanya buruh/pekerja cenderung penuh sesak, kualitas tempat kerjanya tidak memenuhi syarat Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3), dan akses terhadap pelayanan kesehatan yang terbatas. Padahal tempat kerja merupakan lingkungan spesifik dengan populasi yang terkonsentrasi pada tempat dan waktu yang sama, sehingga tempat kerja yang sedemikian kumuh berpotensi tinggi terjadi penularan TB. Di tempat kerja mayoritas buruh/pekerja berada di ruang kerja yang sama kurang lebih selama 8 jam per hari yang mana durasi waktu kerja itu meningkatkan risiko terpaparnya buruh/pekerja TB melalui udara.

Dalam perspektif medis buruh/pekerja yang terdiagnosis TB akan menjadi sumber penularan bagi teman kerjanya. Dalam perspektif hukum kesehatan berbasis hak, buruh/pekerja berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sehingga layanan TB harus bermutu dan berorientasi kepada pasien/buruh/pekerja. Buruh/pekerja yang terdiagnosis TB tanpa penanganan yang tepat akan menurun produktivitasnya sehingga perusahaan pun terdampak kerugian karena kehilangan sumber daya manusia yang unggul. Penemuan kasus TB dan pengobatan sedini mungkin akan memberikan keuntungan bagi buruh/pekerja, perusahaan dan program penanggulangan TB Nasional.

Situasi penanganan TB di tempat kerja menemui berbagai tantangan awal. Organ PR Konsorsium Penabulu-STPI melakukan TB Stigma Assessment 2022 yang menunjukkan bahwa dari 1.280 pasien TB yang menjadi responden terdapat 194 pasien yang melaporkan mengalami stigma dan diskriminasi dengan 90 orang (46%) yang melaporkan stigma dan diskriminasi terjadi di tempat kerja. Situasi serupa juga dilaporkan oleh Perkumpulan Organisasi Pasien TB (POP TB). Organ POP TB mengembangkan *platform* daring www.laporTB.id untuk melaporkan stigma dan diskriminasi yang terkait dengan TB. Substansi laporan itu menyatakan bahwa buruh/pekerja yang terdiagnosis TB mengalami diskriminasi seperti dikeluarkan atau diberhentikan dari tempat kerja dengan alasan produktivitasnya yang menurun. Pasien/buruh/pekerja TB itu juga melaporkan kesulitan untuk mengakses pengobatan TB karena tidak mendapatkan izin dari tempatnya bekerja.

Situasi penanganan TB di tempat kerja selanjutnya dilegitimasi secara legal melalui **Permenaker No. 13/2022 tentang Penanggulangan Tuberkulosis di Tempat Kerja**. Tujuan hukum dari Permenaker ini adalah meningkatkan kesadaran dan tindakan penanggulangan TB di tempat kerja serta memastikan hak-hak kesehatan buruh/pekerja terlindungi. Substansi hukum yang penting untuk dikonfirmasi ke alam kenyataan-sosiologis adalah:

1. *Sosialisasi dan penyebaran informasi TB*. Perusahaan wajib menyediakan informasi tentang TB dan cara penanggulangannya kepada seluruh buruh/pekerja secara berkala.
2. *Penemuan kasus TB*. Perusahaan wajib melakukan pemeriksaan TB terhadap seluruh buruh/pekerja secara berkala dan melaporkannya kepada Dinas Kesehatan.
3. *Penanganan TB di tempat kerja*. Perusahaan wajib memberikan akses dan fasilitas yang memadai bagi buruh/pekerja yang terdiagnosis TB untuk mendapatkan pengobatan dan pemulihan yang tepat.
4. *Dukungan pemulihan*. Perusahaan wajib memberikan dukungan dan fasilitas yang memadai bagi buruh/pekerja yang sedang dalam proses pemulihan dari TB termasuk cuti sakit dan jaminan kesehatan.

Substansi penegakan hukum penanggulangan TB di tempat kerja mengatur tentang sanksi bagi perusahaan yang tidak mematuhi ketentuan dalam Permenaker a quo. Jenis sanksi tersebut meliputi teguran tertulis, pembatasan kegiatan usaha atau pencabutan izin usaha.

Penerapan hukum penanggulangan TB di tempat kerja mustahil dilakukan dengan cara intervensi yudisial melalui berbagai sanksi. Justru aspek transformasi kesadaran di kalangan perusahaan, pengusaha dan pengurus maupun jaringan komunitas TB lebih penting untuk dicermati. Legitimasi aturan Permenaker a quo tidak tertuju pada berapa jumlah sanksi yang telah dikeluarkan namun justru aksi komunikasi antara komunitas, organ perusahaan, serikat buruh/pekerja dan pemerintah/pemerintah daerah.

Penelitian kebijakan ini tertuju pada aspek legitimasi Permenaker pada tempat-tempat kerja tertentu yang diasumsikan rawan penyebaran TB dan aktivitas tindakan komunikatif yang berlangsung di antara aktor penanggulangan TB di tempat kerja. Ini merupakan langkah awal untuk melakukan kajian situasi atau penilaian (*assessment*) atas kondisi dan kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja. Pengumpulan data berlangsung secara sekunder dan primer (wawancara atau diskusi terfokus) di lokasi usaha tersebut. Praktik-praktik yang relevan dengan penanggulangan TB diutamakan sebagai fokus analisis selain terdapat praktik-praktik yang terkendala berbagai faktor dari adaptasi perusahaan terhadap kebijakan Permenaker a quo.

Aktor kebijakan juga dilakukan pemetaan atas perilaku maupun argumen dalam penanganan TB di tempat kerja. Peneliti mengidentifikasi para pihak dan pemangku kepentingan dalam lingkup Sistem (kekuasaan negara dan pasar) yakni Dinas Ketenagakerjaan, Dinas Kesehatan, Puskesmas, kader kesehatan, serta perusahaan, pengusaha dan pengurus/manajer. Peneliti juga mengidentifikasi perilaku dan argumen dari aktor komunitas pejuang TB, aktor gerakan buruh, serikat buruh di tempat kerja, klinik dan/atau dokter perusahaan. Informasi empiris atau eksternal hukum ini penting untuk selanjutnya dianalisis ko-eksistensi dengan analisis yuridis (kaidah perilaku seperti kewajiban, boleh, izin dan dispensasi, kaidah kewenangan institusi, dan meta-kaidah keadilan bagi buruh dan perusahaan dalam Permenaker a quo).

Penelitian kebijakan ini bersifat terbatas (*preliminary study*) dengan tertuju pada pemetaan situasi dan penilaian (*assessment*) terhadap keterlibatan para aktor atau pemangku kepentingan dari kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja. Rekomendasi penelitian adalah model kolaborasi antar multi-stakeholders penanganan TB di tempat kerja yang tersebar di dalam Sistem (kekuasaan negara dan pasar) dan Dunia-Kehidupan masyarakat (organ dan komunitas).

Pertanyaan penelitian bersifat pragmatis yaitu:

- 1). Apakah isu dan tantangan penanggulangan TB di tempat kerja?
- 2). Siapa aktor penanggulangan TB di tempat kerja?
- 3). Bagaimana cara Ornop/OMS masuk ke arena sosial penanggulangan TB di tempat kerja?





02 **METODE KAJIAN**



Jenis dan Pendekatan Kajian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif operasional kebijakan sehingga jenis yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian sosiologi hukum. Karena dalam penelitian ini akan menggambarkan tentang suatu keadaan atau fenomena dari objek penelitian yang diteliti dengan cara mengembangkan konsep serta menghimpun kenyataan yang ada di lapangan dalam mengimplementasikan aturan yang sudah ada. Meski demikian dalam penelitian ini juga akan disajikan rekomendasi terhadap implementasi hukum yang dapat dipakai dalam mengembangkan inovasi terhadap Pembentukan Badan Layanan Umum Desa (BLU Desa) serta Pencegahan dan Pengendalian TB Di Tempat Kerja.

Pendekatan yang akan dilakukan dalam kajian ini adalah *Desk Review* (Kajian Literatur) dan Kajian Lapangan. Desk review akan dilakukan terhadap berbagai kebijakan yang berkaitan dengan Pembentukan Badan Layanan Umum Desa (BLU Desa) serta Pencegahan Dan Pengendalian TB Di Tempat Kerja. Desk Review Kebijakan atau analisis kebijakan atau review literatur kebijakan merupakan langkah penting dalam kajian ini. Terdapat beberapa alasan terkait dengan pentingnya *desk review* kebijakan:

1. Memahami Konteks Kebijakan. *Desk review* kebijakan membantu peneliti untuk memahami konteks dan latar belakang kebijakan yang berkaitan dengan obyek kajian.
2. Mengidentifikasi Isu dan Tantangan. Dengan meninjau kebijakan yang telah ada, peneliti dapat mengidentifikasi isu-isu dan tantangan yang telah dihadapi kebijakan sebelumnya. Ini membantu dalam merancang solusi yang lebih efektif.
3. Menilai implementasi Kebijakan. Penilaian implementasi kebijakan melalui *desk review* akan membantu dalam menilai sejauh mana kebijakan telah dilaksanakan atau mengidentifikasi aspek-aspek yang perlu diperbaiki.
4. Memastikan Konsistensi dan Kesesuaian. Meninjau kebijakan yang sudah ada dapat membantu peneliti untuk melihat konsistensi dan kesesuaian kebijakan sudah ada dengan kerangka hukum, norma, dan nilai-nilai masyarakat.
5. Memahami Dampak Sosial dan Ekonomi. *Desk Review* kebijakan dapat membantu peneliti untuk memahami dampak sosial, ekonomi, dan lingkungan dari kebijakan yang berkaitan.
6. Mengidentifikasi Rekomendasi Revisi Kebijakan. Melalui *desk review*, peneliti dapat mengidentifikasi peluang perbaikan atau pembaruan kebijakan yang dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi dari pelaksanaan kebijakan.

Desk review kebijakan memberikan dasar yang kuat untuk kajian kebijakan yang berbasis bukti, membantu meminimalkan risiko kesalahan dan meningkatkan peluang kesuksesan kebijakan. Ini juga menciptakan dasar pengetahuan yang diperlukan untuk mendukung dialog yang konstruktif dengan pemangku kepentingan dan masyarakat umum.

Kajian lapangan adalah kajian yang dilaksanakan dengan cara melakukan wawancara terhadap BLU Daerah dan Badan Usaha Milik Desa yang mempunyai jenis usaha klinik kesehatan (Desa Megamendung Kabupaten Bogor dan Desa Tlogowungu Kabupaten Pati), serta perusahaan yang pernah menangani buruh/pekerja dengan TB di Sukabumi dan Semarang.



Jenis dan Pendekatan Kajian

a. BLU Desa sebagai Penyedia Layanan Kesehatan Primer untuk Mendukung Eliminasi TB

1. Pengumpulan Data Sekunder
Tim peneliti mengumpulkan data sekunder berupa data aturan hukum dan kebijakan yang mengatur tentang:
 - a. Institusi BLU dan BLU Daerah,



- b. Integrasi pelayanan kesehatan primer,
 - c. Penggunaan Dana Desa untuk penanggulangan TB
 - d. Jenis usaha atau pembentukan Unit Usaha (berbentuk PT) yang dilakukan oleh BUM Desa dan BUM Desa Bersama yang beraktivitas memberikan layanan kesehatan.
2. Analisis Data Sekunder
 - a. Analisis sosial-hukum tentang kemungkinan adaptasi kebijakan BLUD sebagai penyedia layanan kesehatan primer di Desa,
 - b. Analisis yuridis tentang kewenangan berdasarkan hak asal usul, kewenangan lokal berskala Desa, kewenangan penugasan dan kewenangan lain yang ditentukan oleh aturan perundang-undangan yang dihubungkan dengan BLUD penyedia layanan kesehatan primer di Desa.
 3. Wawancara/Kunjungan Lapangan/Diskusi
 - a. BUM Desa di Megamendung Bogor yang mempunyai usaha klinik kesehatan.
Alasan melakukan wawancara dengan BUM Desa:
 - 1) BUM Desa pada skala lokal Desa secara normatif merupakan institusi berbadan hukum yang berpotensi untuk melakukan jenis usaha klinik kesehatan namun masih minim dijumpai BUM Desa yang mampu melakukan usaha klinik kesehatan sehingga penting untuk memperdalam informasi awal tentang BUM Desa yang mampu menjalankan usaha klinik kesehatan dan pengembangan usahanya untuk melakukan penanganan TB;
 - 2) BUM Desa secara normatif berpeluang melakukan kerja sama usaha dengan institusi lain di bidang kesehatan, termasuk tapi tidak terbatas dengan BLU/BLU Daerah yang akan bergerak pada jenis usaha kesehatan di skala lokal Desa dan/atau kawasan perdesaan, sehingga penting untuk memperdalam peluang kerja sama usaha di bidang penanganan TB.
 - b. Klinik Pratama BUM Desa Bersama “Sehat Tlogowungu Pati”
Alasan melakukan wawancara dengan BUM Desa Bersama atau BUM Desa yang dibentuk oleh beberapa Desa:
 - 1) BUM Desa Bersama (BUM Desma) pada konteks kerja sama antar Desa secara normatif berpeluang melakukan kerja sama di bidang usaha klinik kesehatan namun penting untuk diperdalam cara beberapa Desa itu mengurus perizinan, permodalan, dan pembagian keuntungan di antara pemegang modal dari Desa-desa;
 - 2) BUM Desa Bersama (BUM Desma) secara normatif berpeluang melakukan kerja sama usaha dengan BLU/BLU Daerah yang akan bergerak pada jenis usaha di skala lokal Desa dan/atau kawasan perdesaan, sehingga penting untuk diperdalam prasyarat untuk kerja sama antara BUM Desma dan BLU/BLU Daerah yang akan bergerak di lokasi kawasan perdesaan;
 - c. Institusi pemerintah, pemerintah daerah, atau Desa dengan rincian sebagai berikut:
 - 1) Pemerintah Daerah Bogor (Jawa Barat) dan Pati (Jawa Tengah):
 - a) Representasi dari Dinas Kesehatan,
 - b) Organisasi perangkat daerah yang berwenang menangani BLU Daerah, dan/atau
 - c) Dinas Pemberdayaan Masyarakat Desa
 - 2) Pengurus BUM Desa di Bogor (Jawa Barat) dan Pati (Jawa Tengah):
 - a) BUM Desa Megamendung Bogor; dan/atau
 - b) BUM Desa Bersama “Sehat Tlogowungu Pati”.
 4. Analisis Kebijakan dan Hukum yang menyajikan gambaran kondisi sosial pembentukan BLUD penyedia layanan kesehatan primer yang bekerjasama dengan Desa.
 5. Penyusunan Laporan Penelitian.

a. Pemetaan Situasi dan Assessment Pelibatan Pemangku Kepentingan dalam Pencegahan dan Pengendalian TB di Tempat Kerja

1. Pengumpulan Data Sekunder

Tim peneliti mengumpulkan data sekunder berupa data aturan hukum dan kebijakan yang mengatur dan mengurus penanganan TB di tempat kerja, khususnya aturan hukum dan kebijakan yang berkaitan dengan Permenaker No. 13/2022 tentang Penanggulangan TB di Tempat Kerja.

2. Analisis Data Sekunder

- a. Analisis teks-normatif tentang subjek hukum dalam Permenaker No. 13/2022 tentang Penanggulangan TB di Tempat Kerja,
- b. Analisa teks-normatif tentang perilaku hukum yang diwajibkan dalam Permenaker No. 13/2022 tentang Penanggulangan TB di Tempat Kerja, termasuk tapi tidak terbatas pada:
 - 1) Penyusunan kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja;
 - 2) Sosialisasi, penyebaran informasi dan edukasi TB di tempat kerja;
 - 3) Penemuan kasus TB;
 - 4) Penanganan kasus TB; dan
 - 5) Pemulihan kesehatan.

3. Wawancara/Kunjungan Lapangan

Pada tahap ini peneliti melakukan wawancara dan pengumpulan data tertulis di lokasi penelitian yaitu Sukabumi Jawa Barat dan Semarang Jawa Tengah, terhadap:

- a. Perusahaan yang pernah menangani buruh/pekerja dengan TB,
- b. Asosiasi pengusaha atau pengusaha,
- c. Instansi dinas kesehatan, Puskesmas, bidan,
- d. Instansi dinas ketenagakerjaan,
- e. Serikat buruh,
- f. Ornop/OMS penanggulangan TB.

Data yang dikumpulkan antara lain berkaitan dengan:

- a. Penyusunan kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja;
- b. Sosialisasi, penyebaran informasi, dan edukasi TB di tempat kerja;
- c. Penemuan kasus TB di tempat kerja;
- d. Penanganan kasus TB di tempat kerja;
- e. Pemulihan kesehatan di tempat kerja;
- f. Pengawasan penanggulangan TB di tempat kerja.

4. Analisis Kebijakan dan Hukum

- a. Analisis sosial-hukum untuk mengidentifikasi peran para pihak dan pemangku dalam kaitannya dengan upaya eliminasi TB.

Peneliti mengidentifikasi isu, tantangan dan aktor eliminasi TB di tempat kerja dengan mempergunakan kategori yang diperoleh dari substansi hukum Permenaker No. 13/2022 tentang Penanggulangan TB di Tempat Kerja:

- 1) Penyusunan kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja;
 - 2) Sosialisasi, penyebaran informasi, dan edukasi TB di tempat kerja;
 - 3) Penemuan kasus TB di tempat kerja;
 - 4) Penanganan kasus TB di tempat kerja;
 - 5) Pemulihan kesehatan di tempat kerja;
 - 6) Pengawasan penanggulangan TB di tempat kerja.
- b. Pemetaan aktor kelompok kepentingan pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja dengan mempergunakan metafora:
 - 1) **Sutradara** yaitu aktor yang memiliki kekuasaan dan kepentingan yang tinggi terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.



- 2) **Pemilik dan penata panggung** yaitu aktor yang memiliki kekuasaan tinggi namun kurang berkepentingan terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.
 - 3) **Penonton** yaitu aktor yang kurang memiliki kekuasaan dan kepentingan terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.
 - 4) **Pemain panggung** yaitu aktor yang memiliki kekuasaan rendah dan kepentingan yang tinggi terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.
- c. Penilaian aktor kelompok kepentingan pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja untuk menjawab pertanyaan penelitian: bagaimana cara Ornop/OMS masuk ke arena sosial penanggulangan TB di tempat kerja?
 - d. Rekomendasi kebijakan dalam konteks kebijakan sosial yakni cara Ornop/OMS masuk ke arena sosial pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja, serta menyusun pokok-pokok pikiran praktis tentang panduan pelibatan korporasi dalam upaya eliminasi TB.
5. Penyusunan Laporan Penelitian.



Panduan Wawancara

a. BLU Desa sebagai Penyedia Layanan Kesehatan Primer untuk Mendukung Eliminasi TB

Panduan wawancara ini dipergunakan oleh peneliti untuk memperoleh informasi dan perspektif dari informan kunci (Desa, Dinas Kesehatan, Puskesmas, Organ Komunitas/Aktivis Penanganan TB, BUM Desa, dan/atau BUM Desa Bersama). Referensi hukum normatif yang memandu selama proses wawancara adalah **PP No. 74/2012 tentang Perubahan atas PP No. 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan Permendagri No. 79/2018 tentang BLUD**.

1. Kementerian Kesehatan telah mencanangkan pembangunan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) Prima di Desa/Dusun.
 - a. Apakah ada kebijakan dari daerah mengenai Posyandu Prima di Desa/Dusun itu?
 - b. Bagaimana pelaksanaan kebijakan Posyandu Prima saat ini?
2. Posyandu Prima merupakan perpanjangan dari Puskesmas yang dilakukan untuk meningkatkan aksesibilitas dan kualitas layanan kesehatan masyarakat di Desa/Dusun.
 - a. Apakah bentuk kegiatan dari Puskesmas selama ini berkaitan dengan Posyandu Prima di Desa/Dusun (agar layanan kesehatan mudah dijangkau oleh masyarakat Desa/dusun)?
 - b. Bagaimana kualitas layanan yang dilakukan oleh Puskesmas terhubung dengan layanan kesehatan yang dilakukan oleh Posyandu Desa/dusun?
3. Posyandu Prima merupakan jenis Posyandu yang menjadi wadah pemberdayaan masyarakat yang memberikan pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan lainnya sesuai dengan kebutuhan secara terintegrasi di Desa.
 - a. Apakah Posyandu Prima merupakan lembaga yang dibentuk oleh Dinas Kesehatan?
 - b. Apakah pernah terdapat usulan agar Posyandu Prima di Desa menjadi Lembaga Kemasyarakatan Desa sesuai UU No. 6/2014 tentang Desa?
 - c. Bagaimana bentuk penyatuan/integrasi pelayanan kesehatan antara Dinas Kesehatan, Puskesmas dan Posyandu di Desa terkait dengan Posyandu Prima?
4. Posyandu Prima memberikan pelayanan mencakup seluruh siklus hidup mulai dari pra kehamilan, sampai dengan lansia. Ibu hamil, balita dan lansia merupakan kelompok yang memiliki resiko tinggi tertular Tuberkulosis (TB).
 - a. Bagaimana situasi TB berkaitan dengan ibu hamil, balita dan lansia di Desa/dusun?

- b. Apakah Posyandu Prima pernah melayani ibu hamil, balita dan lansia dengan TB hingga menjangkau Desa/dusun? (Beri contoh di Desa/dusun tertentu)
 - c. Bagaimana hubungan kerja pelayanan antara Puskesmas, Posyandu Prima dan Posyandu Desa/dusun terhadap ibu hamil, balita dan lansia dengan TB?
 - d. Apakah pemeriksaan TB telah menjadi bagian dari Standar Pelayanan Minimal Kesehatan (SPM Kesehatan) dalam layanan Puskesmas, Posyandu, Posyandu Prima, Posyandu Desa/dusun? Apakah diatur di dalam aturan hukum/kebijakan? Bagaimana praktiknya.
5. Posyandu Prima berhubungan dengan pembiayaan. Salah satu alternatif pembiayaan adalah pembentukan Badan Layanan Umum (BLU) dari Pusat [**PP No. 74/2012 tentang Perubahan atas PP No. 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum**] atau **Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) [Permendagri No. 79/2018 tentang BLUD.]**.
- a. Apakah selama ini sudah dibentuk BLU yang khusus menangani TB?
 - b. Apakah perlu Posyandu Prima dibentuk menjadi BLU yang khusus menangani TB (berkaitan dengan ibu hamil, balita dan lansia)? Bagaimana proses pembentukan BLU yang tepat menurut Anda? Bagaimana aspek pembiayaannya yang tepat?
 - c. Apakah perlu Posyandu Prima dibentuk menjadi BLU Daerah (BLUD) daripada dibentuk dari pusat? Bagaimana proses pembentukan BLU Daerah itu yang tepat menurut Anda? Bagaimana aspek pembiayaannya yang tepat?
 - d. Di Pusat terdapat aturan tentang BLU, di daerah terdapat aturan tentang BLUD: bagaimana jika Posyandu di Desa/dusun menjadi “BLU Desa” yang dibentuk oleh pemerintahan daerah? Menurut Anda, apakah sumber dana yang tepat untuk pembentukannya?
 - e. Di Desa terdapat BUM Desa yang berpotensi menjalankan usaha klinik kesehatan.
 - 1) Bagaimana proses awal mula berdirinya klinik kesehatan yang dikelola oleh BUM Desa?
 - 2) Apakah selama ini BUM Desa pernah menjalankan pelayanan kesehatan seperti Posyandu Prima itu?
 - 3) Bagaimana jika BUM Desa melayani ibu hamil, balita dan lansia dengan TB?
 - 4) Bagaimana modal BUM Desa cukup dipergunakan untuk Posyandu Prima yang melayani warga Desa dengan TB?
 - f. Kebijakan UU Desa, PP BUM Desa dan peraturan pelaksanaannya, telah membuka peluang kerja sama usaha antar Desa melalui BUM Desa Bersama.
 - 1) Bagaimana jika BUM Desa Bersama mendirikan klinik kesehatan?
 - 2) Apabila BUM Desa Bersama telah mempunyai klinik kesehatan, bagaimana proses pendirian klinik kesehatan itu?
 - 3) Bagaimana pula jika BUM Desa Bersama menambah layanan untuk warga Desa dengan TB?
6. Kementerian Desa telah menerbitkan kebijakan tentang prioritas penggunaan Dana Desa 2024 untuk penanggulangan TB yakni: (a) Pembangunan Desa melalui **pembangunan rumah layak huni** untuk penderita TB dan penderita penyakit tertentu; (b) Pemberdayaan Masyarakat Desa melalui **upaya promotif dan preventif**.
- a. Apakah Pemerintah Desa bersama BPD telah membahas dan memutuskan program pembangunan Desa dan program pemberdayaan masyarakat Desa mengenai penanganan TB itu, melalui Musyawarah Desa? Apakah Dana Desa dalam APB Desa 2024 sudah dialokasikan untuk penanggulan TB?
 - b. Berapa biaya yang dianggarkan untuk pembangunan rumah layak huni itu dan upaya promotif/preventif di Desa/dusun?
 - c. Apakah bentuk kegiatan inovatif di Desa berkaitan dengan penggunaan Dana Desa untuk penanggulangan TB?
 - d. Bagaimana keterlibatan kader kesehatan melakukan upaya promotif dan preventif TB di Desa/dusun? Apakah Dana Desa sudah direncanakan untuk kegiatan itu dengan melibatkan kader kesehatan?
 - e. Bagaimana jika layanan Posyandu Prima berubah menjadi salah satu jenis lembaga kemasyarakatan Desa yang aktif melakukan penanggulangan TB di Desa/dusun dengan menggunakan Dana Desa itu?
 - f. Berdasar pengalaman selama ini, bagaimana jika pemerintah daerah mengubah layanan Posyandu Prima di Desa menjadi BLU/BLU Daerah dan bekerjasama dengan Desa?



b. Pemetaan Situasi dan Assessment Pelibatan Pemangku Kepentingan dalam Pencegahan dan Pengendalian TB di Tempat Kerja

Situasi penanganan TB di tempat kerja telah dilegitimasi secara legal melalui Permenaker No. 13/2022 tentang Penanggulangan Tuberkulosis di Tempat Kerja. Tujuan hukum dari Permenaker ini adalah meningkatkan kesadaran dan tindakan penanggulangan TB di tempat kerja serta memastikan hak-hak kesehatan buruh/pekerja terlindungi. Panduan wawancara ini dipergunakan oleh peneliti untuk memperoleh informasi dari informan kunci (Perusahaan padat karya, Asosiasi Pengusaha, Organ Komunitas/Aktivistis Penanganan TB, Dinas Kesehatan, dan/atau Dinas Ketenagakerjaan) perihal aktor, situasi, pemetaan situasi dan aktor, serta penilaian situasi dan aktor penanggulangan TB di tempat kerja.

1. Perihal situasi penanganan TB secara umum di perusahaan.
 - a. Apakah terdapat pekerja dengan TB di perusahaan?
 - 1) Berapa jumlahnya?
 - 2) Apakah faktor penyebabnya?
 - b. Apakah tersedia tempat pelayanan dan obat penanggulangan TB di perusahaan?
 - 1) Berapa jumlahnya?
 - 2) Apakah cukup memenuhi kebutuhan pekerja? Bila tidak tersedia, apakah penyebabnya?
 - 3) Apakah usulan dari tenaga kesehatan di perusahaan bilamana barang dan layanan TB itu tidak cukup tersedia.
2. Perihal aturan tertulis di perusahaan yang menjamin ketersediaan jenis fasilitas, barang dan layanan untuk penanggulangan TB di tempat kerja.
 - a. Apakah perusahaan pernah menerbitkan aturan tertulis untuk mempromosikan ketersediaan fasilitas kesehatan, barang, dan layanan untuk pekerja dengan TB?
 - b. Apakah ada aturan tertulis mengenai jenis fasilitas layanan TB? Apa bentuknya? Siapa yang menyusun dan mengesahkan?
 - c. Bilamana tidak ada aturan tertulis sebagaimana diatur dalam Permenaker a quo, apakah tindakan perusahaan untuk mengadaptasi kebijakan pemerintah pusat itu?
3. Bagaimana pendapat Dinas Kesehatan, Dinas Ketenagakerjaan dan Perusahaan mengenai perlunya kebijakan pimpinan perusahaan secara tertulis yang mengatur tentang:
 - a. Komitmen dalam melakukan penanggulangan TB di tempat kerja?
 - b. Program kerja penanggulangan TB di tempat kerja?
 - c. Penghapusan stigma dan diskriminasi pada pekerja yang menderita TB?
4. Bagaimana pendapat Dinas Kesehatan, Dinas Ketenagakerjaan dan Perusahaan mengenai tindakan sosialisasi, penyebaran informasi dan edukasi kepada seluruh pekerja tentang:
 - a. Kebijakan penanggulangan TB di masing-masing perusahaan?
 - b. Perilaku hidup bersih dan sehat?
 - c. Perilaku etiket batuk?
 - d. Peningkatan daya tahan tubuh melalui perbaikan gizi kerja dan peningkatan kebugaran?
 - e. Edukasi dampak penyakit penyerta terhadap perburukan TB?
 - f. Pemeliharaan dan perbaikan kualitas tempat kerja?
5. Bagaimana pendapat Dinas Kesehatan, Dinas Ketenagakerjaan dan Perusahaan mengenai penemuan kasus TB yang dilakukan melalui:
 - a. Pemeriksaan awal kesehatan awal dan berkala bagi pekerja?
 - b. Pemeriksaan kesehatan khusus terhadap pekerja yang termasuk kelompok berisiko seperti:
 - 1) Pekerja dengan penyakit penyerta (DM, HIV/AIDS, gangguan fungsi hati/ginjal, pengobatan autoimun, penderita kanker dan lainnya)?
 - 2) Pekerja yang terpajan faktor bahaya di lingkungan kerja seperti pajanan silika?

- 3) Pekerja yang tertular karena pekerjaannya seperti dokter atau perawat yang menangani pasien TB atau analisis laboratorium yang mengumpulkan sampel dahak, serta investasi dan pemeriksaan kasus kontak erat di tempat kerja?
 - c. Penemuan kasus TB yang dilakukan dengan kerja sama antara perusahaan dan fasilitas layanan kesehatan atau dilakukan sendiri oleh dokter perusahaan?
 - d. Pekerja yang terdiagnosis TB atau mengetahui ada suspek penderita TB di tempat kerja wajib diatur dalam kebijakan tertulis agar melaporkan temuan itu kepada manajemen perusahaan?
 - e. Penanganan kasus TB mewajibkan pengusaha dan pengurus untuk memastikan pekerja mendapatkan pengobatan sesuai dengan pedoman penanggulangan TB Nasional?
 - f. Pengusaha dan pengurus memberikan istirahat sakit kepada pekerja paling sedikit dua minggu pada tahap awal pengobatan dan/atau sesuai rekomendasi dokter perusahaan atau dokter yang merawat?
 - g. Pemberian istirahat sakit tidak perlu menunggu Surat Keterangan Dokter dari dokter?
 - h. Pengusaha dan pengurus melakukan pemantauan kepatuhan minum obat, kemajuan pengobatan dan hasil pengobatan?
 - i. Pemulihan kesehatan dilakukan dengan menggalang dukungan dari manajemen perusahaan untuk upaya rehabilitasi yang dibutuhkan pekerja setelah penanganan penyakit TB, sedangkan pekerja yang menderita TB diupayakan kembali bekerja sesuai dengan penilaian kelaikan kerja secara berkala?

6. Perihal hubungan antara pemerintah daerah dan perusahaan.
 - a. Apakah selama ini terdapat aturan tertulis atau kebijakan berbentuk surat kepada perusahaan agar terdapat fasilitas penanganan TB di perusahaan?
 - b. Apakah pengawas dari unsur dinas kesehatan telah mengawasi ketersediaan fasilitas penanganan TB di perusahaan?

7. Perihal penilaian kelaikan kerja, kembali bekerja dan status kelaikan kerja.
 - a. Bagaimana jika di perusahaan dilakukan penilaian kelaikan kerja? (*Untuk memastikan secara medis pekerja dapat melakukan tugas pekerjaannya secara efektif, tanpa menimbulkan risiko bagi diri sendiri, pekerja lain dan lingkungan kerja*)
 - b. Bagaimana jika di perusahaan dilakukan penilaian kembali kerja? (*Pekerja yang sembuh tidak selalu berarti pulih seperti semula dan kembali bekerja. Perusahaan memfasilitasi penilaian kondisi kesehatan, kecacatan organ paru, tuntutan pekerjaan dan risiko bagi pekerja tersebut*)
 - c. Bagaimana jika di perusahaan terdapat kebijakan status kelaikan kerja? (*Perusahaan menciptakan kebijakan untuk membuat status laik kerja, laik kerja dengan catatan, tidak laik kerja sementara, tidak laik kerja untuk pekerjaan semula dan tidak laik kerja untuk semua pekerjaan. Kebijakan perusahaan bisa pula mencantumkan rujukan kepada Sp. Ok bila terdapat keraguan dalam melakukan penilaian kelaikan kerja dan kembali bekerja*)

8. Perihal tahap pelaksanaan kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.
 - a. Bagaimana jika terdapat sistem pencatatan atas seluruh kegiatan pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja dengan mempergunakan pencatatan dan pelaporan Fasyankes?
 - b. Bagaimana jika terdapat sistem pelaporan bahwa perusahaan wajib melaporkan kasus TB yang ditemukan dan/atau diobati sesuai dengan format pencatatan dan pelaporan, notifikasi pasien di FKTP dan FKRTL, dan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan K3/K3RS (termasuk TB)?
 - c. Bagaimana jika di perusahaan terdapat sistem pelaporan Penyakit Akibat Kerja (PAK) TB yang melibatkan Dinas Ketenagakerjaan, Dinas Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan, PT Taspen, PT ASABRI dan lainnya?
 - d. Bagaimana jika terdapat sistem pemantauan dan evaluasi terhadap keberhasilan pelaksanaan program penanggulangan TB di tempat kerja berdasarkan indikator penemuan (kasus) dan indikator pengobatan TB?





03 **HASIL KAJIAN**



BLU Desa sebagai Penyedia Layanan Kesehatan Primer untuk Mendukung Eliminasi TB

a. Sekilas Tentang Analisis Situasi

BLU Desa sebagai penyedia layanan kesehatan primer untuk mendukung eliminasi TB dibahas dalam kerangka analisis situasi. Situasi merupakan konsep yang peka. Konsep situasi dipahami sebagai keseluruhan kontekstual yang mana seseorang, objek atau peristiwa berada. Situasi dapat pula disebut gambaran besar yang mencakup elemen manusia, non-manusia dan praktik diskursif (praktik-praktik lokal yang membentuk pengetahuan). Peristiwa implementasi kebijakan, simbol-simbol, dan kerangka waktu, bisa pula dikategorikan sebagai situasi. Penelitian singkat ini setidaknya menghasilkan pemahaman tentang entitas BLU, BLU Daerah (BLUD), dan Desa yang muncul dan saling terikat secara longgar dalam segala program/kegiatan eliminasi TB.

Analisis situasi diawali dengan uraian fenomena sosial dengan gambaran besar. Gambaran besar itu adalah Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (selanjutnya disebut ILP) yang di dalamnya mendukung eliminasi penyakit menular seperti TB.

Terdapat tiga pemetaan yang disampaikan dalam bagian hasil kajian sebagai berikut:

1. Peta situasi. Peta yang menggambarkan unsur-unsur utama manusia, non-manusia, diskursif dan lainnya, yang diperoleh dari situasi penelitian dan membangun analisis hubungan di antara manusia, non-manusia dan praktik diskursif. Peta situasi ILP, BLUD dan Desa diuraikan pada bagian ini;
2. Peta dunia sosial dan arena. Dunia sosial adalah entitas kolektif dengan perspektif atau identitas bersama yang berkomitmen untuk tindakan kolektif. Arena terdiri dari beberapa dunia sosial yang semuanya berkomitmen untuk isu-isu tertentu. Peta dunia sosial dan arena menggambarkan kondisi-kondisi kemungkinan pembentukan “BLUD sebagai penyedia layanan kesehatan primer untuk mendukung eliminasi TB di Desa”;
3. Peta posisi. Peta yang menggambarkan diskursus yang ditemukan dalam peta dunia sosial dan arena, terlepas dari posisi aktor yang saling bertentangan atau bekerjasama. Bagian ini menguraikan posisi yang diambil BLUD Puskesmas/Pustu dan Desa dalam memberikan layanan kesehatan primer untuk mendukung eliminasi TB di Desa.

b. Peta Situasi

Fokus analisis dalam peta situasi adalah menggambarkan situasi secara luas. Tujuan analisis adalah meletakkan elemen-elemen dan merinci hubungan di antara elemen secara deskriptif. Masing-masing elemen berikut ini menggambarkan relasi antara diskursus penanggulangan TB secara nasional, diskursus ILP, diskursus BLU/BLUD, praktik diskursif (praktik-praktik lokal yang membentuk pengetahuan), manusia, non-manusia, dan elemen lain yang ditemukan dalam situasi empiris penelitian.

1. Elemen Peta Jalan Eliminasi TB

Diskursus BLU/BLUD sebagai penyedia layanan kesehatan primer untuk mendukung eliminasi TB berhubungan dengan Peta Jalan Eliminasi TB. Kementerian Kesehatan telah menyusun Peta Jalan Eliminasi TB sesuai dengan target global pada 2030, insidensi turun 80% menjadi 65 per 100.000 penduduk. Upaya yang telah dilakukan antara lain adalah meningkatkan cakupan penemuan dan pengobatan TB ≥ 90 , angka keberhasilan pengobatan TB $\geq 90\%$ serta Terapi Pencegahan TB (TPT) $\geq 80\%$.

Upaya menuju eliminasi TB tersebut telah dirumuskan pula strateginya dalam dokumen teknokratik RPJMN 2020-2024, Strategi Nasional Penanggulangan TB 2020-2024 dan Rencana Interim 2025-2026, sebagai berikut:

- a. Penguatan komitmen dan kepemimpinan pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota untuk mendukung percepatan eliminasi TB 2030;
- b. Peningkatan akses terhadap layanan TB bermutu dan berpihak pada pasien;



- c. Optimalisasi upaya promosi dan pencegahan, pemberian pengobatan pencegahan TB, serta pengendalian infeksi;
- d. Pemanfaatan hasil riset dan teknologi skrining, diagnosis, dan tatalaksana TB;
- e. Peningkatan peran serta komunitas, mitra, dan multisektor lainnya dalam eliminasi TB;
- f. Penguatan manajemen program melalui penguatan sistem kesehatan.

Diskursus praktis “*peningkatan akses terhadap layanan TB bermutu dan berpihak pada pasien*” ditunjukkan dengan keberadaan Puskesmas. Laporan penanggulangan TB 2022 (...) menyatakan bahwa Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan terbesar (10.293) dan 95% dari Puskesmas sudah melaporkan kasus ke Sistem Informasi TB. Rata-rata persentase Puskesmas di semua provinsi yang sudah melaporkan kasusnya sudah mencapai lebih dari 80%, kecuali provinsi Kalimantan Utara, Papua Barat dan Papua.

Per Januari 2023, Indonesia memiliki 10.435 Puskesmas yang didukung oleh 533.138 tenaga kesehatan yang terdiri dari paling banyak bidan sebesar 41,7% dan terdapat 9,6% dari total jumlah Puskesmas yang menghadapi kekurangan dokter.¹ Setiap Puskesmas harus merawat kurang lebih 26.707 orang dan setiap 10.000 orang hanya dilayani oleh 19 tenaga kesehatan yang tidak merata, di bawah standar rasio WHO: 23 tenaga kesehatan untuk setiap 10.000 orang.² Situasi Puskesmas sebagai ujung tombak masih dibayangi kekurangan tenaga kesehatan untuk melayani masyarakat Desa di wilayah kecamatan.

2. Elemen Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) di Puskesmas

Pemerintah supra-Desa melakukan intervensi regulatif untuk mengatasi keterbatasan Puskesmas ketika melayani masyarakat di Desa melalui program Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP). Pelaksanaan ILP secara nasional dilakukan secara koordinatif antara Kementerian Kesehatan, Kementerian Desa PDTT, dan Kementerian Dalam Negeri. Program ILP dilegitimasi secara yuridis melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer.

Pelayanan kesehatan primer merupakan salah satu pilar transformasi kesehatan yang difokuskan pada pemenuhan kebutuhan kesehatan berdasarkan siklus hidup yang mudah diakses dan terjangkau sampai pada tingkat masyarakat, keluarga dan individu. Penerapan pelayanan kesehatan primer diselenggarakan secara terintegrasi di Puskesmas, jejaring, dan jaringan pelayanan kesehatan primer, untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan pada setiap fase kehidupan. Dengan demikian program ILP bertujuan untuk menyatukan jaringan pelayanan kesehatan primer yang membentang dari pusat ke pinggiran (dusun, Desa, dan kecamatan). Inti gagasan ILP secara praktis adalah pengembangan layanan Puskesmas Pembantu (Pustu) di Desa sebagai bagian integral dari Puskesmas.

Cara kerja ILP di Puskesmas dilakukan melalui tindakan koordinasi pelayanan kesehatan primer berdasarkan siklus hidup dan tidak lagi berbasis program. Kepala Puskesmas menetapkan pembagian seluruh petugas Puskesmas ke dalam klaster-klaster dan menetapkan struktur organisasi Puskesmas berdasarkan pembagian klaster berikut ini:

- a. Klaster 1 Manajemen,
- b. Klaster 2 Ibu dan Anak,
- c. Klaster 3 Usia Dewasa dan Lanjut Usia,
- d. Klaster 4 Penanggulangan Penyakit Menular,
- e. Lintas klaster.

Masing-masing klaster minimal terdiri atas Penanggung Jawab (PJ) dan anggota. Lingkup kegiatan dan kompetensi petugas dibagi berdasarkan klaster. Berkaitan dengan fokus penelitian tentang BLU/BLUD,

¹ Sistem Informasi SDM Kesehatan (SISDMK), diakses melalui: https://sisdmk.kemkes.go.id/nakes_puskesmas

² Density of Community Health Workers (per 1 000 population), diakses melalui: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/85>

situasi yang memungkinkan pembentukan BLUD Puskesmas untuk mendukung eliminasi TB mensyaratkan dukungan dari seluruh klaster, antara lain sebagai berikut:

- a. Klaster 1 Manajemen menyiapkan standar ketatausahaan (kepegawaian, keuangan dan sistem informasi) dan manajemen (manajemen sumber daya, manajemen Puskesmas, manajemen mutu dan keselamatan pasien, dan manajemen jejaring Puskesmas);
- b. Klaster 2 Ibu dan Anak menyiapkan standar pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, persalinan, dan nifas; anak balita dan anak prasekolah; anak usia sekolah dan remaja; yang mendukung kompetensi untuk pelayanan ANC, ibu hamil, persalinan normal dan nifas, neonatal esensial, pelayanan gizi bagi ibu dan anak, SDIDTK, imunisasi, skrining penyakit, skrining kesehatan jiwa, MTBS, pengobatan umum, kesehatan gigi dan mulut, komunikasi antar pribadi, gadar matneo, Perkesmas, dan skrining kekerasan terhadap perempuan dan anak;
- c. Klaster 3 Usia Dewasa dan Lansia menyiapkan standar pelayanan kesehatan bagi usia dewasa, yang mendukung kompetensi untuk skrining penyakit menular, skrining penyakit tidak menular, skrining kesehatan jiwa, skrining kebugaran jasmani, skrining layak hamil, skrining geriatri, kespro bagi calon pengantin, KB, pelayanan gizi bagi usia dewasa dan lansia, pengobatan umum, kesehatan gigi dan mulut, kesehatan kerja, komunikasi antar pribadi, Perkesmas, dan skrining kekerasan terhadap perempuan dan anak;
- d. Klaster 4 Penanggulangan Penyakit Menular menyiapkan standar pencegahan, kewaspadaan dini dan respon, serta pengawasan kualitas lingkungan, yang mendukung kompetensi untuk pelayanan kegawatdaruratan, rawat inap, kefarmasian, serta pemeriksaan laboratorium spesimen manusia, sampel vektor dan reservoir dan sampel lingkungan.

3. Elemen Partisipasi Aktif Organisasi Non-Pemerintah

Organisasi Non-Pemerintah (Ornop) memberikan pandangan empiris tentang penanganan TB oleh Puskesmas. Disampaikan oleh Wahyudi, aktivis Organisasi non-pemerintah (Ornop) Yayasan Akses Sehat Indonesia (YASI) selama ini aktif dalam advokasi kesehatan masyarakat, ibu dan anak, termasuk penanganan TB. Ia baru mulai terlibat dalam penanganan TB sejak akhir November 2021 melalui program Penabulu-STPI. Orang dengan TB di Bogor mencapai 250-300 kasus per bulan namun data ini belum mencakup keseluruhan dari data kasus TB di Bogor. Data secara lengkap bisa diperoleh melalui Sistem Informasi TB (SITB). Bilamana kita menelusuri seluruh wilayah di Bogor, data kasus itu masih sangat kecil. Wahyudi memperkirakan 500 kasus bisa diperoleh dalam hitungan per bulan. Data kasus itu masih berbasis rumah tangga dan bilamana diperluas pada kategori non-rumah tangga maka data kasus kemungkinan bisa bertambah lagi. YASI mengalami keterbatasan untuk mengakses wilayah Selatan misalnya Caringin, Cigombong dan wilayah lain seperti Puncak Bogor.

Selama ini YASI telah melakukan investigasi kontak, bekerjasama dengan kader TB, yang mana kader aktif melakukan pendataan di lapangan. Setelah kader memperoleh data dari Puskesmas selanjutnya orang dengan TB didatangi oleh kader. Investigasi kontak dilakukan dengan cara penjangkauan yang menjangkau kurang lebih 20 (dua puluh) orang di sekitar tempat tinggal orang dengan TB. YASI juga rutin melakukan penyuluhan mengenai penanganan TB, skrining, pertemuan dengan perwakilan Puskesmas untuk mencari permasalahan dan cara penanganan TB, dan berbagi metode penanganan TB dengan komunitas lainnya.

Alwi, aktivis YASI, mengusulkan gagasan bahwa penanganan TB perlu masuk dalam kebijakan JKN dengan mendorong layanan kesehatan preventif. Sejauh ini JKN masih fokus pada aspek kuratif padahal eliminasi TB bisa diselesaikan di lapangan melalui program preventif. Pemeriksaan kesehatan rutin bisa dilakukan oleh klinik, Puskesmas atau Desa. Slogan kampanye pencegahan TB adalah “bertemu dokter sebelum sakit.”

Kasus TB di Bogor sangat besar dan pernah dibawa ke DPRD agar kasus TB dijadikan sebagai kasus luar biasa. Wilayah Bogor memerlukan terobosan mengenai laboratorium daerah dengan anggaran khusus untuk laboratorium yang khusus menangani TB, meskipun tidak perlu sampai TCM mengingat biayanya yang mahal. Pemerintah dan pemerintah daerah perlu memperhatikan pula perbaikan gizi, sanitasi, persampahan, dan rumah sakit khusus penanganan TB. Intervensi pemerintah memang telah dilakukan semisal investigasi kasus



yang mana dari 1.000 sample hanya memperoleh 4% saja dan sangat tidak efisien. Intervensi ini perlu evaluasi dalam pendekatannya.

Beberapa argumen informan telah memberikan gambaran tentang situasi penanggulangan TB termasuk tantangan bagi Puskesmas yang masih belum menjangkau semua Desa di wilayahnya. Ini merupakan tantangan bagi Puskesmas agar mampu memenuhi fokus dari ILP dan sekaligus berkaitan dengan perubahan statusnya menjadi BLUD.

Posyandu lebih dilandasi spirit kesukarelaan yang terdiri dari perempuan ibu rumah tangga dan lainnya. Informasi “Posyandu Prima” belum dikenal oleh pelaksana layanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan untuk orang dengan TB. Aktivistis YASI Bogor lebih mengetahui Posyandu untuk orang lanjut usia dan remaja, meskipun pelaksanaannya belum berjalan baik karena Posyandu hanya aktif pada kegiatan (*event*) tertentu. Informasi yang diperoleh selama penelitian, Posyandu belum pernah melakukan penanganan TB. Sejauh ini, menurut aktivis YASI, instansi kesehatan seperti rumah sakit, Puskesmas dan klinik telah bekerjasama dengan Penabulu-STPI untuk penanganan TB. Posyandu cenderung bersikap pasif atau hanya menjadi pelaksana program dari Puskesmas.

Peneliti mengajukan pertanyaan kepada informan untuk membuka kemungkinan Posyandu menjadi BLU, BLUD, atau “BLU Desa”. Posyandu merupakan organisasi yang bersifat kesukarelaan dan perekrutannya tidak berdasar kompetensi, sehingga Posyandu akan kesulitan bila dibebani manajemen pengelolaan keuangan BLUD. Kinerja BLUD Puskesmas sudah memenuhi standar pelayanan kesehatan tetapi istilah “BLU Desa” cenderung bias karena area kinerja BLUD Puskesmas yang juga menjangkau teritorial Desa.

Posyandu yang dilandasi spirit kesukarelaan daripada pembagian kerja yang ketat, dan jarang terdapat tenaga kesehatan dari warga Desa itu sendiri yang aktif di Posyandu, maka seluruh informan kurang setuju bila Posyandu di Desa berubah menjadi institusi Posyandu Prima. Panduan Posyandu Prima mensyaratkan kinerja baru seperti Posyandu Prima membuka layanan kesehatan setiap hari. Istilah Posyandu Prima ini mengandung ambiguitas yang mana imajinasi sosial tentang istilah “Posyandu” tetaplh organisasi kesukarelaan yang belum tentu membuka layanan kesehatan setara Pustu.

Dalam kerangka normatif UU No. 6/2014 tentang Desa dan peraturan pelaksanaannya, Posyandu lebih tepat sebagai salah satu dari jenis Lembaga Kemasyarakatan Desa daripada diserap ke dalam sistem institusi pemerintah pusat dan daerah. Selain itu kerangka pengaturan BLU hanya sebatas pada arena institusi dan kewenangan pemerintah pusat dan daerah dan tidak legitim bagi pemerintah Desa. Informasi normatif ini menguatkan gagasan bahwa secara faktual pula istilah BLU Desa kurang tepat dipergunakan dalam kerangka kebijakan penanganan TB.

Usulan menarik dari Alwi (aktivis YASI) selanjutnya adalah Desa berpeluang memperoleh pendapatan (*revenue stream*) dari pelayanan TB atau sebaliknya Desa membiayai upaya kesehatan promotif dan preventif untuk mendukung eliminasi TB dengan mempergunakan APB Desa. Sumber pendanaan yang diharapkan bagi BLU atau BLUD untuk penanganan TB meliputi sumber pendanaan dari Pusat, Provinsi dan kerja sama antara pusat dan daerah. Pemerintah provinsi diusulkan agar membuka ruang dialog dan merumuskan pengelolaan keuangan bagi BLU atau BLUD yang secara khusus menangani TB. Aspirasi ini dikemukakan setelah Alwi menyaksikan proses Musyawarah Perencanaan Pembangunan Daerah tidak efektif untuk menjamin keberlangsungan tim percepatan penanganan TB dan program-program penanganan TB. Puskesmas atau instansi BLU Daerah lainnya yang menangani TB diusulkan agar melakukan kerja sama dengan Desa. Pengobatan TB berada di Desa namun secara manajemen dikelola oleh Puskesmas atau instansi lain yang legalitasnya diakui sebagai BLUD. Alternatif lainnya adalah Desa mendirikan Badan Usaha Milik Desa (BUM Desa) dengan jenis usaha klinik kesehatan. Setelah persyaratan mendirikan Unit Usaha (berbadan hukum perseroan terbatas dengan jenis usaha klinik kesehatan swasta) tuntas dilakukan dan dipermudah oleh pemerintah supra-Desa, maka klinik BUM Desa bisa bekerjasama dengan BPJS. Institusi BUM Desa atau Unit Usaha BUM Desa dibuka peluangnya

untuk mengakses pembiayaan dari JKN. Inovasi usaha klinik kesehatan oleh Desa akan menutup keterbatasan layanan Puskesmas yang mana beban administratif Puskesmas semakin tinggi dan berdampak pada layanannya yang semakin melebihi kapasitasnya.

4. Elemen Partisipasi Pengurus BUM Desa

Kinerja Puskesmas secara umum terbatas beroperasi dengan jam kantor. Berbeda dengan bidan yang berjejaring dengan Puskesmas relatif bisa melayani di rumahnya sendiri melampaui jam kantor.

Keterbatasan Puskesmas dalam memberikan layanan telah membuka peluang bagi Badan Usaha Milik Desa (BUM Desa) Megamendung Jaya, Desa Megamendung, kecamatan Megamendung, Bogor, Jawa Barat, untuk membuka klinik kesehatan untuk melayani masyarakat Desa. Sementara obat yang disediakan oleh Puskesmas gratis, maka obat-obatan termasuk TB yang diperoleh melalui tenaga kesehatan di BUM Desa tetap berbayar tapi biayanya lebih murah daripada klinik swasta.

Badan Usaha Milik Desa (BUM Desa) Megamendung Jaya dibentuk oleh Desa Megamendung, kecamatan Megamendung, Bogor, Jawa Barat, pada akhir tahun 2019. Tepatnya pada tanggal 24 Desember 2019. Direktur BUM Desa Megamendung Jaya, Yusuf, menjelaskan sejarah awal dari jenis usaha BUM Desa yang bermula dari kopi dan wisata. Sumber daya alam Desa Megamendung memang mendukung usaha perdagangan kopi karena tanaman kopi mampu dikelola oleh masyarakat petani Desa. Lingkungan Desa Megamendung juga banyak sumber daya alam air terjun (curug; istilah Sunda setempat) sehingga potensi wisata terbuka lebar.

Pandemi Covid-19 diwarnai dengan berbagai tindakan pembatasan fisik di berbagai tempat sehingga berdampak pada usaha kopi dan wisata di air terjun yang dikelola oleh BUM Desa. BUM Desa mengalami kerugian. Jenis usaha layanan kesehatan melalui “Klinik Kesehatan” sepanjang 2020-2023 lebih berhasil melayani kesehatan masyarakat Desa dan sekaligus memperoleh pendapatan usaha daripada kerja sama usaha antara BUM Desa dan pelaku UMKM yang justru mengalami kerugian. Banyak pemuda di Desa yang mengajukan rencana bisnis (business plan) kepada BUM Desa namun pelaksanaannya tidak membuahkan hasil.

Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Klinik Kesehatan BUM Desa pada tahun berikutnya akan membuat orang lain dari luar Desa mengenal Desa Megamendung sebagai Desa inovatif di bidang kesehatan. Usaha klinik BUM Desa terus berjalan sejak awal tahun 2020 sampai 2023 ketika tulisan ini disusun. Walaupun hanya usaha klinik kesehatan yang masih bertahan sebagai jenis usaha BUM Desa, justru nama Desa Megamendung semakin dikenal sebagai Desa inovatif bidang kesehatan pada arena nasional dan korporasi global.

Setelah mengalami kerugian pada masa pandemi Covid-19 awal tahun 2020 Direktur BUM Desa Megamendung Jaya mulai bergerak untuk mencari alternatif jenis usaha pada April 2020. Usaha layanan kesehatan secara resmi dipublikasikan pada Juni 2020. Pembentukan usaha layanan kesehatan ini merupakan salah satu bentuk inovasi usaha dari BUM Desa. Selama ini belum terdapat BUM Desa yang memikirkan layanan kesehatan sebagai kebutuhan dan sekaligus usaha inti. Setelah usaha layanan kesehatan berjalan beberapa bulan ternyata usaha ini menjadi “lokomotif” bagi BUM Desa Megamendung Jaya untuk menarik “gerbong-gerbong” jenis usaha lainnya.

BUM Desa terlebih dahulu mengurus dokumen perizinan untuk mendirikan klinik. Upaya BUM Desa memulai usaha klinik kesehatan diawali dengan proses mengurus perizinan usaha:

- Surat Izin Praktik (SIP) dokter terdiri dari dua dokter yang bersedia melakukan kolaborasi dengan BUM Desa.
- Surat Izin Praktik (SIP) perawat.
- Surat Izin Praktik (SIP) Farmasi, yang mana BUM Desa tidak melanjutkan mengurus perizinan ini karena kendala pembiayaan yang kurang bisa dipenuhi oleh BUM Desa.
- Izin operasional.



Pemerintah Kabupaten Bogor mendukung langkah perizinan operasional klinik BUM Desa sehingga prosesnya hanya berlangsung 1 (satu) hari. Biasanya proses mengurus SIP membutuhkan waktu sekitar 1 (satu) hingga 2 (dua) bulan. Tindakan cepat ini dimungkinkan karena usaha klinik BUM Desa akan mendukung kinerja layanan kesehatan oleh Pemerintah Kabupaten Bogor.

Direktur BUM Desa memberikan surat keterangan yang memberikan informasi bahwa dokter dan perawat mengurus SIP sebagai syarat untuk praktik di klinik BUM Desa. Ada dua dokter yang mengurus SIP agar bisa memperkuat rintisan usaha klinik kesehatan. Satu orang dokter (Sessya) berstatus warga Desa Megamendung dan satu orang dokter lainnya yang bukan warga Desa setempat. Masing-masing dokter mengurus SIP secara pribadi, seperti izin dari Ikatan Dokter Indonesia (IDI) atau surat rekomendasi dari IDI. Perawat yang mendukung klinik BUM Desa juga mengurus sendiri surat rekomendasi dari Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Kebetulan perawat (Novi Sumardianti) merupakan warga Desa Megamendung. Perizinan farmasi belum dilanjutkan tahap untuk mengurusnya karena BUM Desa kekurangan modal. Sumber daya apoteker harus digaji cukup besar, begitu pula halnya dengan modal yang dikeluarkan untuk persediaan obat.

Modal yang harus dipersiapkan oleh BUM Desa cukup besar untuk perizinan usaha sehingga Direktur BUM Desa menempuh jalan yang lebih efisien yakni kolaborasi terlebih dahulu dengan Klinik Kesehatan Diklat Reserse yang berada di wilayah Desa Megamendung. Setelah SIP dokter dan perawat terbit maka BUM Desa meminjam surat tanda register SIP sebagai salah satu prasyarat mendirikan klinik BUM Desa. Seluruh proses perizinan usaha klinik kesehatan selesai pada bulan Juni 2020. Ade Yasin, Bupati Bogor, turut mendukung percepatan perizinan usaha.

Setelah perizinan SIP selesai BUM Desa mengurus administrasi hukum Nomor Induk Berusaha (NIB) yang pada waktu itu disetarakan dengan perusahaan daerah. Cara ber hukum “perusahaan daerah” itu memang menjauh dari substansi hukum UU Desa bahwa BUM Desa cukup dilegitimasi dengan Peraturan Desa. Peraturan Desa tentang BUM Desa Megamendung kurang diakui legalitasnya sehingga pihak otoritas administrasi hukum melalui Online Submission System (OSS) dan pemerintah supra-Desa meng kategorikan BUM Desa sebagai perusahaan daerah. Ketidakpercayaan pemerintah supra-Desa atas legitimasi Peraturan Desa, meski UU Desa sudah berlaku, berdampak pada ketidakpercayaan diri pengurus BUM Desa. Langkah hukum dari supra-Desa seperti meng kategorikan BUM Desa sebagai perusahaan daerah dan semacamnya memang marak terjadi sebelum berlakunya UU No. 6/2014 tentang Desa juncto PP No. 11/2021 tentang BUM Desa. Pasca keberlakuan dua aturan hukum ini, BUM Desa mengalami adaptasi hukum dengan mendaftarkan nama, hasil musyawarah Desa, peraturan Desa tentang pendirian BUM Desa, dan peraturan kepala Desa tentang anggaran rumah tangga BUM Desa melalui sistem Kementerian Desa PDTT secara daring.

Pasca administrasi hukum NIB diperoleh maka bulan Juli 2020 klinik BUM Desa mulai operasional di tempat yang disewa oleh BUM Desa, tepatnya di Kampung Gunung RT 01 RW 03. BUM Desa menyewa vila untuk kantor BUM Desa dengan biaya sekitar Rp 3.000.000,00 per bulan. Strategi pembiayaannya dilakukan melalui penyertaan modal dari masyarakat Desa yang mana masih hanya 2 (dua) orang saja. Direktur BUM Desa menyertakan modal sekitar Rp 80.000.000,00.

Modal BUM Desa tersebut dipergunakan untuk pembelian peralatan klinik seperti etalase dan berbagai sarana pendukung yang sederhana. Dalam tahap perencanaan usaha klinik, BUM Desa belum menghitung beban gaji dan honor. Persepsi yang kurang tepat memang tertanam dalam pikiran bahwa perencanaan usaha BUM Desa bersifat sosial sehingga tidak pernah menghitung beban gaji, honor, dan operasional lainnya. Meskipun norma hukum pengelolaan usaha oleh BUM Desa secara umum telah diatur dalam UU Desa namun tidak semua BUM Desa dan pemangku kepentingan di Desa memandang penting aspek beban gaji, honor dan lainnya sebagai aspek yang masuk dalam perencanaan.

Pasca keberlakuan PP No. 11/2021 tentang BUM Desa yang mengatur gaji, honor dan seterusnya, barulah muncul kesadaran untuk merencanakan beban gaji, honor dan lainnya. Siasat BUM Desa pada Juli 2020 antara

lain membuat perhitungan honor untuk dokter dan perawat yang dihitung dari pendapatan klinik. Setiap pendapatan usaha yang diperoleh pasien sebesar Rp 50.000,00 langsung dibagi Rp 20.000,00 untuk perawat, Rp 15.000,00 untuk tim medis, dan Rp 15.000,00 sebagai pendapatan BUM Desa secara utuh. BUM Desa juga melakukan misi sosial di kampung Paseban melalui pengobatan gratis yang dialokasikan melalui dana Rp 15.000,00 untuk tim medis tersebut. Perspektif misi sosial para tenaga kesehatan ini tidak mengganggu pendapatan mereka karena dokter dan perawat baru aktif praktik jam 4-7 malam setelah mereka bekerja sebagai pegawai negeri sipil.

Pemilihan tempat kantor BUM Desa pada Juli 2020 bukan tanpa alasan. Pengurus dan tenaga kesehatan BUM Desa tidak mungkin membuka praktik di kantor Desa yang kurang bisa menampung jumlah pasien dalam jumlah besar pada masa pandemi Covid-19. Angan-angan Direktur BUM Desa pada waktu itu meyakini bahwa bila BUM Desa beroperasi di tempat terpisah dari kantor Desa maka usaha klinik akan membuka peluang baru. Beberapa kolega, pengusaha dan pemerintah supra-Desa akan memperhitungkan BUM Desa serius melakukan usahanya.

Pada Agustus 2020 setelah proses perizinan selesai BUM Desa dikunjungi oleh seluruh kepala dinas kabupaten Bogor, mulai dari dinas kebudayaan, pariwisata, sosial dan pemberdayaan masyarakat desa. Mereka memberikan apresiasi terhadap BUM Desa yang berhasil mendirikan layanan kesehatan pada masa pandemi Covid-19 yang seluruh wilayah sedang mengalami isolasi. Apresiasi itu sebatas dialog dan belum nampak rencana tindak lanjut namun kejutan terjadi ketika Kementerian pariwisata mengirimkan surat kepada BUM Desa untuk bersiap memberikan layanan SWAB Test pada bulan September 2020.

Undangan dari Kementerian pariwisata pada September 2020 menjadi pintu pembuka bagi BUM Desa mulai dikenal secara luas pada skala nasional. Klinik memberikan layanan SWAB Test. Kepala Dinas pariwisata setempat terheran-heran karena promosi klinik BUM Desa sudah cepat dipercaya oleh institusi nasional. Salah satu pejabat Kemenparekraf, Wisnutama, menyatakan bahwa BUM Desa Megamendung difasilitasi agar menjadi klinik tingkat Desa yang kali pertama ada di lokasi Desa wisata.

Pada September 2020 BUM Desa menerima surat perihal *Cleanliness, Health, Safety, Environment Sustainability* (CHSE). Ini merupakan program Kemenparekraf berupa penerapan protokol kesehatan berbasis Kebersihan, Kesehatan, Keamanan dan Kelestarian Lingkungan. Penerapan program CHSE antara lain melakukan sertifikasi CHSE untuk para pelaku usaha pada bidang usaha pariwisata dan ekonomi kreatif. BUM Desa melakukan SWAB Test pada acara CHSE Kemenparekraf. Kepala Dinas Bogor merasa terheran-heran karena layanan BUM Desa sudah meluas hingga ke pemerintah pusat. Langkah awal BUM Desa melayani pelaku program CHSE ini membuat BUM Desa mulai mengenal aparatus Dinas di Bogor sehingga BUM Desa dilibatkan dalam layanan SWAB Test di kalangan Dinas-dinas setelah sebelumnya mereka hanya memberikan apresiasi secara lisan kepada BUM Desa. Pengurus BUM Desa semakin dekat dengan Dinas Kebudayaan dan Pariwisata sehingga Bum Desa bisa melayani SWAB Test di hotel royal safari, swiss bell bogor, pullman dan bahkan hingga di Bekasi. Aplikasi Peduli Lindungi pun sudah memasukkan BUM Desa sebagai salah satu institusi yang memberikan layanan SWAB Test, sekaligus sebagai tanda dukungan penuh dari Kementerian Kesehatan.

BUM Desa memperoleh penyertaan modal dari Pemerintah Desa melalui Dana Desa sekitar Rp 220.000.000,00 pada Oktober 2022. Persepsi yang masih tertanam kuat adalah modal itu kemudian mengundang permintaan untuk pendanaan usaha bagi perorangan, kelompok usaha, ibu-ibu dan anak muda di Desa. Pengurus BUM Desa memutuskan untuk menerima usulan dan proposal dari sebagian warga Desa itu dan ternyata mengalami kegagalan. Usaha yang diajukan oleh warga antara lain kopi kemasan, usaha makanan cimol, pembelian kaos untuk usaha sablon. Pengurus BUM Desa masih bisa mempergunakan Rp 20.000.000,00 untuk pembelian peralatan klinik.

Sepanjang tahun 2020 BUM Desa Kurang sudah melayani *SWAB Test* lebih dari 1.000 orang. Biaya layanan pengobatan di Klinik BUM Desa Megamendung Jaya sekitar Rp 50.000,00. Bila diundang ke Dinas dengan



standar harga pemerintah untuk pemeriksaan Covid-19 sekitar Rp 250.000,00 per orang, SWAB/PCR bisa mencapai Rp 850.000,00 per orang. Harga layanan itu pernah mencapai Rp 1.200.000,00 per orang. Pendapatan usaha BUM Desa 2020 total sekitar Rp 450.000.000,00. Beban usaha masih cukup tinggi terutama untuk membiayai klinik dan kerja sama usaha dengan sebagian warga Desa. Pada Februari 2021 BUM Desa menyusun laporan keuangan terhadap penggunaan Dana Desa (penyertaan modal Desa) Rp 220.000.000,00. Singkat cerita, BUM Desa mengalami kerugian sekitar Rp 80.000.000,00. Pengurus BUM Desa diperiksa oleh Inspektorat mengenai pertanggungjawaban penggunaan Dana Desa itu. Inspektorat berpendapat bahwa laporan keuangan BUM Desa 2020 paling kredibel dan lengkap dalam penyajian data, termasuk penggunaan Dana Desa sekitar 200 juta untuk warga Desa itu disertai materi. Posisi keuangan 2020 yang merugi berdampak pada ketiadaan pembagian hasil usaha melalui Pendapatan Asli Desa kepada Pemerintah Desa. Direktur BUM Desa sebagai salah seorang penyerta modal turut tidak memperoleh pembagian laba dari hasil usaha. Pemikiran Yusuf sebagai Direktur BUM Desa waktu itu bertekad memantapkan klinik BUM Desa dan nantinya terbukti pada tahun berikutnya BUM Desa memperoleh laba dari hasil usahanya. BUM Desa memang mengalami kerugian tetapi nilai kemanfaatannya justru mengemuka. Pada Januari-Februari 2021 masyarakat terbantu dengan kehadiran klinik BUM Desa karena harganya yang terjangkau. Pasien dari Depok, Cipanas, Bekasi dan wilayah lainnya mulai berdatangan ke klinik BUM Desa yang sementara masih melayani di Kampung Gunung II.

Tenaga kesehatan yang aktif di klinik BUM Desa menangani kasus TB pada 2020-2021 dan nihil kasus TB pada 2022. Sekitar 3-4 warga Desa setempat dengan TB telah ditangani klinik BUM Desa pada 2020 dan 6 orang pada 2021. Pengobatan TB itu dilayani minimal 6 (enam) bulan. Obat TB diperoleh dari klinik diklat reserse yang bekerjasama dengan BUM Desa. Waktu itu belum ada sistem pelaporan digital untuk orang dengan TB. Saat ini fitur lapor TB sudah tersedia pada fitur “Satu Sehat” (dulu Peduli Lindungi) yang di dalamnya terdapat akun BUM Desa Megamendung Jaya. Semua warga Desa dengan TB itu sembuh setelah rajin minum obat yang disediakan klinik BUM Desa.

Kejutan yang dialami oleh pengurus BUM Desa adalah Kementerian Agama memanggil pengurus BUM Desa agar memberikan layanan *SWAB Test* pada acara pelatihan Maret 2021. Layanan klinik BUM Desa semakin berkembang dan bahkan melibatkan Puskesmas Megamendung untuk melayani pemeriksaan Covid-19. BUM Desa melayani permintaan *SWAB Test* untuk Kementerian Ketenagakerjaan yang menyelenggarakan pelatihan di Bogor (April 2021), organisasi dari luar negeri UNDP (Juni 2021) dan permintaan dari Perusahaan Fukuyama (Juli 2021) untuk memeriksa 60 orang di Jakarta dan 1.000 orang di Cikarang.

BUM Desa masuk dalam jejaring penanganan TB bersama dengan Puskesmas termasuk dukungan obat-obatan. Bidan Desa, Posyandu dan kader kesehatan juga bagian dari jejaring Klinik BUM Desa. Kader kesehatan masih minim karena memerlukan klasifikasi khusus untuk menangani TB. Posyandu hanya bertugas mendata kasus TB tapi 6 (enam) kasus sebelumnya Posyandu belum ikut mendata. Posyandu ikut melakukan pendataan kasus TB sekitar akhir tahun 2021. Jejaring sudah dilakukan oleh Klinik BUM Desa dengan komponen Posyandu Prima tetapi kelembagaan Posyandu Prima itu sendiri masih belum dikenal oleh Klinik BUM Desa.

Pemerintah provinsi Jawa Barat memberikan penghargaan “Patriot Desa” kepada BUM Desa Megamendung Jaya (Juli 2021). Pengurus dipanggil Ridwan Kamil, Gubernur Jawa Barat pada waktu itu, dan sekaligus dijadikan sebagai pihak yang kali pertama berkolaborasi dengan aplikasi *marketplace* Shopee. Pemasaran layanan BUM Desa semakin meluas yang awalnya hanya dilihat melalui aplikasi sosial media kini bisa dilihat melalui media lain seperti media ternama CNBC dan Detik. Pemerintah daerah Bogor semakin masif mengikuti jejak pemerintah provinsi Jawa Barat.

BUM Desa Megamendung diikutkan dalam program SABISA (Agustus 2021) yang tujuannya menciptakan hubungan komunikatif antara Direktur BUM Desa dan Kepala Desa. Layanan *SWAB Test* semakin berkembang lagi di lingkungan Bogor. Hampir semua tamu hotel di kawasan Puncak, Bogor, terutama hotel mewah seperti Pesona Alam menjadikan klinik BUM Desa sebagai mitra skrining kesehatan. Tamu hotel bisa menuju kantor

layanan BUM Desa di Kampung Gunung II atau sebaliknya BUM Desa melakukan “jemput bola” secara langsung memberikan layanan di hotel. Pendapatan usaha BUM Desa pada 2021 sekitar Rp 350.000.000,00. Terjadi penurunan pendapatan pada layanan skrining namun menghasilkan laba sekitar Rp 100.000.000,00. Klinik BUM Desa terkategori sebagai klinik swasta sehingga perihal obat penanganan TB terdapat kalkulasi biaya. Biaya obat penanganan TB per orang, dalam kasus 6 (enam) orang dengan TB, sekitar Rp 1.000.000,00 dan Klinik BUM Desa memberikan subsidi kurang lebih Rp 500.000,00 khusus untuk warga Desanya sendiri yang menjalani proses pengobatan TB.

Peningkatan usaha BUM Desa semakin memacu pengurus untuk bekerja keras tetapi Sekretaris dan Bendahara mengundurkan diri pada 2022. Hingga bulan Desember 2023 Direktur BUM Desa masih bekerja sendiri, dibantu dengan tenaga kesehatan, mahasiswa yang magang untuk laporan keuangannya, dan jejaring kerja yang mulai banyak memberikan peluang usaha baru. Bila usaha BUM Desa semakin berkembang pesat, maka Direktur akan melakukan rekrutmen Sekretaris dan Bendahara sesuai dengan PP No. 11/2021 tentang BUM Desa. Direktur BUM Desa sebagai pelaksana operasional ini masih giat mengembangkan usaha seperti pemeriksaan kesehatan (*medical check up*) berkolaborasi dengan mitra institusi kesehatan untuk melayani berbagai perusahaan di Megamendung, Bogor. Penyakit yang menonjol selama 2022 antara lain penyakit gatal mengingat di Megamendung terdapat pesantren yang santrinya rawan menderita sakit gatal. Akhir tahun 2022 BUM Desa menerima surat dari Java Kakao Industrial untuk pengadaan ekspor kopi pada Januari 2023. Laba BUM Desa pada 2022 kurang lebih Rp 100.000.000,00 dengan pendapatan usaha sekitar Rp 300.000.000,00. Di Desa sudah terdapat fakta kinerja BUM Desa yang mampu melayani penderita TB daripada mendorong Posyandu menjadi “BLU Desa”. Kerangka yang lebih tepat adalah pemerintah daerah membentuk BLUD yang khusus menangani TB, seperti pusat layanan kesehatan TB, yang kemudian bekerjasama dengan BUM Desa dan Posyandu di skala lokal Desa sesuai kewenangan Desa dalam UU No. 6/2014 tentang Desa.

Di lain pihak terdapat BUM Desa Bersama (BUM Desma) di Pati yang mengumpulkan modal dari 159 Desa untuk mendirikan klinik kesehatan. Peneliti menjumpai fakta di luar dugaan bahwa Direktur BUM Desma kini menjadi tersangka kasus korupsi. Modal yang semestinya dipergunakan untuk mendirikan unit usaha klinik kesehatan diduga sebagian dipergunakan untuk modal usahanya sendiri. Kasus ini berdampak pada keengganan Dinas PMD Pati dan Dinas Kesehatan Pati untuk menceritakan kesuksesan BUM Desma Pati mengelola klinik kesehatan. Peneliti menjumpai pula bekas gedung klinik kesehatan BUM Desma beralih fungsi menjadi klinik kesehatan yang berafiliasi dengan organisasi Muhammadiyah Pati. Persepsi kompetisi antara Puskesmas dan BUM Desma sedikit banyak mencuat karena BUM Desma berpotensi memperoleh dana kapitasi yang berdampak pada penurunan pendapatan BLUD Puskesmas di Pati.

5. Elemen Kontestasi Isu: Posyandu Prima

Salah satu isu kebijakan yang dikonfirmasi dalam penelitian adalah Posyandu Prima. Kementerian Kesehatan pernah menerbitkan Panduan Posyandu Prima pada Juni 2022. Posyandu Prima berkedudukan di Desa. Definisi Posyandu Prima adalah Posyandu sebagai wadah pemberdayaan masyarakat yang memberikan pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan lainnya sesuai dengan kebutuhan secara terintegrasi di Desa.

Posyandu Prima berasal dari Puskesmas Pembantu (Pustu) yang sudah ada lalu menjadi Posyandu Prima, Poskesdes yang sudah ada menjadi Posyandu Prima, pengintegrasian Puskesmas Pembantu dan Poskesdes yang sudah menjadi Posyandu Prima, atau bagi Desa yang tidak memiliki Pustu atau Poskesdes membentuk Posyandu Prima sesuai dengan aturan hukum yang berlaku.

Posyandu Prima di Desa memberikan layanan kesehatan yang berintegrasi dengan Pustu dan Poskesdes. Posyandu Prima direncanakan memberi pelayanan setiap hari dan bertanggung jawab terhadap hasil status kesehatan masyarakat di Desa, dipantau secara berkala setiap minggu melalui Dashboard Kesehatan. Mengikuti cara pikir ILP maka Posyandu Prima diandaikan sebagai koordinator Posyandu yang memberikan pelayanan sesuai siklus hidup mulai dari ibu hamil sampai dengan lansia yang dilakukan minimal satu kali dalam satu bulan.



Kelembagaan Posyandu Prima memang mengundang kritik. Penetapannya melalui Peraturan Desa, memiliki pengurus yang terdiri dari Ketua, Sekretaris, Bendahara, dan Koordinator Bidang. Koordinator bidang kesehatan adalah bidan/perawat. Selintas dalam pertimbangan normatif, Posyandu Prima merupakan Lembaga Kemasyarakatan Desa. Di lain pihak Posyandu Prima berasal dari Pustu. Dalam situasi implementasi UU No. 6/2014 tentang Desa, pertanyaannya adalah bagaimana mungkin Desa melegitimasi Pustu/Poskesdes yang sudah ada lalu menjadi Posyandu Prima? Apakah tersedia dana dari APB Desa untuk melakukan pembentukan Posyandu Prima seperti itu? Informan penelitian dari Pati dan Bogor berpendapat bahwa tidak mungkin Desa membentuk Posyandu Prima dengan syarat keahlian, kelembagaan dan pembiayaan yang besar. Situasi empiris penelitian menginformasikan pula para informan kurang mengetahui implementasi Posyandu Prima di lapangan.

Dalam situasi pragmatis, Posyandu Prima dipahami sebagai institusi Pustu yang mengalami transformasi menjadi koordinator Posyandu di Desa. Jumlah Pustu yang masih sangat sedikit diatasi dengan memasukkan kader dan masyarakat Desa ke dalam Posyandu Prima. Kontestasi terjadi ketika istilah Posyandu Prima dihadapkan dengan istilah Posyandu sebagai Lembaga Kemasyarakatan Desa. Bukankah Pustu bukan bagian dari institusi Desa? Upaya pensahihan Pustu yang berada di dalam Posyandu Prima sebagai Lembaga Kemasyarakatan Desa mengandung bias kewenangan Desa. Pustu lebih tepat tetap menjadi bagian integral Puskesmas dan Puskesmas tetap menjadi institusi supra-Desa. Lembaga Kemasyarakatan Desa tetap pula menjadi organisasi yang dibentuk berdasar kewenangan lokal Desa, termasuk pembiayaannya bersumber dari APB Desa.

Elemen situasi Posyandu Prima pada dasarnya mengatasi kelemahan Puskesmas dan Pustu tetapi mengalami kontestasi dengan kewenangan lokal Desa. Panduan Posyandu Prima Juni 2022 tampaknya tidak lagi menjadi acuan kebijakan dalam ILP. Istilah Posyandu Prima terkoreksi dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer. Situasi kebijakan berubah dengan munculnya istilah baru yakni Pustu Prima. Pustu Prima menjadi unit pelayanan kesehatan di Desa. Selayaknya transformasi maka baju kelembagaan Posyandu Prima berubah nama menjadi Pustu Prima tetapi esensinya tetap sebagai unit pelayanan kesehatan di Desa.

6. Elemen ILP di Puskesmas Pembantu (Pustu)

Upaya mendekatkan pelayanan kesehatan ke Desa diselenggarakan melalui ILP di Puskesmas Pembantu (Pustu). Disain program ILP di Pustu dilakukan dengan memberikan pelayanan kesehatan untuk seluruh sasaran siklus hidup dan ditambah dengan memperkuat peran pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan di Desa. Peran Pustu sebagai unit kesehatan di Desa sangat penting karena menjadi perpanjangan Puskesmas untuk memudahkan akses pelayanan kesehatan di Desa, sekaligus memperkuat fungsi pemberdayaan masyarakat Desa sebagai koordinator dan pembina Posyandu.

Program ILP terhubung dengan transformasi Posyandu di Desa menjadi Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu. Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu merupakan salah satu jenis lembaga kemasyarakatan Desa yang bertugas membantu kepala Desa di bidang pelayanan kesehatan dan lainnya sesuai kebutuhan. Posisi Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu berada di dusun, RT, atau RW yang dibentuk berdasar prakarsa Desa, kewenangan lokal berskala Desa, dibahas pembentukannya dalam Musyawarah Desa, dan AD/ART mereka disahkan dengan Peraturan Desa.

Kelembagaan baru ini mempunyai tantangan yakni Posyandu di Desa yang selama ini berbasis program seperti Posyandu KIA, Posyandu Remaja, Posbindu PTM, dan Posyandu Lansia, berubah menjadi Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu yang melayani seluruh siklus hidup masyarakat Desa. Tantangan lainnya adalah proses transformasi Posyandu secara normatif memasukkan Pustu dalam struktur organisasinya sebagai salah satu pembina Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu. Program yang disusun Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu tentu akan mengalami perubahan signifikan seiring perubahan Pustu dalam skema program ILP.

7. Elemen Kerangka Kepengaturan BLU/BLUD

Puskesmas dan Pustu sebagai bagian dari Puskesmas berpotensi untuk menjadi BLUD. Kerangka kepengaturan (legal framework) BLU dan BLUD berkaitan dengan legitimasi legal BLUD Puskesmas/Pustu.

Sejarah kerangka kepengaturan BLU berawal dari reformasi keuangan negara. Paradigma “mewirauahakan pemerintah” melandasi pembentukan BLU dalam arena pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Inti gagasannya adalah pemerintah melakukan pelayanan kepada masyarakat melalui penganggaran berbasis kinerja dan pola pengelolaan keuangan yang fleksibel.

Paradigma mewirauahakan pemerintah yang melandasi BLU dipositivisasi dalam UU No. 17/2003 tentang Keuangan Negara dan UU No. 1/2004 tentang Perbendaharaan Negara. Kedua aturan hukum ini menjadi dasar hukum bagi peraturan pelaksanaan tentang pengelolaan keuangan BLU dan BLUD berikut ini:

- a. PP No. 23/2005 tentang Pengelolaan Keuangan BLU beserta peraturan perubahannya (PP No. 74/2012 tentang Perubahan atas PP No. 23/2005 tentang Pengelolaan Keuangan BLU),
- b. peraturan kebijakan yang implementatif (Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 79/2018 tentang BLUD),
- c. peraturan menteri keuangan yang mengatur tarif BLU, dan
- d. berbagai peraturan di daerah yang mengatur BLUD.

Pengertian yuridis BLU mengandung makna bahwa BLU merupakan instansi di lingkungan Pemerintah. Pengertian yuridis BLU mengalami perluasan makna pada 2018 sebagai sistem yang dilaksanakan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah, sebagaimana diatur dalam Permendagri No. 79/2018 tentang BLU Daerah (Tabel 1 Perbandingan Pengertian Yuridis BLU dan BLUD). Pemahaman yang diperoleh dari perbedaan definisi yuridis itu adalah BLU merupakan instansi di lingkungan Pemerintah (Pusat dan/atau Daerah) untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat, sedangkan BLUD merupakan sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah pelayanan kepada masyarakat melalui pengelolaan keuangan daerah yang fleksibel.

Tabel 1. Perbandingan Definisi Yuridis BLU dan BLUD

Dasar Hukum	Pengertian Yuridis	
	Badan Layanan Umum (BLU)	Badan Layanan Umum Daerah (BLUD)
PP No. 23/2005 tentang Pengelolaan Keuangan BLU jo. PP No. 74/2012 tentang Perubahan atas PP No. 23/2005	Instansi di lingkungan Pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.	(Tidak diatur)
Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 79/2018 tentang BLU Daerah	(Tidak diatur)	Sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.



Imajinasi tentang “BLU Desa” mendarat pada keterbatasan hukum positif tentang BLU dan BLUD. Dikaitkan dengan fokus penelitian agar tersedia BLU yang menyediakan layanan kesehatan primer di Desa, maka regulasi BLUD lebih dekat dengan teritori Desa daripada BLU. Seandainya disusun pengertian baru maka “BLU Desa sebagai penyedia layanan kesehatan primer untuk mendukung eliminasi TB” adalah:

- a. Sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kesehatan primer untuk mendukung eliminasi TB di Desa,
- b. Subjek hukumnya adalah organisasi birokrasi yang berkedudukan sebagai unit pelaksana teknis dinas kesehatan yaitu Puskesmas dan Pustu sebagai bagian integral dari Puskesmas,
- c. Organisasi Pemerintah Desa, Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu dan Badan Usaha Milik Desa (BUM Desa) tidak mempunyai kedudukan hukum (*legal standing*) sebagai BLUD.
- d. Bentuk konkrit “BLU Desa” dipahami terbatas berupa BLUD Puskesmas/Pustu untuk menyelenggarakan layanan kesehatan primer di Desa.

8. Elemen Praktik Diskursif BLUD dan Desa

Pemahaman para informan terhadap istilah “BLU Desa” terbatas dengan situasi kepengaturan BLU/BLUD pasca reformasi 1998. Praktik regulasi BLU dan BLU Daerah (BLUD) hanya berlaku untuk instansi pemerintah/pemerintah daerah, bukan Desa. Pemerintah Desa bukan pemerintah/pemerintah daerah.

Selama proses wawancara dan diskusi yang berlangsung dengan informan dari aktivis Ornop/OMS, Dinas Kesehatan dan Badan Usaha Milik Desa (BUM Desa), istilah BLU Desa kurang dipahami secara terang benderang. Ketakpahaman atas istilah BLU Desa setidaknya mencipta imajinasi sosial baru bahwa ada kelembagaan alternatif yang hendak dibentuk dari pemerintah supra-Desa atau Desa untuk melayani kesehatan pada skala lokal Desa dan perdesaan.

Pasca keberlakuan UU No. 6/2014 tentang Desa, Desa mempunyai kewenangan utama yakni kewenangan berdasar hak asal usul dan kewenangan lokal berskala Desa. Di Desa terdapat Posyandu di Desa yang selama ini menjadi jejaring kerja Puskesmas. Konsisten dengan keberlakuan UU No. 6/2024 tentang Desa, Posyandu mengalami rekognisi menjadi Lembaga Kemasyarakatan Desa yang dibentuk berdasar kewenangan lokal berskala Desa. Aktor program ILP seperti Puskesmas dan Pustu lebih sah berubah menjadi BLUD daripada Posyandu diambil alih pemerintah supra-Desa menjadi BLUD.

Dalam perspektif kekuasaan negara, institusi Puskesmas hadir melalui Pustu untuk melayani kesehatan masyarakat Desa dan pemerintah Desa secara lebih dekat, sedangkan Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu melakukan upaya promotif, preventif dan dukungan terhadap tindakan kesehatan yang dilakukan oleh Pustu. Transformasi Puskesmas/Pustu menjadi BLUD menarik untuk diperdalam kaitannya dengan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) dan Desa.

Serangkaian dialog selama proses wawancara membentuk pemahaman timbal-balik bahwa Desa tidak identik dengan Kepala Desa, tidak melulu urusan administrasi pemerintahan Desa, bukan hanya pula segelintir komunitas di Desa, tapi kesatuan utuh antara masyarakat Desa dan pemerintahan Desa. Imajinasi itu bergerak bebas hingga masing-masing informan memberikan pendapat, kritik dan pengandaian baru tentang “BLU Desa” yakni suatu institusi pelayanan kesehatan dengan pengelolaan keuangan yang fleksibel, berada di teritori Desa, dan benar-benar melayani untuk Desa (masyarakat yang berpemerintahan dan pemerintahan yang bermasyarakat).

Dialog selama riset memang tidak berawal dari timbunan norma-norma hukum tentang BLU dan BLUD. Pembahasan istilah BLU Desa bergerak pada alam pikir secara dialektis (tesis, antitesis, sintesis) yang disertai dengan muatan material/bentuk konkrit dari BLU/BLUD itu sendiri.

Tesis dalam elemen ini adalah diskursus praktis BLU dan BLUD. Informan memahami BLU/BLUD dengan menunjuk pada bentuk konkret Rumah Sakit yang dikelola dengan sistem penganggaran kinerja dan pengelolaan

keuangan yang fleksibel. Demikian pula diskursus praktis BLUD lainnya yang mana para informan menunjuk langsung Puskesmas sebagai bentuk konkritnya. Puskesmas yang dimaksud ini adalah transformasi Puskesmas dari Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) menjadi BLUD.

Puskesmas baik berstatus UPTD atau BLUD, dibebani tanggung jawab untuk memberikan layanan kesehatan primer. Dalam dokumen Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer beserta Lampiran, penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer telah dilaksanakan oleh kurang lebih 10.374 Puskesmas dengan 27.768 Puskesmas Pembantu, bersama fasilitas kesehatan tingkat pertama lainnya dan berbagai Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). Keberadaan berbagai UKBM sebagai jejaring Puskesmas kurang lebih 42.051 Poskesdes, 301.068 Posyandu, dan ribuan organisasi UKBM lainnya yang berniat memberdayakan masyarakat di Desa/kelurahan.

Pemahaman pemerintah supra-Desa bidang kesehatan cenderung memandang Desa sebagai teritorial untuk lokasi fasilitas kesehatan dan UKBM. Sekadar tempat untuk fasilitas kesehatan eksis dan memberikan pelayanan kesehatan. Hingga saat ini masih terdapat kurang lebih 18.193 Desa/kelurahan yang tidak memiliki fasilitas kesehatan dalam bentuk Pustu, Poskesdes atau Posyandu. Ketiga fasilitas kesehatan yang disebut terakhir cenderung masih dipersepsikan sebagai milik atau institusi pemerintah supra-Desa yang berada di teritorial Desa.

Anti-tesis terhadap Puskesmas/Pustu sebagai BLUD adalah Posyandu di Desa. Pasca keberlakuan UU No. 6/2014 tentang Desa dan peraturan pelaksanaannya, Posyandu direkognisi menjadi Lembaga Kemasyarakatan Desa. Suatu lembaga kemasyarakatan yang dibentuk karena kewenangan lokal berskala Desa dan bukan dibentuk oleh kewenangan pemerintah supra-Desa. Apabila Posyandu dibentuk oleh pemerintah supra-Desa dan statusnya diandaikan sebagai lembaga kemasyarakatan, maka label yang tepat adalah “lembaga kemasyarakatan Posyandu di Desa”, yang dibentuk tanpa alas kewenangan lokal berskala Desa. Konsisten dengan implementasi UU No. 6/2014 tentang Desa maka saat ini Posyandu berkedudukan sebagai Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu dan menjadi jejaring UPTD atau BLUD Puskesmas/Pustu.

Situasi kebijakan tentang institusi kesehatan layanan primer di teritorial Desa diringkas dalam pertimbangan dialektis berikut ini:

- a. Tesisnya adalah kedudukan Puskesmas/Pustu sebagai pemberi layanan kesehatan primer,
- b. Anti-tesisnya adalah Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu sebagai pendukung layanan kesehatan primer,
- c. UPTD Puskesmas dan jejaringnya (Pustu) bertransformasi menjadi BLUD dan bekerjasama dengan Lembaga Kemasyarakatan Posyandu untuk memberikan layanan kesehatan dalam program ILP.

BLUD Puskesmas/Pustu tetap berpotensi memberikan layanan kesehatan primer untuk mendukung eliminasi TB di Desa. Institusi BLUD Puskesmas/Pustu tidak bergantung pada APBD dan aktif mencari sumber pendapatan lainnya.

Peran Puskesmas sudah bagus menurut aktivis Yayasan Akses Sehat Indonesia (YASI) Bogor, namun otoritas Puskesmas yang menangani TB hanya satu orang Penanggung Jawab (PJ) sehingga inovasi kebijakan Puskesmas cenderung beragam. Beberapa penanggung jawab eliminasi TB di Puskesmas cukup progresif. Setiap muncul kasus maka datanya langsung didistribusikan, meskipun harus diakui bahwa tidak semua Puskesmas berkinerja seperti itu, mengingat lokasi Puskesmas yang cukup jauh dari pusat kabupaten/kota dan untuk mendatangkan kader terkadang membutuhkan biaya Rp 50.000,00.

Dalam kedudukan hukum Puskesmas sebagai BLUD, kinerjanya sudah lebih baik dan mampu memecahkan masalah kesehatan TB. Hanya saja karena keluasan daerah kabupaten Bogor menyebabkan aksesibilitas menuju Puskesmas terkendala biaya. Di beberapa wilayah Bogor Puskesmas sudah melebihi kapasitas sehingga klinik swasta penting untuk mengambil peran dalam penanganan TB. Tarif layanan kesehatan oleh BLUD



Puskesmas amat terjangkau oleh masyarakat yakni Rp 3.000,00. Masalahnya terdapat pada kualitas layanan. Puskesmas yang mengalami kelebihan kapasitas (*over capacity*) mengalami keterbatasan dalam penanganan sehingga berimbas pada pemeriksaan pasien yang berjalan ala kadarnya. Sejauh ini Puskesmas di Cibinong, Bogor, penanganannya paling baik karena sudah ada dokternya namun bilamana ke Desa dokternya tidak ada (misalnya: perjalanan menuju Jasinga sekitar 2,5 jam dan ketika tiba jam 11 siang dokternya sudah tidak ada). Obat TB relatif sudah tertata sistemnya. Klinik swasta bisa bermitra dengan Puskesmas dan Dinas Kesehatan. Obat TB akan disalurkan oleh Puskesmas atau Dinas Kesehatan.

Transformasi UPTD Puskesmas menjadi BLUD Puskesmas di Pati terjadi sejak akhir tahun 2015. Bupati Pati pada masa itu mendorong UPTD Puskesmas berubah lebih fleksibel dalam pengelolaan keuangannya sehingga Puskesmas diharapkan mampu melayani rawat inap, terutama bagi Puskesmas yang jauh keberadaannya dari rumah sakit. Praktik transformasi UPTD Puskesmas dilegitimasi dengan Perbup Pati No. 25/2017 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan BLUD UPTD Puskesmas dan kemudian dicabut dengan Perbup Pati No. 66/2021 tentang Pola Tata Kelola BLUD UPTD Puskesmas pada Dinas Kesehatan Kabupaten Pati.

Dalam konteks ILP yang mana Pustu menjadi Unit Kesehatan di Desa, maka terdapat elemen situasi bahwa transformasi UPTD Puskesmas menjadi BLUD Puskesmas masih belum diiringi dengan penambahan Pustu di Desa. Ada celah kosong (*gap*) antara Desa dan Puskesmas di teritorial Desa. Upaya memperkuat Puskesmas sebagai BLUD lebih tepat bila disertai dengan memperbanyak Pustu dan berjejaring dengan Desa.

c. Peta Situasi Sosial dan Arena

Peta situasi yang diuraikan sebelumnya telah membangun konsep “BLU Desa” sebagai BLUD Puskesmas untuk menyelenggarakan layanan kesehatan primer yang menjangkau Desa.

Dalam peta dunia sosial dan arena, elemen-elemen pada peta situasi sebelumnya disusun ulang dengan mengidentifikasi entitas kolektif yang mempunyai perspektif atau identitas bersama dan berkomitmen melakukan tindakan kolektif. Entitas kolektif dimaksud meliputi:

1. UPTD Puskesmas yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD (PPK-BLUD),
2. Pustu sebagai Unit Pelayanan Kesehatan di Desa,
3. Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu,
4. BUM Desa atau BUM Desa Bersama (BUM Desma).

Arena terdiri dari beberapa dunia sosial yang semuanya berkomitmen untuk isu-isu tertentu. Arena yang diuraikan pada bagian ini adalah diskursus program ILP yang bermanfaat bagi upaya eliminasi TB di Desa.

Peta dunia sosial dan arena menggambarkan kondisi-kondisi kemungkinan pembentukan “BLUD sebagai penyedia layanan kesehatan primer untuk mendukung eliminasi TB di Desa”.

1. Dunia Sosial BLUD Puskesmas

UPTD Puskesmas telah didorong menjadi BLUD dengan berbagai regulasi pusat dan daerah. Regulasi pusat melegitimasi Puskesmas untuk menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD (PPK-BLUD). Puskesmas dapat mengelola keuangan secara fleksibel dalam upaya penyediaan barang dan/atau jasa layanan umum yang diutamakan untuk pelayanan kesehatan, sebagaimana diatur dalam Permenkes No. 75/2014 tentang Puskesmas juncto Pasal 31 ayat (1) Permendagri No. 79/2018 tentang BLUD.

Persyaratan Substantif, Teknis, dan Administratif. UPTD Puskesmas yang akan menerapkan BLUD harus memenuhi persyaratan yang meliputi substantif, teknis, dan administratif.

Persyaratan substantif tersebut terpenuhi apabila tugas dan fungsi UPTD Puskesmas bersifat operasional dalam menyelenggarakan layanan umum yang menghasilkan semi barang/jasa publik, khususnya penyediaan barang dan/atau jasa layanan umum yang diutamakan untuk pelayanan kesehatan.

Persyaratan teknis akan terpenuhi apabila karakteristik tugas dan fungsi UPTD Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan lebih layak bila dikelola dengan menerapkan BLUD sehingga dapat meningkatkan pencapaian target keberhasilan, dan berpotensi meningkatkan pelayanan kepada masyarakat (khususnya Desa) dan kinerja keuangan apabila dikelola dengan menerapkan BLUD.

Maksud dari kriteria layak tersebut yakni UPTD Puskesmas memiliki potensi untuk meningkatkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara efektif, efisien, dan produktif, dan memiliki spesifikasi teknis yang terkait langsung dengan layanan kesehatan kepada masyarakat Desa.

Maksud dari kriteria berpotensi meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan kinerja keuangan tersebut yakni UPTD Puskesmas mampu menyusun perkiraan rencana pengembangan yang disusun misalnya dari peningkatan/diversifikasi unit layanan, jumlah konsumen dan tingkat kepuasan konsumen, dan mampu menyusun perhitungan/rencana peningkatan pendapatan dalam beberapa tahun yang akan datang dengan ditetapkannya BLUD Puskesmas.

Persyaratan administratif akan terpenuhi, apabila UPTD Puskesmas membuat dan menyampaikan dokumen:

- a. Surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan kinerja;
- b. Pola tata kelola;
- c. Rencana strategis;
- d. Standar pelayanan minimal;
- e. Laporan keuangan atau proyeksi keuangan; dan
- f. Laporan audit terakhir atau pernyataan bersedia untuk diaudit oleh pemeriksa eksternal pemerintah.

Mayoritas sumber daya manusia UPTD Puskesmas berlatarbelakang ilmu medis dan ilmu kesehatan masyarakat, sedangkan penerapan PPK-BLUD pada UPTD Puskesmas mensyaratkan sumber daya manusia yang memahami keuangan daerah dan lapoan keuangan. Beberapa program bimbingan teknis agar pengelola BLUD UPTD Puskesmas yang tidak mempunyai latar belakang ilmu keuangan sudah dilakukan di daerah agar UPTD Puskesmas konsisten menerapkan PPK-BLUD.

Transformasi Kelembagaan Berdasarkan Klaster. Dunia sosial BLUD Puskesmas yang berhubungan dengan diskursus ILP adalah kelembagaan, prosedur kerja, pengelompokan fungsi, dan pengelolaan sumber daya manusia.

Pemerintah kabupaten Pati telah menerbitkan Perbup No. 66/2021 tentang Pola Tata Kelola BLUD UPTD Puskesmas pada Dinas Kesehatan Kabupaten Pati. Struktur kelembagaan BLUD UPTD Puskesmas terdiri dari Bupati, Dewan Pengawas, Pemimpin BLUD, SPI, Pejabat keuangan, Pejabat Teknis Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perseorangan. Terhubung dengan upaya eliminasi TB, Pejabat Teknis Upaya Kesehatan Masyarakat mempunyai salah satu tugas yang relevan dengan tema riset ini yakni memimpin dan mengendalikan pemberantasan penyakit menular, selain tugas-tugas lainnya yang tertuju pada pelayanan kesehatan keluarga, KB, peningkatan gizi masyarakat, penyehatan lingkungan, promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat serta kesehatan tradisional.

Konsep hukum yang dipergunakan dalam regulasi daerah mengenai BLUD UPTD Puskesmas adalah upaya kesehatan. Di lain pihak program ILP mempunyai fokus pada pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan berdasarkan siklus hidup bagi perseorangan, keluarga, dan masyarakat. Struktur organisasi Puskesmas berubah berdasarkan pembagian klaster berikut ini:

- a. Klaster 1 Manajemen,
- b. Klaster 2 Ibu dan Anak,
- c. Klaster 3 Usia Dewasa dan Lanjut Usia,
- d. Klaster 4 Penanggulangan Penyakit Menular,
- e. Lintas klaster.



UPTD Puskesmas yang belum atau telah menerapkan PPK-BLUD berpotensi mengalami transformasi kelembagaan yang semula mempunyai ujung tombak Pejabat Teknis Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perseorangan, berubah menjadi Pejabat Teknis berdasarkan pembagian klaster. Dunia sosial Puskesmas berpotensi dipenuhi dengan kesibukan untuk membicarakan dan menyusun struktur kelembagaan baru berdasarkan klaster. Transformasi kelembagaan BLUD UPTD Puskesmas berdasarkan klaster akan memberikan pelayanan secara komprehensif, meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, sesuai dengan siklus kehidupan dan masalah kesehatan yang dialami pengunjung Puskesmas.

2. Dunia Sosial Pustu sebagai Unit Pelayanan Kesehatan di Desa

Institusi Puskesmas Pembantu (Pustu) merupakan bagian dari BLUD UPTD Puskesmas. Dunia Sosial Pustu semakin kokoh sebagai Unit Pelayanan Kesehatan di Desa. Transformasi kelembagaan berdasarkan klaster pada BLUD UPTD Puskesmas berpotensi untuk berdampak pada Pustu. Paket layanan Pustu harus terstandar sesuai siklus hidup yakni skrining dan edukasi kesehatan, pengobatan terbatas, laboratorium dengan PoCT, aktif dalam perencanaan pembangunan Desa dan pendampingan kader Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu, kunjungan rumah, dan pemantauan wilayah setempat. Tenaga kesehatan yang terlibat minimal satu perawat dan satu bidan. Kegiatan pemberdayaan seperti perencanaan pembangunan Desa dan pemberdayaan masyarakat Desa, manajemen kader Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu, kunjungan rumah, dan pemantauan wilayah setempat dilakukan oleh dua kader.

Masalah dalam dunia sosial Pustu adalah tempat termasuk tanah dan bangunan di Desa. Apabila celah (*gap*) implementasi ILP di Desa diisi dengan pembentukan Pustu secara masif agar menjangkau Desa-desa di kawasan perdesaan tertentu, maka diperlukan tanah Desa dan/atau bangunan milik Desa sebagai tempat berdirinya Pustu. Dalam skema program ILP Pustu berpotensi untuk aktif dalam forum deliberasi penyusunan program pembangunan Desa dan pemberdayaan masyarakat Desa. Kegiatan pemberdayaan semacam ini tidak mungkin mengambil posisi yang berjauhan dari balai/kantor Desa sebagai pusat kegiatan Desa.

Salah satu peluang untuk mempercepat pembentukan Pustu adalah skema kerja sama pemanfaatan aset Desa. Pemerintah Desa dan Badan Permusyawaratan Desa dapat menyelenggarakan Musyawarah Desa yang membahas dan menyepakati pemanfaatan aset Desa berupa tanah dan bangunan untuk dipergunakan Pustu. Transformasi layanan primer akan lebih cepat terlaksana.

Tahun 2024 merupakan momentum bagi Pustu sebagai unit pelayanan kesehatan di Desa agar aktif dalam kegiatan pembangunan Desa (bedah rumah yang tidak layak huni untuk penderita TB di Desa) dan pemberdayaan masyarakat Desa (pendampingan terhadap kader dan pengurus Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu). Tak tertutup kemungkinan Pustu menjalin kerja sama pula dengan Badan Usaha Milik Desa yang mempunyai jenis usaha klinik kesehatan. Pengalaman BUM Desa di Desa Megamendung Bogor dalam menangani orang dengan TB dan penyakit lainnya, setidaknya membuka pandangan baru bahwa Pustu dan BUM Desa saling bekerjasama untuk memberikan layanan kesehatan berbasis siklus hidup pula.

3. Dunia Sosial Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu

Dunia Sosial Posyandu akan diwarnai dengan kesibukan transformasi kelembagaan. Di Desa masih jarang dijumpai agenda permusyawaratan membahas dan menyepakati Perdes tentang Lembaga Kemasyarakatan Desa yang mana Posyandu berada di dalamnya. Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga Posyandu sebagai salah satu jenis Lembaga Kemasyarakatan Desa perlu disusun atau diperbaharui agar mengemban pesan-pesan kebijakan ILP. Posyandu yang berada di dusun, wilayah RT atau wilayah RW dibentuk ulang dengan membawa pesan-pesan pelayanan berbasis siklus hidup, dan dilegitimasi dengan Perdes setelah Musyawarah Desa selesai diselenggarakan. Anggota dan kader kesehatan Posyandu dijamin pembiayaannya operasionalnya agar setiap bulan mampu melaksanakan secara serentak atau terjadwal melakukan layanan kesehatan untuk menjangkau ibu hamil, balita, remaja, usia dewasa dan usia lanjut di Desa. Lembaga kemasyarakatan Desa Posyandu semakin terjamin pula pembiayaannya melalui APB Desa untuk aktif memberikan layanan promotif-preventif melalui penyuluhan, deteksi dini, rapid test, imunisasi dan suplementasi.

Sejatinya Desa mudah mengalokasikan keuangan Desa untuk kegiatan kesehatan berdasar siklus hidup. Masalahnya adalah belum terdapat pendampingan yang utuh mulai dari perencanaan pembangunan Desa hingga pertanggungjawaban keuangannya yang mengemban siklus hidup sebagai pesan utamanya. Dalam kondisi regulasi pusat yang ketat mengatur keuangan Desa maka pihak BLUD UPTD Puskesmas dan Pustu bersama Pemerintah Desa, BPD, Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu dan Pendamping Desa (bila diperlukan), bisa bermusyawarah untuk membahas agenda kegiatan yang tidak melanggar regulasi keuangan Desa.

4. Dunia Sosial BUM Desa Klinik Kesehatan

Pengalaman BUM Desa membentuk Klinik Kesehatan telah menunjukkan kemampuan berjejaring dengan BLUD UPTD Puskesmas. Dalam skema program ILP, BUM Desa memang tidak dinyatakan secara eksplisit sebagai jejaringnya. Jenis usaha klinik kesehatan dan bahkan Unit Usaha (berbentuk PT) klinik kesehatan terkategori sebagai klinik swasta yang berbayar meskipun dengan harga terjangkau oleh masyarakat Desa.

Elemen situasi BUM Desa Klinik Kesehatan yang telah dijelaskan sebelumnya menyatakan bahwa jenis usaha itu aktif ketika BLUD UPTD Puskesmas mengalami keterbatasan jam operasional. Klinik BUM Desa mengambil jam kerja setelah jam operasional Puskesmas berakhir. Seandainya Pustu didirikan masif sebagai unit pelayanan kesehatan di Desa maka klinik BUM Desa tidak perlu berdiri. Sebaliknya ketika Pustu terkendala dalam pembentukannya di Desa, dan Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu terlalu jauh menemui Pustu/Puskesmas, maka klinik BUM Desa merupakan salah satu opsi untuk menjadi jejaring Puskesmas.

Dunia sosial BUM Desa yang bergerak di bidang kesehatan tentu mensyaratkan tenaga kesehatan yang setidaknya setara dengan Pustu. Edukasi, pelatihan, dan komunikasi yang intensif antara BLUD UPTD Puskesmas dan BUM Desa diperlukan lebih intensif agar layanan kesehatan primer berbasis siklus hidup bisa dilakukan secara kolektif antara BUM Desa klinik (pemberi layanan kesehatan) dan Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu.

5. Arena Komitmen: ILP dan Kerja Sama Desa

Peta Arena terdiri dari beberapa dunia sosial yang telah dijelaskan sebelumnya agar entitas kolektif supra-Desa dan Desa berkomitmen untuk mendukung upaya eliminasi TB di Desa. Kondisi kemungkinan pembentukan “BLU Desa” atau “BLUD sebagai pemberi layanan kesehatan primer berbasis siklus hidup untuk mendukung eliminasi TB di Desa” terbuka lebar.

Diskursus praktis ILP telah membuka cara pandang baru bahwa Pustu sebagai bagian dari BLUD UPTD Puskesmas merupakan agenda prioritas bagi Desa. Desa mempunyai kewenangan berskala lokal Desa melalui kerja sama pemanfaatan aset Desa (tanah dan bangunan) untuk pendirian Pustu, bilamana BLUD UPTD Puskesmas tidak mempunyai kecukupan dana untuk mengatur dan mengurus Pustu.

Di lain pihak, Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu memerlukan pendampingan dari Pustu sebagaimana dimaksudkan dalam panduan ILP tentang posyandu terintegrasi. BUM Desa dengan jenis usaha klinik kesehatan menjadi entitas alternatif untuk memperoleh edukasi dari Puskesmas/Pustu dan berjejaring dengan Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu. Penggunaan Dana Desa untuk penanggulangan TB di Desa mensyaratkan relasi antar entitas kolektif di Desa agar pemerintah Desa dan BPD segera membahas dan menyepakati APB Desa yang menjamin aktivitas pembangunan Desa dan pemberdayaan masyarakat Desa untuk upaya promotif-preventif TB dan penyakit menular lainnya.

d. Peta Posisi

Peta posisi menemukan diskursus penerapan ILP di Desa (sumbu x) diskursus praktis kewenangan lokal berskala Desa bidang kesehatan (sumbu y). Dalam peta posisi terdapat keragaman posisi yang diambil dan tidak diambil oleh para aktor ILP dan Desa. Ornop/OMS dapat mempergunakan peta posisi ini untuk melakukan tindakan kolektif pemberdayaan kader kesehatan yang tergabung di Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu maupun BUM Desa klinik kesehatan.



1. Posisi A

BLUD UPTD Puskesmas mengambil tindakan untuk mengubah kelembagaannya secara adaptif agar fokus memberi layanan kesehatan primer berbasis siklus hidup. Pustu dibentuk masif dengan mempergunakan APBN/APBD. Desa (Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu dan BUM Desa klinik) tidak mengambil peran kecuali terdapat instruksi dari supra-Desa.

2. Posisi B

UPTD Puskesmas tidak menerapkan PPK-BLUD karena belum siap memenuhi persyaratan substansi, teknis dan administratif, tetapi menerapkan manajemen berbasis klaster dan fokus pada pelayanan atas siklus hidup. Desa (Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu dan BUM Desa klinik) tidak mengambil peran kecuali terdapat instruksi dari supra-Desa.

3. Posisi C

BLUD UPTD Puskesmas, Pustu sebagai unit pelayanan kesehatan di Desa, Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu, kunjungan rumah dan PWS dilakukan sepenuhnya sehingga kunjungan meningkat. Lembaga kemasyarakatan Posyandu secara bertahap didampingi Ornop/OMS agar mempunyai kompetensi sebagai jejaring Pustu. BUM Desa klinik aktif melakukan layanan kesehatan dalam posisi sebagai klinik swasta.

4. Posisi D

BLUD UPTD Puskesmas, Pustu sebagai unit pelayanan kesehatan di Desa, dan Desa melakukan kerja sama pemanfaatan aset Desa (tanah dan bangunan) untuk implementasi ILP. Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu dan BUM Desa klinik didampingi Pustu dan Ornop/OMS agar maksimum berjejaring dengan Puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya.

e. Kesimpulan

Dalam analisis situasi istilah BLU Desa mengandung bias sama halnya seperti istilah Posyandu Prima. Penggunaan istilah “Desa” dan “Posyandu” yang sudah sekian lama terinternalisasi di dalam pikiran tentang Desa cenderung menyulitkan komunikasi gagasan dan sulit mengandaikan tindakan kolektif terjadi.

Praktik diskursif yang diperoleh selama penelitian membentuk pengetahuan baru bahwa UPTD Puskesmas dalam arena ILP berpotensi berubah menjadi BLUD UPTD Puskesmas yang berjejaring dengan Pustu (unit pelayanan kesehatan di Desa, sekaligus pemberdaya kader kesehatan di Desa).

Peta situasi, peta dunia sosial dan arena, dan peta posisi telah menemukan diskursus penerapan ILP di Desa (sumbu x) dan diskursus praktis kewenangan skala lokal Desa bidang kesehatan (sumbu y). BLUD UPTD Puskesmas merupakan pilihan yang memungkinkan untuk menjawab tema riset “BLU Desa” ini. Diskontinuitas ILP tetap berpotensi muncul apabila Desa tidak maksimum dalam menerapkan kewenangan lokal berskala Desa, terutama penerapan kerja sama pemanfaatan aset Desa (tanah dan bangunan) dengan Puskesmas/Pustu, dan masuknya BUM Desa klinik kesehatan sebagai alternatif aktor dalam ILP.



Pemetaan Situasi dan Assessment Pelibatan Pemangku Kepentingan dalam Pencegahan dan Pengendalian TB di Tempat Kerja

Penyakit TB merupakan salah satu penyakit menular yang berbahaya di dunia dan Indonesia. Periode 2020-2024 dipahami bersama oleh negara dan rakyat Indonesia sebagai kerangka waktu untuk percepatan eliminasi TB, termasuk penanggulangan TB di tempat kerja. Konteks kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja terdiri dari konteks global, nasional dan lokal. Sebelum lebih mendalami hasil analisis penelitian, definisi yuridis tentang “Tempat Kerja”

dinyatakan terlebih dahulu agar terbangun pemahaman bersama. Substansi normatif Pasal 1 ayat (3) Permenaker No. 13/2022 tentang Penanggulangan Tuberkulosis di Tempat Kerja menyatakan:

“**Tempat Kerja** adalah tiap ruangan atau lapangan, tertutup atau terbuka, bergerak atau tetap, dimana tenaga kerja bekerja atau yang sering dimasuki tenaga kerja untuk keperluan suatu usaha dan dimana terdapat sumber atau sumber-sumber bahaya termasuk semua ruangan, lapangan, halaman dan sekelilingnya yang merupakan bagian-bagian atau yang berhubungan dengan Tempat Kerja tersebut.”

a. Konteks Global Kebijakan Penanggulangan TB Di Tempat Kerja

Organisasi WHO (2022) memberikan fakta-fakta mengenai TB pada konteks global. Situasi TB di berbagai negara dan Indonesia memberikan pemahaman awal terhadap masalah penanganan TB yang nantinya berkembang pada arena ekonomi, sosial dan perburuhan.

1. TB merupakan penyebab kematian terbesar ke-13 di dunia dan sekaligus penyakit menular penyebab kematian terbesar kedua setelah COVID-19 (di atas HIV/AIDS). Data WHO menyatakan sekitar 1,5 juta orang meninggal akibat TB pada 2020 (termasuk 214.000 orang dengan HIV). Dalam kurun waktu 20 tahun (antara tahun 2000 dan 2020) diperkirakan kurang lebih 66 juta nyawa diselamatkan melalui diagnosis dan pengobatan TB.
2. TB ada di semua negara dan pada segala kelompok usia. Penyakit TB dapat dicegah dan disembuhkan.
 - a) Data WHO menyatakan bahwa pada 2020 diperkirakan kurang lebih 10 juta orang dengan TB di seluruh dunia (sekitar 5,6 juta laki-laki, 3,3 juta perempuan, dan 1,1 juta anak-anak dengan TB).
 - b) TB pada anak-anak dan remaja sering kali diabaikan oleh tenaga kesehatan. Data WHO menyatakan bahwa pada 2020 kurang lebih 1,1 juta anak menderita TB di seluruh dunia. Penyakit TB pada anak-anak dan remaja masih bisa didiagnosis dan diobati.
3. Indonesia termasuk negara penyumbang terbesar penyakit TB.
 - a) Data WHO menyatakan bahwa pada 2020 sekitar 30 negara dengan beban TB yang tinggi menyumbang 86% kasus TB baru.
 - b) Dua pertiga dari jumlah ini berasal dari 8 (delapan) negara, dengan India sebagai penyumbang terbesar, diikuti Tiongkok, Indonesia, Filipina, Pakistan, Nigeria, Bangladesh, dan Afrika Selatan.
4. TB Resistan Obat (TB-RO) masih menjadi krisis kesehatan masyarakat dan ancaman keamanan kesehatan. Data WHO menyatakan bahwa pada 2020 kurang lebih hanya satu dari tiga orang dengan TB-RO yang bisa mengakses pengobatan.
5. Insidensi TB secara global menurun kurang lebih 2% per tahun, dan antara tahun 2015 dan 2020, terjadi penurunan kumulatif sebesar 11%. Angka ini melebihi separuh sasaran *End TB Strategy* (Strategi Mengakhiri TB) yaitu penurunan kurang lebih 20% antara tahun 2015 dan 2020.
6. Di seluruh dunia, hampir satu dari dua rumah tangga terdampak TB menanggung biaya sebesar lebih dari 20% pemasukan rumah tangga mereka, menurut data survei biaya pasien TB nasional terbaru yang diekspose oleh WHO 2022. Dunia belum mencapai sasaran 0% pasien TB dan rumah tangga yang menghadapi biaya katastrofik akibat penyakit TB pada tahun 2020.
7. Pada 2022 kurang lebih US\$ 13 miliar akan dibutuhkan setiap tahunnya untuk pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan pelayanan untuk mencapai sasaran global yang disepakati pada pertemuan tingkat tinggi Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) tentang TB pada 2018.
 - a) Negara-negara berpendapatan rendah dan menengah yang menyumbang 98% kasus TB telah melakukan pendanaan tetapi pendanaan yang dilaporkan masih jauh lebih rendah dibandingkan



pendanaan yang dibutuhkan. Data WHO lebih lanjut menyatakan bahwa pengeluaran sepanjang tahun 2020 hanya mencapai US\$ 5,3 miliar, kurang dari setengah (41%) target global.

- b) Terdapat penurunan pengeluaran sebesar 8,7% antara tahun 2019 dan 2020 (dari US\$5,8 miliar menjadi US\$5,3 miliar). Pendanaan TB pada 2020 kembali turun pada besaran pendanaan 2016.
8. WHO menegaskan bahwa Strategi Mengakhiri Epidemii TB (End TB Strategy) 2030 merupakan salah satu target kesehatan *Sustainable Development Goals* (SDGs/Tujuan Pembangunan Berkelanjutan) PBB.

Organisasi WHO dan organisasi perburuhan ILO (2010) selanjutnya mengembangkan penanggulangan TB di tempat kerja. Masalah penanggulangan TB meluas pada arena ekonomi, sosial dan perburuhan. Kedua organisasi itu menerbitkan secara ringkas “*Panduan untuk Berbagai Tindakan Pengendalian TB di Tempat Kerja*” (*Guidelines for Workplace Control Activities*). Penyakit TB merupakan masalah tidak hanya bagi individu tetapi juga bagi keluarga, masyarakat, perusahaan dan negara. Epidemii AIDS telah memicu peningkatan TB yang mana orang dengan sistem kekebalan yang lemah karena HIV sangat rentan terhadap TB.

Dalam pengaturan prevalensi HIV yang tinggi, banyak pekerja rentan terhadap TB. Pekerja yang sakit berarti hilangnya keterampilan dan pengalaman berminggu-minggu atau berbulan-bulan, produksi terganggu, dan produktivitas berkurang. Ada juga biaya perawatan langsung yang harus ditanggung buruh atau perusahaan. Buruh penerima upah kerja yang menderita TB kehilangan waktu untuk melakukan aktivitas kerja dalam jangka waktu 6 (enam) bulan. Apabila aktivitas kerja buruh dengan TB terganggu selama satu tahun lebih maka buruh akan berisiko mengalami terminasi kerja.

TB juga merupakan penyumbang utama kesehatan yang buruk dan kemiskinan di masyarakat, yang berpengaruh pada keamanan keluarga dan perusahaan. Dampak makroekonomi dari buruh dengan TB memang perlu diteliti lebih cermat. Tema penelitian mengenai dampak makroekonomi akan fokus menghitung kerugian kumulatif dari pendapatan individu dan kerugian produktivitas, sementara penelitian ini terbatas melakukan pemetaan dan penilaian terhadap aktor pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja.

Dalam pertimbangan faktual dan normatif, tempat kerja sangat relevan untuk pencegahan dan pengendalian TB dengan prasyarat adanya situasi “*win-win*” (sama-sama menguntungkan) antara buruh dan pengusaha. Individu buruh berhak menerima informasi penting tentang hak kesehatan, penyakit TB, dan perawatan bila diperlukan, sedangkan pengusaha menghemat biaya serta mengantisipasi gangguan dan kerugian produktivitas.

Diskursus praktis kebijakan dan program TB di tempat kerja berkaitan dengan masalah kesehatan lainnya, terutama HIV/AIDS, dan dikembangkan melalui kolaborasi antara manajemen perusahaan dan buruh. Partisipasi penuh dari buruh dan perwakilan/organisasi buruh bertujuan untuk memastikan implementasi yang efektif, sehingga memungkinkan untuk mempertahankan tingkat pengendalian TB yang dapat diterima dengan biaya yang wajar.

Substansi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja mencakup pokok-pokok gagasan sebagai berikut:

- a) Pembuatan komitmen tertulis/eksplisit yang melegitimasi tindakan perusahaan;
- b) Memastikan konsistensi antara kebijakan tertulis di perusahaan dengan hukum nasional;
- c) Menetapkan hak-hak mereka yang terkena dampak;
- d) Memberikan panduan kepada manajer, supervisor dan layanan kesehatan kerja;
- e) Membantu buruh/pekerja dengan TB untuk memahami dukungan dan perawatan yang akan mereka terima, sehingga mereka lebih melangkah maju untuk pengobatan yang tepat;
- f) Membantu untuk menghentikan penyebaran TB melalui program pencegahan; dan
- g) Membantu dalam perencanaan pengendalian TB dan manajemen dampak.

b. Konteks Nasional Kebijakan Penanggulangan TB di Tempat Kerja

Tindakan strategis penanggulangan TB nasional dilegitimasi melalui **Perpres No. 67/2021 tentang Penanggulangan**

Tuberkulosis. Aturan hukum tentang TB ini meletigimasi secara legal berbagai tindakan koordinasi pemerintah dan sekaligus tindakan koordinasi sosial yang dilakukan oleh Organisasi Non-Pemerintah (Ornop) dan/atau Organisasi Masyarakat Warga (OMS; *Civil Society Organizations* atau CSOs). Kesatuan gerak antara tindakan koordinasi pemerintahan dan sosial antara lain diselenggarakan melalui gerakan:

1. Temukan TB Obati Sampai Sembuh (TOSS),
2. Penemuan kasus TB secara aktif,
3. Terapi pencegahan TB,
4. Pelibatan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah dan swasta, dan
5. Pelibatan aktor pemerintah, masyarakat dan swasta.

Beban penanggulangan TB secara umum di Indonesia yang harus dituntaskan oleh pemerintah, Ornop, OMS dan perusahaan/swasta telah dipublikasikan dalam Laporan Program Penanggulangan Tuberkulosis Tahun 2022 yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan (2023). Kondisi faktual beban penanggulangan TB secara umum dinyatakan sebagai berikut:

1. Estimasi insiden TBC Indonesia tahun 2021 sebesar 969.000 atau 354 per 100.000 penduduk sedangkan TB-HIV sebesar 22.000 kasus per tahun atau 8,1 per 100.000 penduduk.
2. Kematian karena TBC diperkirakan sebesar 144.000 atau 52 per 100.000 penduduk dan kematian TBC-HIV sebesar 6.500 atau 2,4 per 100.000 penduduk.
3. Berdasarkan insiden tuberkulosis 2000-2020 terjadi penurunan insiden TBC dan angka kematian TBC, meskipun tidak terlalu tajam, tetapi terjadi peningkatan pada 2020-2021.
4. Insiden TBC pada tahun 2021 terjadi peningkatan 18% dan angka kematian TBC mengalami peningkatan 55% untuk absolut.
5. Berdasarkan insiden TBC sebesar 969.000 kasus per tahun terdapat notifikasi kasus TBC tahun 2022 sebesar 724.309 kasus (75%); atau masih terdapat 25% yang belum ternotifikasi; baik yang belum terjangkau, belum terdeteksi maupun tidak dilaporkan.
6. Estimasi kasus TBC MDR/RR (Tuberkulosis Resisten Obat Ganda; Multi-Drug Resistant Tuberculosis) tahun 2021 sebesar 28.000 atau 10 per 100.000; bila dibandingkan dengan tahun 2020 terdapat peningkatan sebesar 17% dari 24.000 dan rate per 100.000 penduduk sebesar 15%;
7. Penemuan kasus TBC RO (Tuberkulosis Resisten Obat) sebesar 12.531 dengan cakupan 51%.

Di lain pihak fenomena empiris penanggulangan TB secara khusus di tempat kerja memperlihatkan penduduk usia kerja yang rentan mengalami TB:

1. Jumlah penduduk usia kerja di Indonesia kurang lebih 211,59 juta jiwa (BPS, Februari 2023),
2. Angkatan kerja kurang lebih 146,62 juta jiwa dan yang bekerja kurang lebih 138,63 juta jiwa (39,88% sektor formal dan 60,12% sektor informal, sedangkan laki-laki sekitar 83,985% dan perempuan 54,42%),
3. Penduduk usia kerja dan angkatan kerja berisiko menghadapi situasi di tempat kerja yang mana tempat kerja itu terdapat gangguan fisika, biologi, ergonomis, psikososial dan kimia, yang memicu pajanan lingkungan kerja,
4. Perilaku buruh/pekerja dan fasilitas layanan kesehatan kerja turut menentukan status kesehatan buruh selain pajanan lingkungan kerja,
5. Gangguan kesehatan seperti penyakit menular (TB) membayangi kualitas kesehatan buruh/pekerja.

Konteks kebijakan nasional penanggulangan TB berkembang seiring dengan kebijakan global WHO dan ILO tentang penanggulangan TB di tempat kerja. Kementerian Kesehatan (2023) telah mencatat beberapa upaya pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja secara faktual antara lain sebagai berikut:

1. Komitmen kolaborasi antara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan *Multi-National Corporation* (MNC) untuk tatalaksana TBC sesuai standar,
2. Proses revisi panduan penanggulangan TB di tempat kerja,
3. Proses revisi petunjuk teknis pelacakan kasus pada pelaku perjalanan luar negeri (salah satunya pekerja migran Indonesia),
4. Dialog daring dan luring tentang program penanggulangan TB di tempat kerja atau Pekerja Bebas TBC untuk



Tindakan kolaborasi dan proses revisi berbagai panduan penanggulangan TB di tempat kerja (*Panduan Pengendalian Tuberkulosis di Tempat Kerja: Panduan Bersama Kementerian Kesehatan dan Kementerian Ketenagakerjaan, 2015*) selanjutnya dilegitimasi legal dengan **Peraturan Menteri Tenaga Kerja No. 13/2022 tentang Penanggulangan TB di Tempat Kerja**. Regulasi penanggulangan TB di tempat kerja ini mengadaptasi perkembangan pendekatan dari WHO dan ILO. Kementerian Kesehatan dan Kementerian Ketenagakerjaan juga telah menyebarluaskan pokok-pokok pikiran kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja tersebut melalui instansi Dinas Kesehatan dan Dinas Ketenagakerjaan di kabupaten/kota.

Penelitian ini melakukan konfirmasi terdapat norma hukum dalam Permenaker No. 13/2022 tentang Penanggulangan TB di Tempat Kerja, terutama kewajiban bagi pengusaha dan pengurus di lokasi penelitian (Sukabumi dan Semarang) untuk melakukan:

1. Penyusunan kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja;
2. Sosialisasi, penyebaran informasi dan edukasi TB di tempat kerja;
3. Penemuan kasus TB;
4. Penanganan kasus TB; dan
5. Pemulihan kesehatan.

Dalam perspektif Ornop/OMS berbagai norma hukum kewajiban, kewenangan dan prosedur dari kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja lebih tepat dibahas dari diskursus praktis hukum dan hak asasi manusia. Distingsi ini untuk memperkaya perspektif proseduralistis dari instansi pemerintah dan perusahaan dalam penanggulangan TB di tempat kerja. Isu penanggulangan TB di tempat kerja konsekuensinya dikaitkan dengan diskursus praktis sosial, ekonomi dan perburuhan. Hak keselamatan dan hak kesehatan untuk buruh merupakan konsep hak asasi manusia yang mendasar dan sekaligus merepresentasikan kedudukan buruh sebagai aset manusia yang bernilai. Jika hak kesehatan buruh terpenuhi maka produktivitasnya meningkat.

Subjek hukum yang terlibat sebagai aktor penanggulangan TB sebagaimana diatur dalam Permenaker No. 13/2022 tentang Penanggulangan Tuberkulosis di Tempat Kerja terdiri dari:

1. Aktor dalam korporasi:
 - a) Definisi yuridis tentang pekerja/buruh: setiap orang yang bekerja dengan menerima upah atau imbalan dalam bentuk lain;
 - b) Definisi yuridis tentang pengusaha: orang yang mempunyai tugas memimpin langsung sesuatu Tempat Kerja atau bagiannya yang berdiri sendiri.
 - c) Subjek hukum pengusaha meliputi:
 - d) Orang perseorangan, persekutuan, atau badan hukum yang menjalankan suatu perusahaan milik sendiri;
 - 1) Orang perseorangan, persekutuan, atau badan hukum yang secara berdiri sendiri menjalankan perusahaan bukan miliknya;
 - 2) Orang persekutuan, persekutuan, atau badan hukum yang berada di Indonesia mewakili perusahaan (milik sendiri; menjalankan perusahaan bukan miliknya) dan mewakili perusahaan yang berkedudukan di luar wilayah Indonesia.
2. Aktor pemerintah: pengawas ketenagakerjaan (Pegawai Negeri Sipil yang diberi tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melaksanakan kegiatan pembinaan, pemeriksaan, pengujian, penyidikan, dan pengembangan sistem pengawasan ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan).

Subjek hukum dalam penanggulangan TB di tempat kerja selanjutnya dikonstruksi sebagai aktor yang berkepentingan dalam pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja. Tak tertutup kemungkinan ditemukan aktor selain subjek hukum dalam substansi normatif Permenaker No. 13/2022 Penanggulangan TB di Tempat Kerja.

c. Konteks Lokal Kebijakan Penanggulangan TB di Tempat Kerja

Informasi tentang intervensi regulasi penanggulangan TB relatif mudah ditelusuri melalui norma hukum kewenangan, perilaku, dan prosedur dalam Permenaker No. 13/2022 Penanggulangan TB di Tempat Kerja. Di lain pihak diskursus teoritis sosiologi hukum dipertimbangkan dalam penelitian ini bahwa validitas faktual lebih utama dipertimbangkan, sebelum substansi normatif diterima sebagai kebenaran yuridis.

Informasi faktual yang diperoleh selama proses wawancara, dialog dan observasi di Sukabumi dan Semarang dibangun untuk memperoleh konteks lokal dari kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja. Substansi normatif Permenaker No. 13/2022 Penanggulangan TB di Tempat Kerja juga dipertimbangkan sebagai salah satu perspektif untuk memperoleh informasi, pendapat, dan argumen. Informasi faktual yang diperoleh mungkin melampaui atau sebaliknya kurang memenuhi substansi normatif.

Uraian sistematis berikut ini ditujukan untuk menjawab pertanyaan pragmatis penelitian:

1. Apakah isu dan tantangan penanggulangan TB di tempat kerja?
2. Siapa aktor penanggulangan TB di tempat kerja?
3. Bagaimana cara Ornop/OMS masuk ke arena sosial penanggulangan TB di tempat kerja?

d. Isu, Tantangan dan Identifikasi Aktor

Isu dan tantangan penanggulangan TB di tempat kerja diuraikan dengan mengkategorikan hasil wawancara berdasar substansi normatif Permenaker No. 13/2022 Penanggulangan TB di Tempat Kerja. Substansi hukum Permenaker sebagian besar tertuju pada arena dan sistem perusahaan, sehingga pembahasan awal tentang isu dan tantangan kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja berkonteks arena dan sistem perusahaan (Tabel 2 Isu, Tantangan, dan Identifikasi Aktor).

1. Penyusunan Kebijakan Penanggulangan TB di Tempat Kerja

Dalam Pasal 3 Permenaker 13/2022 Penanggulangan TB di Tempat Kerja diatur bahwa pengusaha dan pengurus wajib menyusun kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja, minimal memuat tentang:

- a. Komitmen dalam melakukan penanggulangan TB di tempat kerja,
- b. Program kerja penanggulangan TB di tempat kerja, dan
- c. Penghapusan stigma dan diskriminasi pada pekerja/buruh yang menderita TB.

Pengusaha dan pengurus perusahaan mempunyai pendapat dan pengalaman praktik yang variatif untuk memenuhi kewajiban menyusun kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

2. Komitmen dalam melakukan penanggulangan TB di tempat kerja

Praktik penanganan TB di tempat kerja tidak berdiri sendiri melainkan saling berkaitan dengan penanganan kesehatan secara umum di perusahaan. Salah seorang staf perusahaan yang menangani kesehatan dalam perusahaan di Sukabumi memberikan contoh praktis tentang komitmen dalam penanggulangan TB di tempat kerja. Perusahaan ini memperoleh penghargaan dari Asosiasi Dinas Kesehatan se-Indonesia pada 2023 setelah sukses menangani AIDS, TB dan Malaria. Narasumber meminta untuk dirahasiakan identitasnya. Ia menyatakan bahwa belum ada kebijakan tertulis secara khusus tentang TB di perusahaan. Perusahaan tidak memilah dan tidak membedakan penanganan penyakit menular (TB, HIV/AIDS, dan lainnya). Perusahaan hanya berkomitmen secara tertulis dan umum mengenai keselamatan dan kesehatan kerja. Di lain pihak komitmen penanggulangan TB praktis dilakukan ketika perusahaan menemukan kasus buruh/pekerja dengan TB. Perusahaan berkomitmen membayar gaji buruh dengan TB selama proses pengobatan 6 (enam) bulan tanpa pemotongan gaji. Pendapat serupa dinyatakan oleh Deddy (APINDO, PT Sandang Asia Maju Abadi Semarang). Perusahaan di Semarang belum mempunyai komitmen kebijakan tertulis yang secara khusus menyatakan penanggulangan TB di tempat kerja.

Fenomena penanggulangan Covid-19 di perusahaan turut membayangi pengalaman perusahaan membentuk hukum kesehatan di tempat kerja. Mereka merefleksikan pengalamannya bahwa hukum kesehatan di tempat kerja berhubungan dengan intervensi pemerintah terhadap penyakit Covid-19 dan wabah penyakit menular



lainnya. Bentuk aturan hukum atau kebijakan tentang penanggulangan penyakit menular di perusahaan sangat beragam. Belum ada standar bentuk aturan yang bisa diadaptasi oleh perusahaan. Pihak manajemen perusahaan lebih banyak bertindak praktis dengan menganjurkan buruh/pekerja yang terdeteksi penyakit menular untuk segera berobat. Mereka menganjurkan pemeriksaan kesehatan bukan hanya pada pribadi buruh/pekerja tetapi juga keluarganya.

Pandangan serupa tapi berbeda posisi disampaikan oleh buruh/pekerja atau perwakilan serikat buruh (Semarang dan Sukabumi). Buruh/pekerja dan serikat buruh belum mengetahui bentuk kebijakan tertulis/eksplisit yang disahkan oleh direksi. Narasumber dari Serikat Buruh Muslimin Indonesia (Sarbumusi) Sukabumi dan Federasi Serikat Pekerja Industri (FSPI) Semarang selama ini fokus pada perjuangan upah, pemenuhan hak kesehatan buruh secara umum, dan pendampingan terhadap buruh yang sakit. Setelah proses wawancara mengenai pentingnya kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja, mereka berkomitmen untuk mengawal dan mengawasi pembentukan komitmen tertulis yang disahkan oleh perusahaan tersebut.

Isu dan tantangan mengenai komitmen dalam penanggulangan TB di tempat kerja berada dalam skala komitmen minimal, moderat, dan maksimal:

- a. **Komitmen minimal.** Adaptasi kebijakan tertulis penanggulangan TB di tempat kerja sebagai salah satu klausul Perjanjian Kerja Sama atau Perjanjian Kerja Bersama. Buruh/pekerja, pengusaha dan perusahaan melakukan dialog dengan mempertimbangkan pendapat dari otoritas pemerintah bidang kesehatan dan ketenagakerjaan, selama proses pembentukan klausul perjanjian kerja.
- b. **Komitmen moderat.** Pembuatan aturan tertulis penanggulangan penyakit menular termasuk penanggulangan TB di tempat kerja. Buruh/pekerja atau serikat buruh/pekerja, dinas kesehatan, dan dinas ketenagakerjaan terlibat dalam proses pembuatan kebijakan tertulis itu dan disahkan oleh jajaran direksi.
- c. **Komitmen maksimal.** Aturan tertulis tentang penanggulangan TB merupakan aturan spesifik selain kebijakan perusahaan dalam penanggulangan penyakit menular di tempat kerja. Pembuatan aturan tertulis penanggulangan TB di tempat kerja dibahas secara deliberatif bersama buruh/pekerja, dinas kesehatan, dan dinas ketenagakerjaan, dan disahkan oleh jajaran direksi.

3. Program kerja penanggulangan TB di tempat kerja

Pengusaha dan pengurus tidak menyusun program kerja secara khusus mengenai penanggulangan TB. Diskursus praktis yang dilakukan oleh pengusaha dan pengurus perusahaan yakni melakukan program kerja kolaborasi antara perusahaan dan pemerintah daerah (dinas kesehatan dan dinas ketenagakerjaan) untuk sosialisasi dan penemuan kasus TB di tempat kerja. Program kolaborasi ini, terutama yang dilakukan oleh perusahaan multi-nasional di Sukabumi, merupakan tindakan tata pemerintahan penanggulangan TB. Salah seorang staf perusahaan multi-nasional di Sukabumi mengisahkan bahwa program penanggulangan TB lebih efektif bilamana perusahaan terlibat dalam organisasi pemerintah yang secara *ad hoc* menangani HIV/AIDS. Keterkaitan antara penderita HIV/AIDS dan TB memudahkan pembuatan program pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS dan TB pada waktu bersamaan.

Program kerja yang khusus tentang penanggulangan TB di perusahaan memang tidak terumuskan secara berkala/tahunan tetapi bersifat kegiatan kasuistis. Ini juga direfleksikan dari pengalaman perusahaan dalam menangani pengobatan buruh/pekerja dengan TB yang akhirnya meninggal dunia. Buruh dengan TB itu meninggal bukan disebabkan Penyakit Akibat Kerja (PAK) setelah dokter spesialis di perusahaan memberikan opini profesionalnya. Di lain pihak imajinasi sosial tentang program penanggulangan TB di tempat kerja tertuju pada perbaikan gizi buruh/karyawan. Salah seorang anggota APINDO Semarang menyatakan bahwa secara umum perusahaan harus memikirkan program perbaikan gizi seperti menyediakan susu untuk buruh/pekerja. Perusahaan harus memikirkan kalori pada buruh/pekerja. Asupan makanan yang kurang akan mengakibatkan tubuh buruh melemah dan terkena penyakit, tak terkecuali TB.

Serikat buruh dan buruh/pekerja masih belum ter pikirkan program penanggulangan TB yang tepat. Tantangan bagi perusahaan, pengusaha, pemerintah daerah, buruh dan serikat buruh adalah memulai untuk duduk

bersama dan merumuskan program yang dalam situasi internal dan eksternal. Program dalam situasi internal misalnya program perbaikan gizi buruh/pekerja, sedangkan program dalam situasi eksternal yakni aktivitas perwakilan perusahaan dalam organisasi ad hoc pemerintah daerah (tim penanggulangan HIV/AIDS, TB dan penyakit menular lainnya).

Penyusunan kebijakan dan program penanggulangan TB yang diandaikan memiliki persambungan antara perusahaan dan pemerintah daerah berpeluang untuk disepakati dan diatur dalam peraturan di daerah. Peraturan bupati atau peraturan walikota mengenai penanggulangan TB di tempat kerja dapat disusun secara diskresioner untuk menguatkan peran pengawas ketenagakerjaan dalam perumusan komitmen, kebijakan dan program penanggulangan TB di tempat kerja (vide Pasal 3 juncto Pasal 9 Permenaker No. 13/2022 Penanggulangan TB di Tempat Kerja).

Isu dan tantangan yang mengemuka dalam pembuatan program penanggulangan TB yakni implementasi kebijakan penanggulangan TB di perusahaan padat karya. Ribuan buruh/pekerja di perusahaan padat karya memerlukan program perbaikan gizi untuk pencegahan penyakit menular termasuk HIV/AIDS dan TB. Tak semua perusahaan padat karya baik berskala nasional maupun multi-nasional mudah untuk diakses informasinya tentang program penanggulangan TB di tempat kerja. Ini memerlukan tindakan yang lebih komunikatif antara otoritas pemerintah daerah (dinas kesehatan dan dinas ketenagakerjaan) dan perusahaan padat karya seperti garmen, sepatu, dan lain sebagainya.

4. Penghapusan stigma dan diskriminasi pada pekerja/buruh yang menderita TB.

Arena perusahaan multi-nasional di Sukabumi dan perusahaan skala lokal dan nasional di Semarang telah melakukan internalisasi untuk penghapusan stigma dan diskriminasi pada buruh/pekerja dengan HIV/AIDS. Di perusahaan multi-nasional di Sukabumi misalnya sudah terdapat kebijakan yang menyatakan bahwa tidak boleh ada stigma dan pelecehan terhadap penderita HIV/AIDS. Diskursus praktis pencegahan stigma dan diskriminasi terhadap pekerja/buruh dengan TB tidak berdiri sendiri melainkan disatukan dengan kebijakan perusahaan mengenai penghapusan stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV/AIDS.

Tantangan terbesar misalnya di perusahaan garmen di Cicurug, Sukabumi, yang mana mayoritas pekerjanya perempuan. Di wilayah itu banyak buruh pendatang dari daerah luar Sukabumi, banyak tempat kos di kawasan perdesaan di kecamatan Cicurug, yang berpotensi menjadi tempat transaksi seksual terselubung. Beberapa sopir datang ke tempat kos itu dengan memanfaatkan aplikasi hijau (MeChat) sehingga kasus HIV/AIDS berpotensi banyak ditemukan di wilayah ini.

Isu dan tantangan penghapusan stigma dan diskriminasi pada pekerja/buruh dengan TB antara lain sebagai berikut:

1. Stigma terhadap orang dengan TB memungkinkan terjadi di perusahaan dan rumah walaupun stigma TB tidak separah stigma HIV/AIDS;
2. Stigma kemiskinan dan kekumuhan melekat pada buruh/pekerja dengan TB;
3. Stigma rendahnya moralitas-seksual melekat pada buruh/pekerja yang menderita HIV/AIDS.

5. Sosialisasi, Penyebaran Informasi dan Edukasi TB di Tempat Kerja

Substansi hukum Pasal 4 huruf a Permenaker No. 13/2022 Penanggulangan TB di Tempat Kerja mengatur perilaku sosialisasi dengan mempergunakan kebijakan perusahaan yang tertulis/eksplisit mengenai penanggulangan TB di tempat kerja. Implementasi atas substansi hukum tersebut cenderung terlaksana melalui konvensi/kebiasaan bahwa penanganan penyakit menular seperti TB lebih efisien ditangani secara kasuistis.

Kultur efisiensi di lingkungan perusahaan multi-nasional maupun nasional dalam penanggulangan penyakit menular atau wabah penyakit bisa saja mengalami perubahan. Perusahaan dapat menyusun dan menerbitkan kebijakan tertulis mengenai penanggulangan TB di tempat kerja, bilamana otoritas pemerintah/pemerintahan daerah menyatakan penyakit menular tertentu sebagai prioritas nasional (seperti Covid-19). Sosialisasi



penanggulangan TB di tempat kerja belum optimal membicarakan cara menyusun kebijakan tertulis mengenai penanggulangan TB versi perusahaan.

Dalam kondisi distingtif antara intervensi regulatif pemerintah dan efisiensi perusahaan terdapat tindakan minimalis. Tindakan minimalis yang ditemukan selama proses wawancara yakni pengusaha dan pengurus perusahaan mengundang otoritas pemerintah daerah (dinas kesehatan atau dinas ketenagakerjaan) untuk memberikan sosialisasi, penyebaran informasi, dan edukasi TB di tempat kerja. Informasi kebijakan yang tersampaikan tentu informasi kebijakan versi pemerintah dan bukan kebijakan tertulis/eksplisit atau program penanggulangan TB versi perusahaan.

Di lain pihak organisasi serikat pekerja/buruh belum banyak mengetahui regulasi penanggulangan TB di tempat kerja karena masih fokus pada tuntutan upah. Fenomena ini selain karena konsentrasi perjuangan serikat buruh pada pemenuhan upah dan hak kesehatan secara umum (Keselamatan dan Kesehatan Kerja; K3), kebijakan tertulis dari pemerintah daerah belum tersampaikan langsung kepada buruh secara keseluruhan. Penyakit TB belum tersosialisasi sebagai penyakit menular yang membahayakan keamanan dan kesejahteraan buruh dan laba perusahaan.

Isu dan tantangan dalam praktik sosialisasi, penyebaran informasi, dan edukasi TB di tempat kerja diuraikan berikut ini:

a. **Kerja sama sosialisasi antara perusahaan dan pemerintah daerah;**

Beberapa bulan pasca keberlakuan Permenaker No. 13/2022 tentang Penanggulangan TB di Tempat Kerja, salah satu perusahaan multi-nasional di Sukabumi mengundang dinas kesehatan untuk memberikan sosialisasi tentang HIV/AIDS dan TB pada Maret 2023. Acara sosialisasi ditayangkan melalui media daring, secara live streaming, sehingga bisa diikuti oleh buruh/pekerja dari cabang/wilayah kerja lainnya di Indonesia. Isi sosialisasi mencakup penanganan kasus TB di tempat kerja.

Tindakan lainnya dilakukan di Semarang. Pemerintah daerah melalui Puskesmas memiliki kerja sama dengan perusahaan-perusahaan sehingga apabila adanya temuan kasus TB, maka buruh/pekerja segera dapat ditangani. Arena sosialisasi penanggulangan TB meluas pada pertemuan tiga pihak (pengusaha, buruh dan pemerintah daerah), pengumuman, fitur Group pada aplikasi WhatsApp, dan publikasi melalui pengeras suara. Pesan yang disampaikan kurang lebih mengenai himbauan untuk menjaga kebersihan, menjaga kesehatan, cuci tangan, sanitasi bersih, lingkungan bersih dan upaya preventif lainnya.

b. **Perilaku hidup bersih dan sehat dan etika batuk;**

Pesan-pesan preventif perilaku hidup bersih dan sehat yang disampaikan kepada buruh/pekerja di tempat kerja bersifat umum. Salah satu praktik internalisasi perilaku hidup bersih dan sehat di tempat kerja yakni setiap hari Rabu pengurus perusahaan melakukan pengarahan (briefing) tentang perilaku hidup bersih dan sehat bersama dengan dokter. Masing-masing pengurus/manajer melanjutkan penyebaran informasi itu kepada tim manajemen. Video pendek tentang perilaku hidup bersih dan sehat dibuat oleh tim kreatif perusahaan dan dibagikan melalui WhatsApp Group kepada buruh/pekerja. Pihak perusahaan menilai bahwa sosialisasi melalui media sosial masih terbuka untuk ditambah pesan-pesan tentang perilaku etiket batuk.

c. **Peningkatan daya tahan tubuh;**

Asupan vitamin untuk buruh/pekerja dilakukan untuk peningkatan daya tahan tubuh meskipun tidak menjadi fokus karena bahan kimia yang dikandungnya. Pengurus perusahaan lebih condong menyelenggarakan kegiatan olah raga dan menyediakan sarana olah raga. Tiap tahun pengurus perusahaan menyelenggarakan pertandingan olah raga sepak bola, mini soccer, tenis meja, dan bulu tangkis. Perusahaan menyediakan pula layanan nutrisonis yang memantau kesehatan buruh/pekerja. Layanan konseling untuk kesehatan jiwa buruh/pekerja disediakan oleh perusahaan. Buruh/pekerja tidak perlu membayar biaya jasa konsultasi psikologi. Biaya jasa psikolog dibayar oleh pengurus perusahaan dan tidak dibebankan kepada

buruh/pekerja.

d. **Edukasi dampak penyakit penyerta;**

Pengurus perusahaan bersama Puskesmas (dokter dan bidan) memberikan edukasi mengenai dampak penyakit penyerta. Salah seorang Bidan yang bertugas di Puskesmas Cipari, Sukabumi, merefleksikan pengalamannya ketika menangani buruh/pekerja dengan TB yang meninggal karena dampak penyakit penyerta. Kasus lain yang pernah ditanganinya antara lain orang dengan HIV/AIDS yang menderita TB-MDR sehingga HIV/AIDS memperparah kondisinya. Bidan memberikan apresiasi terhadap Penabulu-STPI yang memberikan tunjangan biaya enabler untuk orang dengan TB-MDR di Sukabumi. Mereka yang sudah sembuh dari TB-MDR juga ada sertifikatnya.

e. **Pemeliharaan dan perbaikan kualitas tempat kerja.**

Lingkungan tempat kerja mengandung risiko adanya bahan kimia, kurangnya asupan cahaya, psikososial dan sebagainya. Pengurus perusahaan menjaga kualitas tempat kerja melalui struktur organisasi bagian HSE (*Health, Security, and Environment*). Organ HSE merupakan bagian dari institusi perusahaan yang bertanggung jawab untuk urusan kesehatan, keselamatan kerja, dan pengelolaan lingkungan di tempat kerja. Klinik kesehatan merupakan fasilitas yang dikelola oleh organ HSE.

Analisis keselamatan kerja (*Job Safety Analysis*) dilakukan untuk mengidentifikasi potensi bahaya pada setiap aktivitas pekerjaan. Buruh/pekerja diharapkan mampu mengenali bahaya di sekitar tempat kerja sebelum terjadi Penyakit Akibat Kerja (PAK). Teknis manajemen ini dipergunakan sebagai upaya pencegahan penyakit TB dan penyakit menular lainnya.

Pengurus perusahaan melakukan analisis risiko kesehatan (*Health Risk Management*) yang mengajarkan mitigasi yang harus dilakukan. Bilamana ada risiko paparan silika yang memicu TB di tempat kerja, analisis risiko kesehatan memberikan analisis penyebab dan solusi mitigasi. Dokter di perusahaan turut melakukan analisa dan pemeriksaan dari perspektif medis.

Paparan silika yang memicu TB di tempat kerja dicegah melalui *Workplace Health Risk Assessment* (HRA). Pengurus perusahaan menyatakan bahwa kegiatan HRA masih relevan untuk mengidentifikasi potensi bahaya di tempat kerja dan menganalisa tingkat risiko yang ditimbulkan.

6. **Penemuan Kasus TB di Tempat Kerja**

Substansi hukum Pasal 5 Permenaker No. 13/2022 tentang Penanggulangan TB di Tempat Kerja mengatur tentang tindakan penemuan kasus TB di tempat kerja, meliputi pemeriksaan serta investigasi dan pemeriksaan kasus kontak erat. Implementasi atas substansi hukum tersebut sudah teradaptasi dalam sistem perusahaan. Di lain pihak buruh/pekerja masih dalam tahap pengenalan atas substansi hukum yang mewajibkan “buruh/pekerja melaporkan kepada pengusaha atau pengurus perusahaan apabila menjumpai buruh/pekerja menderita atau mengetahui kemungkinan kasus TB di tempat kerja”.

a. **Pemeriksaan kesehatan awal dan berkala;**

Pemeriksaan kesehatan awal dilakukan pada saat penerimaan buruh/pekerja. Mayoritas perusahaan menerima hasil pemeriksaan kesehatan buruh/pekerja yang telah diotorisasi oleh Puskesmas atau dokter yang praktik di klinik swasta. Perusahaan multi-nasional masih melakukan pemeriksaan kesehatan awal lagi, walaupun sudah terdapat dokumen hasil pemeriksaan dari Puskesmas atau dokter untuk memastikan kesehatan buruh/pekerja.

Pemeriksaan berkala dilakukan setiap tahun. Pengurus perusahaan di Sukabumi menyatakan, setiap tahun dilakukan pemeriksaan kesehatan untuk TB, bekerjasama dengan rumah sakit Paramita Bandung atau Siloam.

Pengurus perusahaan melakukan pemeriksaan kesehatan awal, tergantung golongan kerjanya. Jika golongan kerja manajerial maka pemeriksaan kesehatan awal ditambah dengan tes psikologi.



Pengurus perusahaan melakukan deteksi awal dan deteksi dini dengan pemeriksaan berkala untuk buruh/pekerja dengan risiko tinggi, riwayat penyakit yang berhubungan dengan kerja, dan riwayat penyakit menular.

Pemeriksaan berkala dilakukan tiap tahun antara lain:

- 1) Pemeriksaan melalui treadmill untuk penguatan otot kaki dan keseimbangan tubuh,
- 2) Elektrokardiografi (EKG) yang dipergunakan untuk melakukan evaluasi fungsi jantung, pemeriksaan audiometri untuk memeriksa tingkat fungsi pendengaran buruh/pekerja,
- 3) Spirometry untuk pemeriksaan fungsi paru buruh/pekerja, tes psikologi DASS untuk mengukur kondisi emosi negatif buruh/pekerja seperti depresi, kecemasan dan stress.

Sebelum pensiun buruh/pekerja juga harus diperiksa terlebih dahulu.

b. Pemeriksaan kesehatan khusus;

Pemeriksaan kesehatan khusus di tempat kerja tertuju pada pencegahan HIV/AIDS yang berkaitan dengan TB. Pengurus perusahaan melakukan tes HIV secara sukarela dan melalui proses konseling terlebih dahulu melalui VCT (Voluntary Counseling and Testing). Pengurus perusahaan menyampaikan pula bahaya HIV/AIDS, tanpa diskriminasi, bersifat pencegahan supaya tidak ada penambahan kasus.

Pemeriksaan kesehatan khusus bisa dilakukan oleh perusahaan secara mandiri di tempat kerja maupun Puskesmas.

c. Investigasi dan pemeriksaan kasus kontak erat.

Pengurus perusahaan melakukan Investigasi Kontak (IK). Kegiatan ini dilakukan untuk meningkatkan penemuan kasus TB dengan cara mendeteksi secara dini dan sistematis terhadap buruh/pekerja yang kontak dengan sumber infeksi TB. Pemeriksaan TB di tempat kerja mempergunakan metode Tes Cepat Molekuler (TCM) yang dilaksanakan berbarengan dengan kegiatan donor darah. Pengurus perusahaan melibatkan dinas kesehatan untuk pelatihan pemeriksaan TCM.

Pengawas ketenagakerjaan dilibatkan oleh pengurus perusahaan agar terdapat penyampaian informasi yang utuh kepada otoritas perusahaan dan pemerintah yang menangani bidang ketenagakerjaan.

7. Penanganan Kasus TB Di Tempat Kerja

Substansi hukum Pasal 6 Permenaker No. 13/2022 Penanggulangan TB di Tempat Kerja mengatur perilaku yang mewajibkan pengusaha dan pengurus perusahaan untuk memastikan pekerja/buruh mendapatkan pengobatan, memberikan istirahat sakit kepada pekerja/buruh, dan pemantauan terhadap proses pengobatan.

Isu dan tantangan dalam penanganan kasus TB di tempat kerja diuraikan berikut ini.

a. Pengobatan TB;

Pengurus perusahaan telah menangani pengobatan buruh/pekerja dengan TB. Kasus yang ditemukan yakni buruh/pekerja berhasil sembuh dan kembali bekerja atau sebaliknya buruh/pekerja meninggal karena TB dan penyakit penyerta. Kasus buruh/pekerja dengan TB Resisten Obat (TB-RO) langsung diawasi pengobatannya oleh Puskesmas, sedangkan kasus buruh/pekerja dengan TB Sensitif Obat (TB-SO) bisa dilakukan sendiri dan dokter spesialis.

Buruh dengan TB berobat di fasilitas pelayanan kesehatan milik perusahaan dan ada pula yang berobat secara mandiri. Klinik milik perusahaan dapat memberikan rekomendasi agar buruh/pekerja beristirahat di rumah, berobat ke Puskesmas, kemudian dirujuk ke Rumah Sakit yang lebih besar.

Buruh dengan TB yang berobat mandiri telah ditangani oleh Bidan yang aktif di Puskesmas. Bidan

memantau penyakit penyerta yang diderita oleh buruh dengan TB. Tantangannya adalah apabila buruh dengan TB selama satu tahun tidak bisa masuk kerja sama sekali, dan sudah mengikuti proses pengobatan, maka dengan pertimbangan regulasi ketenagakerjaan buruh tersebut masuk tahap terminasi kerja.

Perusahaan multi-nasional di Sukabumi telah mengalokasikan tunjangan pengobatan untuk buruh sekitar 45% dari gaji dan dikalikan 12 (dua belas) bulan. Tunjangan itu bebas dipergunakan sebagai fasilitas dari perusahaan untuk pengobatan. Seandainya buruh itu sakit batuk, buruh langsung berobat ke dokter spesialis atau dokter umum, dan kuitansi pengobatannya akan diganti oleh perusahaan (*reimburse*).

Di perusahaan tidak perlu tempat pelayanan khusus untuk TB. Pengusaha dan pengurus perusahaan menyediakan klinik dengan satu dokter dan empat perawat. Dokter di klinik perusahaan menganalisa penyakit buruh yang sering sakit. Hasil diagnosanya dipresentasikan tiap bulan. Layanan konsultasi diberikan pula oleh klinik kesehatan termasuk rujukan bila ditemukan kasus TB oleh dokter di perusahaan. Klinik perusahaan aktif berkomunikasi dengan Puskesmas bilamana hasil diagnosis mendeteksi penyakit menular seperti TB.

Pengobatan untuk TB di tempat kerja dilakukan melalui BPJS atau dukungan dari perusahaan bilamana buruh/pekerja dengan TB berobat ke dokter spesialis. Fasilitas biaya rawat inap ditanggung sepenuhnya oleh perusahaan hingga buruh/pekerja sembuh, apabila asuransi atau BPJS tidak bisa mendukung biaya rawat inap tersebut. Buruh/pekerja yang masih masa pengobatan tidak diperbolehkan masuk kerja.

b. Istirahat sakit;

Jika buruh/pekerja dinyatakan sakit dan terdeteksi menderita TB maka buruh/pekerja itu diistirahatkan di rumah dan tidak boleh masuk kerja. Gaji buruh/pekerja dengan TB tetap dibayarkan penuh.

Durasi waktu istirahat buruh/pekerja dengan TB tergantung rekomendasi dari dokter. Ada yang memerlukan waktu hingga dua bulan untuk istirahat sakit, tidak diperbolehkan masuk kerja, dan gaji tetap dibayarkan penuh. Durasi waktu istirahat sakit untuk buruh/pekerja TB RO memerlukan waktu lebih lama yakni sekitar 6 (enam) bulan lebih. Praktik kebijakan istirahat sakit bertujuan pula untuk mencegah penyebaran TB di tempat kerja.

c. Pemantauan kepatuhan minum obat, kemajuan pengobatan, dan hasil pengobatan;

Klinik milik perusahaan atau institusi K3 di perusahaan mempunyai dokter dan perawat. Pengurus perusahaan melakukan kunjungan dan pemantauan kepatuhan minum obat. Ini dilakukan dengan pendekatan medis dan psikologis untuk mengantisipasi buruh/pekerja yang berhenti minum obat setelah 3 (tiga) bulan merasa sembuh dan ingin kembali bekerja. Di lain pihak bidan di Sukabumi menambahkan bahwa kunjungan pemantauan kepatuhan minum obat penting untuk mendekati kerabat atau anggota keluarga yang memiliki hubungan kedekatan dengan buruh/pekerja dengan TB. Kepatuhan minum obat lebih mudah didekati dengan pendekatan terapi/konseling daripada memberikan instruksi meminum obat TB yang dirasa berat dan jenuh bagi buruh/pekerja dengan TB.

d. Pemantauan lingkungan kerja.

Temuan kasus buruh/pekerja dengan TB dan praktik pengobatan di tempat kerja masih berlanjut dengan kewajiban bagi pengusaha dan pengurus perusahaan untuk melakukan pemantauan dan pengendalian di tempat kerja. Praktik yang sudah dilakukan perusahaan yakni melakukan uji sampel pada bagian organisasi perusahaan yang dinilai berisiko TB. Pengurus perusahaan memeriksa kondisi lingkungan kerja yang berdebu, panas, sanitasi air yang tidak lancar, kebersihan kamar mandi, dan seterusnya. Pemeriksaan kesehatan (*medical check up*) dilakukan setahun sekali sebagai tindakan pengendalian lingkungan kerja bebas TB.



8. Pemulihan Kesehatan di Tempat Kerja

a. Rehabilitasi

Pengurus perusahaan melakukan upaya rehabilitasi yang disatukan dengan upaya pemeliharaan daya tahan tubuh. Ini seolah kembali ke siklus awal yakni perusahaan menyediakan tempat olah raga, edukasi kesehatan, pemeriksaan kesehatan dan dukungan konseling.

b. Penilaian kelaikan kerja

Pengurus perusahaan melakukan penilaian return to work. Penilaian ini dipergunakan untuk buruh/pekerja yang mengalami sakit berkepanjangan, seperti kasus TB, diabetes, komplikasi, dan hipertensi yang mana hingga 3 (tiga) bulan dinyatakan baru bisa masuk kerja. Dokter spesialis akan memberi rekomendasi kepada buruh/pekerja dengan TB itu dinyatakan sehat dan boleh bekerja namun tetap mempergunakan masker. Perusahaan akan melakukan analisis kesehatan dengan mempertimbangkan rekomendasi dari dokter. Selain itu, buruh/pekerja dapat dipindahkan ke bagian-bagian kerja lain yang tidak berdebu, tidak terpapar bahan kimia, dan jauh dari panas.

9. Pengawasan Penanggulangan TB Tempat Kerja

Substansi hukum Pasal 10 Permenaker No. 13/2022 Penanggulangan TB di Tempat kerja mengatur pengawasan atas pelaksanaan penanggulangan TB di tempat kerja dilakukan oleh pengawas ketenagakerjaan dan dapat berkoordinasi dengan pihak lain. Implementasi dari substansi hukum ini terlaksana secara koordinatif dan tantangannya adalah datakrasi penanggulangan TB. Sistem pemerintahan berbasis data penanggulangan kasus TB di tempat kerja penting untuk dilakukan secara koordinatif di kalangan pemerintah dan kolaboratif yang melibatkan perusahaan dan Ornop/OMS.

Pengurus perusahaan yang aktif dalam organisasi pemerintah untuk menangani penyakit menular (HIV/AIDS dan TB) telah melibatkan pengawas ketenagakerjaan sejak tahap sosialisasi. Pengawas ketenagakerjaan, dinas kesehatan, organisasi ad hoc seperti Komisi Penanggulangan AIDS di daerah, dan Puskesmas terlibat langsung dalam sosialisasi dan pengawasan.

Dampak keberlakuan model pengawasan koordinatif dan kolaboratif adalah citra perusahaan semakin naik. Perusahaan menerima penghargaan dari pemerintah, menerima tamu studi banding, pemasaran (branding) yang meluas, hingga kerja sama untuk skrining kesehatan di perusahaan lain.

Tantangan untuk pengawasan adalah pencatatan kasus TB. Buruh/pekerja dengan TB di tempat kerja langsung terhubung dengan Sistem Informasi TB (SITB). Apabila di perusahaan tidak terdapat fasilitas SITB maka pengurus perusahaan berkoordinasi dengan dokter spesialis paru yang menangani buruh/pekerja dengan TB. Pengurus perusahaan dapat menyampaikan laporan penanggulangan TB itu sebagai bagian dari laporan rutin K3. Di lain pihak terdapat sistem informasi lapor TB yang dilakukan oleh Ornop/OMS. Aktivist Ornop/OMS belum sepenuhnya masuk ke arena penanggulangan TB di tempat kerja sehingga kemungkinan terjadi perbedaan laporan temuan kasus TB di tempat kerja.

Forum publik yang lebih progresif untuk pengawasan pelaksanaan penanggulangan TB di tempat kerja perlu dibentuk bersama di daerah. Pengawasan penanggulangan TB ini dalam artian deliberatif yakni membicarakan dan memaknai bersama data kasus TB di tempat kerja, daripada pengawasan yang bersifat formal-birokratis, sekedar laporan pengawasan/pendataan, dan selesai tanpa pelibatan korporasi lebih mendalam dalam upaya eliminasi TB.

Tabel 2. Isu, Tantangan, dan Identifikasi Aktor

Substansi Hukum	Isu dan Tantangan	Identifikasi Aktor
<p>1. Penusunan kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja</p>	<p>1. Komitmen</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Komitmen minimal: klausul perjanjian kerja sama atau perjanjian kerja bersama b. Komitmen moderat: aturan tertulis penanggulangan penyakit menular termasuk TB c. Komitmen maksimal: aturan tertulis tentang penanggulangan TB. <p>2. Program kerja: tidak berkala tapi kasuistis dan serikat buruh/pekerja belum terlibat</p> <p>3. Penghapusan stigma dan diskriminasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. lingkungan perburuhan di perdesaan-urban yang rawan transaksi seks secara terselubung; b. stigma kemiskinan dan kekumuhan pada buruh/pekerja dengan TB. 	<p>1. Fasilitas layanan kesehatan (Puskesmas, RS, Laboratorium)</p> <p>2. Asosiasi pengusaha</p> <p>3. Pengusaha</p> <p>4. Dinas Kesehatan</p> <p>5. Dinas Ketenagakerjaan</p> <p>6. Pengurus perusahaan bidang kesehatan</p> <p>7. Perusahaan multi-nasional</p> <p>8. Perusahaan padat karya</p> <p>9. Buruh/pekerja yang sehat dan belum pernah menderita TB</p>
<p>2. Sosialisasi, Penyebaran Informasi, dan Edukasi TB di tempat kerja</p>	<p>1. Kerja sama sosialisasi antara perusahaan dan pemerintah daerah</p> <p>2. Kebijakan tertulis/eksplisit masih versi pemerintah</p> <p>3. Kultur efisiensi perusahaan mengadaptasi intervensi regulatif pemerintah</p> <p>4. Upaya promotif dan preventif perusahaan untuk pencegahan TB:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. media sosial b. sarana olah raga c. layanan konseling d. edukasi dampak penyakit penyerta <p>5. Adaptasi kebijakan dalam bentuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Health, Security, and Environment (HSE) b. Job Safety Analysis c. Health Risk Management d. Workplace Health Risk Assessment 	<p>10. Ornop/OMS penanggulangan TB</p> <p>11. Buruh/pekerja dengan TB</p> <p>12. Serikat buruh/pekerja</p> <p>13. Tenaga kesehatan di perusahaan (Institusi K3)</p> <p>14. Bidan</p>
<p>3. Penemuan kasus TB di tempat kerja</p>	<p>1. Pemeriksaan kesehatan awal mempergunakan hasil pemeriksaan dari Puskesmas atau dokter.</p> <p>2. Perusahaan melakukan pemeriksaan awal lagi meskipun sudah terdapat data dari Puskesmas atau dokter.</p> <p>3. Pemeriksaan berkala tahunan bekerjasama dengan rumah sakit.</p> <p>4. Pemeriksaan kesehatan khusus HIV/AIDS yang berpotensi untuk dikembangkan dengan pemeriksaan kesehatan TB.</p> <p>5. Pengurus perusahaan melakukan investigasi kontak dan TCM</p>	
<p>4. Penanganan kasus TB di tempat kerja</p>	<p>1. Kasus buruh/pekerja meninggal karena TB dan penyakit penyerta namun bukan kategori PAK</p> <p>2. Kasus buruh/pekerja dengan TB berhasil sembuh.</p> <p>3. Perusahaan menyediakan pembiayaan dan dukungan pengobatan bagi buruh/pekerja dengan TB.</p> <p>4. Istirahat sakit dengan gaji dibayarkan penuh.</p> <p>5. Kasus buruh/pekerja TB-RO diawasi oleh Puskesmas.</p> <p>6. Klinik atau institusi K3 menangani kasus TB, tidak berdiri sendiri sebagai klinik TB.</p> <p>7. Uji sampel pada bagian organisasi perusahaan sebagai praktik pemantauan lingkungan kerja</p>	
<p>5. Pemulihan kesehatan di tempat kerja</p>	<p>1. Rehabilitasi disatukan dengan upaya pemeliharaan daya tahan tubuh, sehingga belum spesifik dikategori sebagai rehabilitasi pemulihan buruh/pekerja dengan TB.</p> <p>2. Rekomendasi Dokter spesialis untuk menyatakan buruh/pekerja kembali bekerja (return to work).</p>	

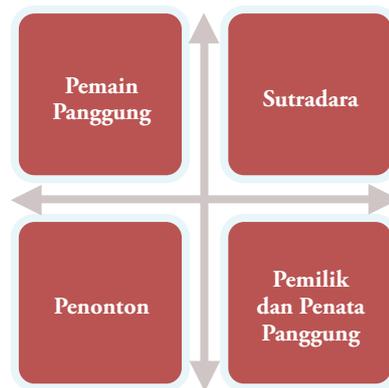


Substansi Hukum	Isu dan Tantangan	Identifikasi Aktor
6. Pengawasan penanggulangan TB di tempat kerja	1. Pengawas ketenagakerjaan dilibatkan sejak awal sosialisasi. 2. Model pengawasan yang tepat: koordinatif dan kolaboratif. 3. Forum publik untuk datakrasi dan tata pemerintahan penanggulangan kasus TB.	

d. Pemetaan Aktor Kelompok Kepentingan Pencegahan dan Pengendalian TB di Tempat Kerja

Uraian sistematis sebelumnya telah mengkategorikan isu, tantangan dan aktor penanggulangan TB di tempat kerja. Masing-masing aktor kelompok kepentingan dalam pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja selanjutnya dilakukan pemetaan dengan mempertimbangkan kekuasaan dan kepentingan aktor (*Gambar 1 Kuadran Metafor Aktor*). Istilah untuk para aktor disajikan dalam metafor untuk memudahkan pemahaman bersama (*Tabel 3 Pemetaan Aktor*):

1. **Sutradara** yaitu aktor yang memiliki kekuasaan dan kepentingan yang tinggi terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.
2. **Pemilik dan penata panggung** yaitu aktor yang memiliki kekuasaan tinggi namun kurang berkepentingan terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.
3. **Penonton** yaitu aktor yang kurang memiliki kekuasaan dan kepentingan terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.
4. **Pemain panggung** yaitu aktor yang memiliki kekuasaan rendah dan kepentingan yang tinggi terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.



Gambar 1. Kuadran Metafor Aktor

1) Asosiasi pengusaha.

- a) Kekuasaan: asosiasi pengusaha mempunyai kekuasaan sosial yang merepresentasikan pengusaha untuk terlibat dalam pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja.
- b) Kepentingan: asosiasi pengusaha berkepentingan mengembangkan citra organisasi yang aktif dalam tata pemerintahan untuk pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja.
- c) Metafor Aktor: sutradara. Aktor yang memiliki kekuasaan dan kepentingan yang tinggi terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

2) Pengusaha.

- a) Kekuasaan: pengusaha mempunyai kekuasaan hukum untuk terlibat dalam pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja sebagaimana diatur dalam Permenaker No. 13/2022 tentang Penanggulangan TB di Tempat Kerja.
- b) Kepentingan: pengusaha sebagai pemilik perusahaan berkepentingan secara langsung terhadap pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja, terutama menjaga produktivitas buruh/pekerja.
- c) Metafor Aktor: sutradara. Aktor yang memiliki kekuasaan dan kepentingan yang tinggi terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

3) Pengurus Perusahaan bidang kesehatan.

- a) Kekuasaan: pengurus perusahaan yang berlatarbelakang pendidikan kesehatan dan menangani Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) mempunyai kekuasaan sosial dan hukum untuk terlibat dalam pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja.
- b) Kepentingan: pengurus perusahaan yang berlatarbelakang pendidikan kesehatan dan menangani Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) berkepentingan langsung untuk terlibat dalam pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja.
- c) Metafor Aktor: sutradara. Aktor yang memiliki kekuasaan dan kepentingan yang tinggi terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

4) Perusahaan multi-nasional.

- a) Kekuasaan: perusahaan multi-nasional mempunyai standar tinggi untuk upaya kesehatan dan keselamatan kerja, mempunyai kekuasaan hukum dan modal untuk terlibat dalam pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja.
- b) Kepentingan: perusahaan multi-nasional berkepentingan menjaga produktivitas buruh/pekerja dan citra kolaboratif dalam tata pemerintahan penanggulangan TB.
- c) Metafor Aktor: sutradara. Aktor yang memiliki kekuasaan dan kepentingan yang tinggi terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

5) Perusahaan padat karya.

- a) Kekuasaan: perusahaan padat karya mempunyai kekuasaan hukum untuk terlibat dalam pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja.
- b) Kepentingan: perusahaan karya kurang berkepentingan dalam pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja karena membutuhkan alokasi biaya yang besar untuk ribuan buruh dalam implementasi penanggulangan TB di tempat kerja.
- c) Metafor Aktor: pemilik dan penata panggung. Aktor yang berkuasa namun kurang berkepentingan terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

6) Tenaga kesehatan di perusahaan.

- a) Kekuasaan: tenaga kesehatan di perusahaan (dokter, perawat, dan pelaku K3) tidak mempunyai kekuasaan yang besar (terutama kekuasaan modal) dalam pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja.
- b) Kepentingan: tenaga kesehatan di perusahaan (dokter, perawat, dan pelaku K3) berkepentingan langsung dalam pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja.
- c) Metafor Aktor: pemain panggung. Aktor yang memiliki kepentingan yang tinggi namun tidak berkuasa terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

7) Dinas Kesehatan.

- a) Kekuasaan: Dinas Kesehatan mempunyai kekuasaan hukum untuk terlibat dalam pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja.
- b) Kepentingan: Dinas Kesehatan mempunyai kepentingan yang tinggi untuk kesuksesan berlakunya pedoman penanggulangan TB nasional di daerah.
- c) Metafor Aktor: sutradara. Aktor yang memiliki kekuasaan dan kepentingan yang tinggi terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

8) Dinas Ketenagakerjaan.

- a) Kekuasaan: Dinas Ketenagakerjaan mempunyai kekuasaan hukum untuk terlibat dalam pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja sebagaimana diatur dalam Permenaker No. 13/2022 Penanggulangan TB di Tempat Kerja.
- b) Kepentingan: Dinas Ketenagakerjaan mempunyai kepentingan yang tinggi untuk kesuksesan pengawas ketenagakerjaan dalam mengawasi penanggulangan TB di daerah.
- c) Metafor Aktor: sutradara. Aktor yang memiliki kekuasaan dan kepentingan yang tinggi terhadap



implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

9) Buruh/pekerja yang sehat.

- a) Kekuasaan: buruh/pekerja yang sehat memiliki kesadaran untuk sehat, tidak mempunyai kekuasaan modal di perusahaan, fokus pada pemenuhan upah.
- b) Kepentingan: buruh/pekerja yang sehat belum memiliki kesadaran tentang penanggulangan TB di tempat kerja karena belum mengetahui secara rinci substansi hukum Permenaker No. 13/2022 Penanggulangan TB di Tempat Kerja.
- c) Metafor Aktor: penonton. Aktor yang kurang memiliki kepentingan dan kekuasaan terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

10) Buruh/pekerja dengan TB.

- a) Kekuasaan: buruh/pekerja dengan TB memiliki kekuasaan untuk mengakses pengobatan TB di perusahaan dan fasilitas layanan kesehatan.
- b) Kepentingan: buruh/pekerja dengan TB berkepentingan langsung untuk pengobatan, istirahat sakit, dan pemulihan kesehatan.
- c) Metafor Aktor: pemain panggung. Aktor yang memiliki kekuasaan dan kepentingan yang tinggi terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

11) Serikat buruh/pekerja.

- a) Kekuasaan: serikat buruh/pekerja belum berkuasa penuh untuk masuk dalam arena sosial penanggulangan TB di tempat kerja karena belum melakukan dialog dan konsolidasi untuk penanggulangan TB di tempat kerja.
- b) Kepentingan: serikat buruh/pekerja berkepentingan untuk memperjuangkan kebijakan tertulis atau perjanjian tertulis mengenai TB selain perjuangan untuk upah buruh, hak kesehatan buruh/pekerja, mendampingi buruh/pekerja yang sakit, memperjuangkan biaya pengobatan yang terjangkau, dan akses biaya pengobatan dari perusahaan.
- c) Metafor Aktor: pemain panggung. Aktor yang memiliki kepentingan tinggi namun tidak berkuasa terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

12) Ornop/OMS penanggulangan TB.

- a) Kekuasaan: Ornop/OMS penanggulangan TB berkuasa secara sosial dalam penanggulangan TB tetapi belum masuk ke arena sosial pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja.
- b) Kepentingan: Ornop/OMS penanggulangan TB sangat berkepentingan untuk masuk ke arena sosial pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja, untuk perluasan advokasi.
- c) Metafor Aktor: pemain panggung. Aktor yang memiliki kepentingan tinggi namun tidak berkuasa terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

13) Fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium).

- a) Kekuasaan: Puskesmas, Rumah Sakit dan Laboratorium mempunyai kekuasaan hukum untuk terlibat dalam pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja.
- b) Kepentingan: Puskesmas, Rumah Sakit dan Laboratorium mempunyai kepentingan yang tinggi untuk kesuksesan berlakunya pedoman penanggulangan TB nasional di daerah.
- c) Metafor Aktor: sutradara. Aktor yang memiliki kekuasaan dan kepentingan yang tinggi terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

14) Bidan

- a) Kekuasaan: Bidan tidak mempunyai kekuasaan untuk terlibat langsung dalam pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja, kecuali dilibatkan oleh Puskesmas, perusahaan dan/atau dinas kesehatan.
- b) Kepentingan: Bidan mempunyai kepentingan yang tinggi untuk penanggulangan TB di tempat kerja, terutama pada tahap sosialisasi dan pengobatan.

- c) Metafor Aktor: pemain panggung. Aktor yang memiliki kepentingan tinggi namun tidak berkuasa terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

Tabel 3. Pemetaan Aktor

No	Aktor	Kekuasaan	Kepentingan	Kategori Aktor
1	Asosiasi Pengusaha	Kekuasaan tinggi: tipe kekuasaan sosial	Kepentingan tinggi: citra keterlibatan dalam tata pemerintahan penanggulangan TB	Sutradara
2	Pengusaha	Kekuasaan tinggi: tipe kekuasaan hukum	Kepentingan tinggi: produktivitas buruh/pekerja	Sutradara
3	Pengurus perusahaan bidang kesehatan	Kekuasaan tinggi: tipe kekuasaan sosial dan hukum (K3)	Kepentingan tinggi: penanggulangan TB bagian dari K3.	Sutradara
4	Perusahaan multi-nasional	Kekuasaan tinggi: standar tinggi kesehatan	Kepentingan tinggi: produktivitas dan citra kolaboratif	Sutradara
5	Perusahaan padat karya	Kekuasaan tinggi: kekuasaan hukum	Kepentingan rendah: biaya yang besar untuk ribuan buruh/pekerja (penanggulangan TB)	Pemilik dan penata panggung
6	Tenaga kesehatan di perusahaan (K3)	Kekuasaan rendah: kuasa profesi tanpa kuasa modal	Kepentingan tinggi: memastikan pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja	Pemain panggung
7	Dinas kesehatan	Kekuasaan tinggi: kekuasaan hukum	Kepentingan tinggi: kesuksesan pedoman penanggulangan TB	Sutradara
8	Dinas Ketenagakerjaan	Kekuasaan tinggi: kekuasaan hukum	Kepentingan tinggi: kesuksesan pengawas ketenagakerjaan untuk penanggulangan TB di tempat kerja	Sutradara
9	Buruh/pekerja yang sehat	Kekuasaan rendah: non-kekuasaan modal	Kepentingan tinggi: belum mengetahui aturan hukum dan kebijakan tertulis/eksplisit dari perusahaan tentang TB	Penonton
10	Buruh/pekerja dengan TB	Kekuasaan tinggi: akses pengobatan yang disediakan oleh perusahaan atau pemerintah daerah	Kepentingan tinggi: hak pengobatan, istirahat sakit, pemulihan kesehatan.	Pemain panggung



No	Aktor	Kekuasaan	Kepentingan	Kategori Aktor
11	Serikat buruh/pekerja	Kekuasaan rendah: belum internalisasi dan konsolidasi tentang TB	Kepentingan tinggi: perjuangan hak kesehatan termasuk penanggulangan TB	Pemain panggung
12	Ornop/OMS penanggulangan TB	Kekuasaan rendah: belum bisa masuk arena perusahaan	Kepentingan tinggi: perluasan advokasi yang melibatkan perusahaan.	Pemain panggung
13	Fasilitas layanan kesehatan (Puskesmas, RS, Laboratorium)	Kekuasaan tinggi: Puskesmas, RS, Laboratorium punya kekuasaan hukum	Kepentingan tinggi: kesuksesan pedoman penanggulangan TB	Sutradara
14	Bidan	Kekuasaan rendah: tidak terlibat langsung di perusahaan kecuali diminta terlibat.	Kepentingan tinggi: sosialisasi dan pengobatan.	Pemain panggung

f. Penilaian Aktor Kelompok Kepentingan Pencegahan dan Pengendalian TB di Tempat Kerja

Bagian ini menyajikan penilaian terhadap aktor kelompok kepentingan dengan metafor “sutradara”, “pemilik dan penata panggung”, “penonton” dan “pemain panggung”. Pembahasan akan difokuskan untuk menjawab pertanyaan penelitian: bagaimana cara Ornop/OMS masuk ke arena sosial penanggulangan TB di tempat kerja? Berturut-turut Ornop/OMS memasuki arena dengan melakukan tindakan komunikatif terhadap sutradara, pemilik dan penata panggung, penonton, dan pemain panggung.



Gambar 2. Bagan Metafor Aktor

1) **Metafor Aktor: Sutradara**

Makna dari metafor sutradara adalah aktor yang memiliki kekuasaan dan kepentingan yang tinggi terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

a) **Fasilitas layanan kesehatan (Puskesmas, RS, Laboratorium);**

Aktor kelompok kepentingan yang penting ditemui kali pertama oleh Ornop/OMS untuk kolaborasi penanggulangan TB di tempat kerja adalah Puskesmas. Terutama Puskesmas yang berada di kawasan industri atau di wilayah kerjanya terdapat perusahaan multi-nasional, skala besar atau kecil, atau perusahaan yang bekerja di sektor publik.

Metafor “sutradara” dilekatkan kepada Puskesmas karena kekuasaan yang dimiliki Puskesmas sangat tinggi dalam penanganan TB di tempat kerja. Puskesmas menjadi institusi yang diperhitungkan oleh pihak perusahaan sebagai mitra dalam implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja. Posisi keduanya di wilayah kecamatan yang sama, setidaknya mendekatkan satu sama lain untuk saling berkomunikasi dan terlibat dalam penanganan kasus TB di tempat kerja.

Kepentingan Puskesmas sangat tinggi untuk mengawal berbagai kebijakan yang telah disepakati dalam Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TB. Buruh/pekerja dengan TB di tempat kerja menjadi salah satu bagian dari populasi khusus dalam dokumen rencana aksi itu.

Kisah dari Puskesmas Cipari, Sukabumi, yang mana di kecamatan ini terdapat perusahaan multi-nasional yang mengolah air minum kemasan, memberi inspirasi bahwa kasus TB menjadi titik awal kerja sama bidang kesehatan antara Puskesmas dan perusahaan. Penanggulangan TB di tempat kerja niscaya mudah dilakukan dan berkembang pada upaya pencegahan dan pengobatan penyakit menular lainnya.

Pencegahan dan penanganan TB di tempat kerja di wilayah Sukabumi, kecamatan Cipari dan Cicurug, mengandalkan aktor utamanya yakni Puskesmas. Kepala Puskesmas Cipari menyatakan bahwa Puskesmas pasti menemukan kasus TB tetapi kasus TB selama ini sebenarnya belum banyak terdeteksi. Setelah kasus TB ditemukan, Puskesmas pasti melakukan pengobatan.

Puskesmas di kecamatan Cipari relatif kecil baik tempat dan skala layanannya. Puskesmas telah mempunyai alat untuk pemeriksaan dahak dan aktif melakukan kerja sama dengan kader Posyandu untuk mengambil sampel dahak, lalu dikirim ke Puskesmas Cicurug. Setelah hasil pemeriksaan dahak keluar hasilnya, Puskesmas melakukan tindak lanjut pengobatan.

Puskesmas juga menjalin kerja sama dengan Pemerintah Desa di kecamatan Cipari untuk menangani TB. Lingkup kerja sama itu bukan hanya penemuan kasus tetapi Puskesmas menganalisis faktor-faktor penyebab TB di Desa yaitu lingkungan yang kumuh, rumah yang kurang layak huni, ventilasi kurang, pencahayaan kurang, dan carut marut pengelolaan sampah di Desa di wilayah kecamatan Cipari.

Pola kehidupan warga Desa di arena Puskesmas Cipari rata-rata petani dan buruh. Dalam pertimbangan medis, para petani dan buruh yang tinggal di Desa terinfeksi kuman TB. Infeksi pada paru-paru atau organ lain. Dalam perspektif ekonomi, arena sosial buruh dan tani yang terinfeksi kuman TB berada di lingkungan yang padat dan miskin. Rumahnya tidak layak huni. Faktor utama buruh dan tani di Desa dengan TB lebih disebabkan lingkungan yang padat, kumuh, dan miskin. Wilayah Desa yang cenderung berada di pelosok masih terdapat wilayah permukiman yang sangat padat. Rumahnya berhimpitan satu sama lain. Pengelolaan sampah belum teratur sehingga menumpuk di beberapa tempat.

Kepala Puskesmas memberi ilustrasi. Buruh/pekerja dari Desa yang bekerja di perusahaan garmen. Mereka bekerja di perusahaan garmen yang relatif masih menjaga jarak karena ada aturan K3. Ketika buruh dari Desa ini beristirahat terdapat kebiasaan buruk yaitu makan bersama-sama di lokasi tertentu,



sehingga kebiasaan itu memicu penularan TB. Kemudian mereka pulang ke rumahnya di Desa yang padat. Penularan TB membayangi buruh/pekerja yang tinggal di Desa.

Puskesmas menyampaikan exposure setiap 3 (tiga) bulan sekali dengan Desa dan pihak kecamatan. Dalam kegiatan semacam ini, Puskesmas merefleksikan secara medis dan sosial bahwa warga Desa (baik warga Desa yang menjadi aparatus Pemerintahan Desa, lembaga kemasyarakatan Desa dan masyarakat Desa), sebagian besar bekerja sebagai petani dan buruh, berpotensi menderita TB mengingat bakteri TB tertanam di tubuh mereka. Jika dinyatakan belum ada kasus TB di Desa dan tempat kerja (perusahaan), maka fenomena itu disebabkan kasusnya belum ditemukan.

Cara pikir warga Desa dan pemahaman masyarakat petani dan buruh masih beragam terkait pentingnya pemeriksaan TB. Daya jangkau Puskesmas terhadap permukiman di pelosok Desa memang terbatas dan mengandung tantangan agar masyarakat terbuka terhadap marabahaya penyakit TB. Berbeda dengan masyarakat Desa di wilayah bawah atau wilayah yang semakin dekat dengan jalan kabupaten. Mereka relatif terbuka cara pikirnya terhadap penanggulangan TB.

Cara pikir masyarakat yang tertutup ditandai dengan pemeriksaan TB dan upaya pengobatan selama 2 (dua) bulan lalu berhenti, sehingga masyarakat Desa petani atau buruh mengalami resisten obat. Kendala lain ditampilkan dengan mobilitas masyarakat yang tinggi yang mana tempat kerja buruh dari Desa itu berpindah-pindah. Pemerintah Desa dan Posyandu dipastikan kesulitan melakukan pendataan ketika domisili buruh dari Desa dengan TB itu bukan warga Desa yang berstatus tetap tinggal di Desa.

Pembiayaan untuk penanganan TB melalui bedah rumah layak huni dan upaya promotif dan preventif TB di Desa baru dilegitimasi dengan Peraturan Menteri Desa No. 7/2023 tentang Rincian Prioritas Penggunaan Dana Desa. Puskesmas bersama dengan Pendamping Desa ikut memberikan penyuluhan tentang tindakan yang harus dilakukan oleh Desa terkait TB hingga Pemerintah Desa dan BPD siap membahas dan mengesahkan anggarannya.

Puskesmas menggunakan kekuasaannya secara komunikatif terhadap klinik, fasilitas layanan kesehatan, atau tenaga kesehatan yang disediakan oleh perusahaan, yang awalnya untuk program prioritas nasional (pencegahan Covid-19 pada 2019 dan vaksin Covid-19 pada 2020). Kerja sama antara Puskesmas dengan perusahaan perihal pencegahan dan penanganan TB baru muncul lagi beberapa tahun belakangan setelah terbitnya Perpres No. 67/2021 tentang Penanganan TB.

Perusahaan mempunyai standar pelayanan kesehatan seperti K3. Puskesmas melakukan tindakan komunikatif dengan perusahaan untuk memantau buruh/pekerja yang terpapar TB dengan mempertimbangkan K3. Puskesmas mempunyai data tersendiri mengenai TB sedangkan perusahaan bisa melakukan ekspos data ke publik tentang jumlah pekerja dengan TB.

Puskesmas menjadi ujung tombak upaya promotif, preventif dan kuratif penanganan TB baik di Desa maupun tempat kerja. Kendalanya tertuju pada ketersediaan obat. Ketika program penanganan TB untuk Desa dan tempat kerja menjadi prioritas nasional dan daerah maka ketersediaan obat dari pemerintah provinsi tidak mencukupi.

Kendala berikutnya berkaitan dengan pelacakan kasus dan mobilitas warga Desa. Sementara bila ada warga Desa (petani atau buruh) dengan TB dan sudah berobat di Puskesmas dan memperoleh paket obat selama 6 (enam) bulan, lantas pindah ke daerah lain, maka obatnya dimutasikan dan akhirnya tidak akan terpakai lagi.

Aspek kependudukan menjadi salah satu faktor persebaran TB berkaitan dengan mobilitas penduduk Desa yang berpindah kerja di daerah lain. Ada pula buruh yang tidak punya KTP Desa setempat sehingga

pelacakan kasus TB kemungkinan akan menempuh jalan panjang untuk menelusuri aspek mobilitas dan pengobatannya.

Peneliti menanyakan tentang perlunya fasilitas layanan kesehatan semacam klinik khusus TB kepada pihak Puskesmas dan perusahaan. Respons Puskesmas dan perusahaan bersifat mempertahankan institusi kesehatan yang eksis. Klinik khusus TB atau klinik di perusahaan khusus TB tidak dipandang mendesak untuk dibentuk. Tujuan penanganan TB lebih mengutamakan warga Desa dan buruh/pekerja di tempat kerja itu agar tetap sehat. Alternatifnya adalah Puskesmas bekerjasama dengan Desa (terutama Posyandu) dan Puskesmas bekerjasama dengan klinik atau fasilitas kesehatan milik perusahaan yang disediakan sesuai kapasitas perusahaan.

Puskesmas memberikan informasi penting bahwa selain perusahaan Aqua/Danone terdapat perusahaan Pocari Sweat dan Indolakto yang menyelenggarakan program pencegahan dan penanganan TB dan HIV. Berbagai seminar tentang penanganan TB dan HIV/AIDS mereka selenggarakan agar tersebar luas perihal penanganan penyakit menular ini.

Upaya tenaga kesehatan bersama kader kesehatan di Desa terkonstruksi sedemikian rupa dalam penanganan TB yang diawali dari upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promotif dan preventif berhasil dilakukan bilamana warga Desa (buruh dan tani) mematuhi protokol kesehatan supaya tidak terkena TB, lingkungan tempat tinggal buruh (berstatus penduduk Desa dan/atau domisili di Desa) yang sehat, dan menjaga etiket batuk. Pada konteks upaya kuratif, Puskesmas bersama Posyandu dan fasilitas kesehatan K3 di tempat kerja melakukan penemuan kasus. Tindakan ini akan berhasil bilamana warga Desa dan buruh yang bertempat tinggal di Desa berkesadaran untuk memeriksakan diri ke Puskesmas atau Puskesmas melakukan kunjungan ke rumah warga Desa. Walaupun dikunjungi oleh Puskesmas masih ada kemungkinan mereka yang berkasus TB itu setuju untuk berobat atau sebaliknya.

Penilaian kelayakan kerja biasanya dilakukan melalui wajib skrining kesehatan pada rentang waktu tertentu, misalnya satu tahun sekali dilakukan skrining kesehatan untuk karyawan termasuk pemeriksaan melalui laboratorium. Apabila terdapat diagnosis yang mengarah pada kasus TB maka dilakukan pemeriksaan lanjutan.

Diagnosis terhadap buruh dengan TB tidak mudah, belum tentu buruh mengalami Penyakit Akibat Kerja (PAK), tergantung diagnosis yang dilakukan oleh tenaga kesehatan spesialis yang melakukan diagnosis PAK. Dokter spesialis ketenagakerjaan seperti PERDOKI (Persatuan Dokter Okupasi Indonesia) telah menerbitkan berbagai panduan atau pedoman penangananan TB di tempat kerja. Dokter spesialis ketenagakerjaan ini berkeahlian untuk diagnosis, klasifikasi kasus dan manajemen kesehatan kerja.

Regulasi Permenaker No. 13/2022 Penanggulangan TB di Tempat Kerja meluas keberlakuannya secara empiris, tidak terbatas hanya untuk buruh/pekerja di perusahaan swasta, tetapi juga diinterpretasi oleh Kepala Puskesmas menjangkau pekerja kesehatan di Puskesmas. Puskesmas juga sudah memiliki panduan penanganan TB di Puskesmas sebagai tempat kerja. Manajemen Puskesmas membuat tim manajemen risiko, tim K3, tim PPI, dan tim manajemen risiko bencana.

Gedung Puskesmas juga termasuk tempat kerja. Kondisi salah satu ruangan Puskesmas yang masih meletakkan alat penghisap udara (*exhaust fan*) perlu diatur ulang. Posisi alat *exhaust fan* seharusnya di bawah lantai sehingga apabila seseorang batuk maka alat tersebut akan menyedot udara ke bawah dan masuk ke saluran air. Konstruksi pikir semacam ini dihasilkan setelah Kepala Puskesmas berkomunikasi dengan Dinas Ketenagakerjaan yang memberikan kebijakan tentang tata ruang jendela kantor dan seterusnya secara rinci. Pengalaman penerapan Permenaker No. 13/2022 Penanggulangan TB di Tempat Kerja menginspirasi Puskesmas untuk membentuk manajemen penanganan TB di Puskesmas (sebagai tempat kerja).



Pemerintah provinsi Jawa Tengah memperoleh penghargaan terbaik pertama dalam penanggulangan TB 2023. Dalam kondisi implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah mempunyai target untuk menemukan kasus baru dan melibatkan fasilitas kesehatan milik swasta. Hingga akhir tahun 2023 Dinas Kesehatan sudah menemukan 69.823 kasus atau sekitar 95 persen. Puskesmas didorong untuk melakukan nota kesepahaman bersama dengan fasilitas kesehatan milik swasta, termasuk pula dokter praktik, untuk menemukan kasus TB dan sekaligus mengobatinya. Puskesmas sebagai sutradara penanggulangan TB di tempat kerja di wilayah perkotaan mempergunakan kekuasaannya secara kolaboratif dengan asosiasi pengusaha, perusahaan, dan klinik yang dimiliki/berada di perusahaan.

Praktik penggunaan kekuasaan Puskesmas secara komunikatif terhadap perusahaan telah meneguhkan posisi Puskesmas sebagai sutradara yang menguatkan implementasi penanggulangan TB di tempat kerja, baik di kawasan industri, perdesaan maupun perkotaan.

b) Asosiasi Pengusaha

Aktor kelompok kepentingan yang penting ditemui berikutnya oleh Ornop/OMS untuk kolaborasi penanggulangan TB di tempat kerja adalah asosiasi pengusaha. Asosiasi pengusaha secara metafor merupakan salah satu sutradara implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja. Pengurus asosiasi pengusaha memiliki kekuasaan yang bersumber dari kesatuan kepentingan profesi pengusaha. Layaknya sutradara, asosiasi pengusaha menjaga alur implementasi penanggulangan TB di tempat kerja daripada langsung intervensi ke perusahaan yang dipimpin oleh para pengusaha (anggota asosiasi).

Salah seorang anggota Asosiasi Pengusaha Indonesia (APINDO) dan pengusaha dari PT Sandang Asia Maju Abadi, Semarang, Jawa Tengah, Deddy menegaskan komitmennya sebagai bagian dari APINDO dengan menganjurkan kepada buruh/pekerja yang telah terdeteksi TB untuk segera berobat.

Asosiasi pengusaha telah mempunyai komitmen menyebarluaskan di kalangan anggotanya agar perusahaan masing-masing melakukan program pemeriksaan TB kepada pribadi buruh/pekerja dan bila perlu keluarga buruh/pekerja. Masalahnya adalah anjuran itu tidak bisa diterapkan kepada buruh/pekerja pendatang. Keluarga mereka berada di daerah asal sehingga pemeriksaan TB hanya berhenti pada buruh/pekerja dan teman/kerabat yang tinggal di dalam kos yang sama.

Kekuasaan asosiasi pengusaha itu tidak bersifat mutlak untuk segera dipatuhi oleh seluruh pengusaha. Karakter kekuasaannya lebih persuasif. Asosiasi pengusaha berupaya memastikan pengusaha untuk menjalankan pemeriksaan berkala kepada buruh/pekerja yang berisiko tinggi terpapar penyakit menular dan riwayat penyakit lain yang berhubungan dengan kerja.

Pelibatan perusahaan dalam penanggulangan TB di tempat kerja lebih tepat diawali melalui komunikasi dengan asosiasi pengusaha. Misi awal yang menarik untuk dibicarakan adalah belum adanya kebijakan eksplisit/tertulis yang melakukan rekognisi atas berbagai praktik penanganan TB di tempat kerja. Ungkapan ini senada dengan respons dari perwakilan serikat buruh di Sukabumi dan Semarang. Dokumen kebijakan yang dipergunakan sementara mengacu pada dokumen Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TB di daerah masing-masing.

Ungkapan faktual sebelumnya dalam penelitian ini telah menguraikan bahwa belum ada kebijakan eksplisit versi perusahaan untuk dijadikan sebagai materi sosialisasi. Materi sosialisasi penanggulangan TB masih membawakan versi pemerintah yang substansinya disusun dari Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkulosis yang di dalamnya mencakup penemuan kasus TB di populasi khusus termasuk di tempat kerja (Peraturan Walikota Semarang No. 39/2017 tentang Rencana Aksi Daerah Penanggulangan Tuberkulosis Kota Semarang Tahun 2017-2021), dan substansi hukum Permenaker No. 13/2022 Penanggulangan TB di Tempat Kerja. Di lain pihak asosiasi dokter spesialis okupasi juga memberikan materi sosialisasi dalam

perspektif penanganan medis.

Ruang untuk tindakan komunikatif terbuka lebar bagi Ornop/OMS yang selama ini aktif dalam penanggulangan TB untuk menjalin komunikasi dengan asosiasi pengusaha. Kedua belah pihak berpeluang untuk membahas bersama-sama dengan serikat buruh/pekerja, Dinas Ketenagakerjaan dan Dinas Kesehatan, mengenai kebijakan perusahaan yang secara eksplisit mengatur penanggulangan TB di tempat kerja.

c) Pengusaha

Pengusaha merupakan “sutradara” yang diasup oleh kekuasaan modal dan kepentingan efisiensi. Utamanya, pengusaha yang tercantum sebagai pemegang saham di perusahaan. Kekuasaan modal dari pengusaha memerlukan rasionalisasi ekonomi di bidang kesehatan.

Argumentasi yang tepat untuk melibatkan pengusaha dalam implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja adalah kalkulasi efisiensi terhadap aktivitas berikut ini:

- a). Penyusunan kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja;
- b). Sosialisasi, penyebaran informasi dan edukasi TB di tempat kerja;
- c). Penemuan kasus TB;
- d). Penanganan kasus TB; dan
- e). Pemulihan kesehatan.

Pendekatan kepada pengusaha kurang tepat mempergunakan bahasa kepatuhan hukum dalam Permenaker No. 13/2022 Penanggulangan TB di Tempat Kerja, yang berisi daftar kewajiban pengusaha. Diskursus praktis yang relevan dengan kepentingan efisiensi adalah “biaya penanggulangan TB di tempat kerja yang efisien akan menghasilkan produktivitas buruh/pekerja”.

Beberapa pokok gagasan ringkas berikut ini dapat menjadi pertimbangan bagi pengusaha (skala perusahaan multi-nasional, besar atau kecil, atau sektor publik) untuk menyusun rancangan substansi kebijakan secara efisien:

(1). Rekognisi TB sebagai isu di tempat kerja;

Penyakit TB merupakan masalah di tempat kerja karena berpengaruh terhadap kesehatan buruh dan produktivitas perusahaan. Tempat kerja memiliki peran dalam konteks lokal, nasional, atau global, dalam upaya untuk membatasi penyebaran dan efek TB.

Program tempat kerja harus sensitif gender, dengan mempertimbangkan kerentanan perempuan yang lebih besar terhadap TB dan dampak sebagai akibat dari tingkat kemiskinan yang lebih tinggi, beban perawatan, dan meningkatnya insiden HIV di kalangan perempuan.

(2). Nondiskriminasi;

Pengusaha menjamin bahwa tidak seorang pun boleh mengalami diskriminasi berdasarkan status TB dari buruh/pekerja dengan TB, baik dalam hal hubungan kerja yang berkelanjutan atau akses ke asuransi kesehatan, keselamatan kerja, dan skema layanan kesehatan. Buruh/pekerja dengan TB harus dijamin haknya untuk bekerja selama buruh/pekerja sehat secara medis dan ketersediaan pekerjaan yang sesuai untuk buruh/pekerja.

(3). Kerahasiaan;

Pelamar kerja maupun buruh/pekerja tidak boleh diminta untuk mengungkapkan informasi berdasarkan status TB atau HIV/AIDS yang mereka rasakan. Akses ke data pribadi harus terikat oleh aturan kerahasiaan dan sesuai dengan kode etik ILO tentang perlindungan data pribadi buruh/pekerja.



(4). Lingkungan kerja yang sehat;

Lingkungan kerja harus sehat dan aman, sejauh memungkinkan, untuk mencegah penularan TB. Pengusaha bertanggung jawab untuk memberikan informasi dan pendidikan tentang penularan TB, langkah-langkah yang mempertimbangkan aspek lingkungan secara tepat, dan pakaian pelindung yang relevan.

(5). Perawatan dan dukungan;

Tempat kerja harus menyediakan akses ke layanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan buruh/pekerja laki-laki dan perempuan dengan TB dan penyakit terkait, atau harus merujuk buruh ke fasilitas layanan kesehatan milik pemerintah dan milik swasta. Pendekatan seperti Pengobatan Jangka Pendek dengan Pengawasan Langsung, (*Directly Observed Treatment Shortcourse*; DOTS) lebih diutamakan selain pendekatan lainnya. Langkah-langkah untuk mengakomodasi dan mendukung pekerja dengan TB harus dilakukan melalui pengaturan cuti yang fleksibel, penjadwalan ulang waktu kerja, dan pengaturan untuk kembali bekerja.

(6). Dialog sosial.

Pengendalian dan manajemen TB di tempat kerja lebih efektif bila direncanakan dan dilaksanakan atas dasar kolaborasi antara manajer/pengurus perusahaan dan buruh/pekerja. Organisasi semacam komite kesehatan dan keselamatan kerja dengan perwakilan yang luas bertanggung jawab untuk mengawasi implementasi penanggulangan TB di tempat kerja.

d) Dinas Kesehatan;

Dinas Kesehatan bisa disebut sebagai sutradara regulasi penanggulangan TB di daerah. Kekuasaan hukum yang melekat pada Dinas Kesehatan dijalankan untuk pembentukan regulasi di daerah. Peraturan Walikota/Bupati yang mengatur tentang Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TB menjadi salah satu aturan yang melegitimasi tindakan penanggulangan TB di tempat kerja. Di Semarang peraturan itu diinterpretasi sebagai legitimasi untuk penanggulangan TB di tempat kerja yang disusun Dinas Kesehatan bersama-sama dengan APINDO dan serikat buruh (FSPI Semarang). Perusahaan dan serikat buruh/pekerja di Semarang telah menyetujui agenda penanggulangan TB di tempat kerja. Ketiga organisasi yang mewakili institusi pemerintah, korporasi dan buruh itu disebut tim tripartit. Misi tim tripartit melakukan pemantauan atas pengendalian TB di tempat kerja dan fasilitasi bilamana terdapat masalah. Ini merupakan inspirasi bagi para aktor di Sukabumi agar terdapat pertemuan tripartit untuk kepentingan internalisasi penanggulangan TB di tempat kerja.

Dinas Kesehatan telah bekerjasama dengan Puskesmas, terutama yang berada dalam wilayah industri. Datakrasi menjadi pekerjaan utama antara lain memantau laporan K3 setiap bulan dan program daftar pekerja perempuan di Semarang. Dinas Kesehatan juga memberikan fasilitasi untuk klinik di perusahaan, surat izin kaitan kesehatan untuk pekerja, dan sebagainya.

Sosialisasi penanggulangan TB di tempat kerja dilakukan oleh Puskesmas sesuai dengan wilayahnya. Selain itu, terdapat sosialisasi melalui klinik kepada perusahaan untuk tidak perlu takut terhadap stigma TB. Di samping pengobatan, gizi penting bagi pasien TBC. Dinas Kesehatan Kota Semarang memberikan panduan bahwa pekerja yang bergejala atau terjangkit sebaiknya ditempatkan di luar ruangan (apabila tidak memungkinkan untuk diliburkan, tetapi tetap digaji). Prinsipnya adalah mencegah penularan TB.

Ada beberapa kasus TB di perusahaan yang tidak dilaporkan. Dinas Kesehatan dan Puskesmas terus menerus berupaya untuk mengedukasi bahwa TB dapat disembuhkan. Puskesmas memberikan laporan kepada Dinas Kesehatan termasuk mengenai perkembangan Penyakit Akibat Kerja (PAK). Perusahaan terhubung dengan klinik (untuk pemeriksaan gejala) yang kemudian dirujuk kepada Puskesmas (untuk pemeriksaan dahak). Klinik juga melaporkan kepada Puskesmas. Puskesmas menyampaikan laporan bulanan kepada Dinas Kesehatan. Pemantauan dan pelaporan K3 berlangsung pula setiap bulan. Salah satu kendalanya adalah adanya pekerja yang tidak terbuka atau tidak jujur sejak awal menderita TB karena adanya stigma terhadap penderita TB. Dinas Kesehatan berupaya melakukan penemuan kasus TB di

tempat kerja melalui pemberian arahan kepada koordinator pengurus perusahaan mengenai buruh/pekerja yang memiliki gejala TB.

Dalam perspektif Dinas Kesehatan, apabila gejala klinis buruh/pekerja dengan TB sudah jelas ditemukan maka buruh/pekerja akan dibawa ke klinik perusahaan dan dirujuk ke Puskesmas untuk pemeriksaan TB.

Upaya pencegahan dilakukan sejak buruh/pekerja mendaftar untuk bekerja. Dinas Kesehatan menyampaikan kepada APINDO, Dinas Ketenagakerjaan, dan serikat buruh/pekerja untuk mengadakan pemeriksaan dahak sebelum bekerja. Pelayanan medis yang diberikan kepada pekerja formal dan informal tetap setara atau nondiskriminasi. Kekuasaan Dinas Kesehatan dibatasi pada pemberian alternatif dan solusi yang ditawarkan kepada perusahaan dan buruh/pekerja dengan gejala TB. Bagi buruh/pekerja penyintas TB tetap disarankan bekerja dengan menggunakan masker. Ini untuk mengatasi beban psikis yang dialami buruh/pekerja penyintas TB yang jarang bersikap terbuka kepada manajemen mengenai riwayat penyakitnya.

Dinas Kesehatan tidak mewajibkan pemeriksaan kesehatan (medical check up). Ini selalu dikoordinasikan dengan Dinas Ketenagakerjaan. Klinik di perusahaan mampu melakukan skrining kesehatan atau pemeriksaan kesehatan sendiri. Apabila diajukan permohonan maka Dinas Kesehatan dapat memfasilitasi pemeriksaan kesehatan. Dinkes aktif melakukan monitoring K3 perusahaan melalui *personal in charge* (PIC) perusahaan.

e) Dinas Ketenagakerjaan;

Sutradara berikutnya adalah Dinas Ketenagakerjaan. Kekuasaan hukum yang melekat pada Dinas Ketenagakerjaan fokus pada pengawasan terhadap penanggulangan TB di tempat kerja. Dinas Ketenagakerjaan Kota Semarang melakukan tindakan pengawasan yang bersifat persuasif seperti mengirim surat himbuan kepada perusahaan yang isinya mengingatkan upaya preventif TB dan berkunjung satu bulan sekali ke perusahaan yang tergabung dalam kelembagaan tripartit (APINDO, serikat buruh/pekerja dan akademisi).

Penanggulangan TB sudah terdapat sejak awal proses rekrutmen buruh/pekerja. Sejak perusahaan membuka lowongan kerja, Dinas Ketenagakerjaan melakukan tes seleksi seperti menanyakan riwayat sakit TB pada calon buruh/pekerja dan riwayat TB dari orang tua buruh/pekerja. Kendala yang dialami adalah verifikasi buruh/pekerja yang berasal dari luar kota Semarang. Skrining kesehatan dilakukan terlebih dahulu oleh pemerintah provinsi Jawa Tengah, barulah kemudian dilanjutkan di Dinas Ketenagakerjaan. Kendala lain yakni kesulitan mengakses buruh/pekerja yang tinggal di asrama perusahaan. Hakam, Dinas Kesehatan Kota Semarang, merespons tantangan yang diutarakan oleh Dinas Ketenagakerjaan bahwa buruh/pekerja dari luar kota Semarang harus mengikuti aturan yang ada di tempat kerja di wilayah Semarang.

Dinas Ketenagakerjaan melakukan sosialisasi penanggulangan TB di tempat kerja bersama-sama dengan Dinas Kesehatan. Kedua organisasi pemerintah ini diikat secara yuridis dengan peraturan walikota/bupati yang mengatur tentang rencana aksi daerah penanggulangan TB. Apabila ditemukan indikasi buruh/pekerja dengan TB, Dinas Ketenagakerjaan melakukan supervisi di klinik perusahaan dan koordinasi dengan Puskesmas.

Upaya mediasi menjadi tindakan alternatif dalam hubungan industrial dan kesehatan di tempat kerja. Apabila buruh/pekerja dengan TB sudah sembuh maka mereka diberikan opsi pemindahan unit kerja atau berhenti bekerja. Keputusan ini dikembalikan kepada buruh/pekerja penyintas TB.

f) Pengurus perusahaan bidang kesehatan;

Aktor sutradara yang berada di internal tempat kerja dan penting untuk ditemui oleh aktivis Ornop/OMS penanggulangan TB adalah pengurus perusahaan bidang kesehatan dan keselamatan kerja (K3).



Pembagian kerja yang spesifik berkelindan dengan hukum penanggulangan penyakit menular lainnya. Organ HSE (*Health, Security, Environment*), analisis keselamatan kerja (*job safety analysis*), dan organ HRA (*Health Risk Assessment*) relatif mempunyai kepentingan tinggi untuk menjaga kesehatan buruh dan produktivitas buruh.

g) Perusahaan multi-nasional;

Tindakan pencegahan dan pengobatan TB di tempat kerja memang membutuhkan biaya, struktur organisasi yang terspesialisasi, dan kemampuan perusahaan untuk berkolaborasi dengan pemerintah. Mereka adalah sutradara yang mungkin sulit untuk didekati secara langsung namun mudah ditemui dalam suatu acara bersama otoritas dinas kesehatan dan dinas ketenagakerjaan. Uraian praktik implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja di Sukabumi memberikan gambaran bahwa aktor ini masuk ke arena tata pemerintahan (*governance*) TB di daerah seiring dengan kapasitasnya mampu memenuhi seluruh norma hukum Permenaker No. 13/2022 Penanggulangan TB di Tempat Kerja.

2) Metafor Aktor: Pemilik dan Penata Panggung

Makna dari metafor pemilik dan penata panggung adalah aktor yang memiliki kekuasaan tinggi namun kurang berkepentingan terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

Perusahaan padat karya merupakan aktor yang mendekati karakter “pemilik dan penata panggung”. Perusahaan padat karya ibarat “pemilik panggung” yang mana panggungnya bersliweran bakteri TB. Aktor ini perlu didampingi oleh aktivis Ornop/OMS untuk bersama-sama “menata panggung tempat kerja” yang mana panggungnya tercega dari penularan TB. Tak semua perusahaan padat karya mempunyai pengusaha dan pengurus perusahaan yang berkepentingan dengan penemuan kasus TB di tempat kerja, kecuali pengusaha dari perusahaan padat karya itu intensif bergabung dalam forum publik bersama dinas kesehatan dan dinas ketenagakerjaan.

Wawancara dengan salah satu dokter, kepala Puskesmas di Sukabumi, menyatakan bahwa titik masuk yang diakui tidak mudah dilakukan antara lain masuk ke perusahaan garmen. Karakteristik perusahaan itu memperkerjakan ribuan buruh/pekerja. Kepala Puskesmas mengakui, lebih mudah masuk menjalin komunikasi dengan perusahaan yang sudah berstandar global daripada perusahaan garmen padat karya yang belum mengikuti standar kesehatan secara global. Perusahaan garmen dinilai oleh Puskesmas berpotensi mengalami persebaran TB cukup besar karena konsentrasi manusia pekerjanya. Pada saat bekerja mereka mungkin berjarak, yang mana terjadi saling jaga jarak sejak pandemi Covid-19, tetapi pada saat istirahat dan makan bersama yang terkonsentrasi daya kumpulnya, ditambah perilaku cuci tangan dan pemakaian masker yang kurang, akan sulit mencegah persebaran TB.

Seandainya buruh perusahaan garmen itu tinggal di Desa, maka ketika mereka pulang ke rumah setelah bekerja dari perusahaan garmen, dengan risiko tertular pada waktu makan siang yang ramai dan padat, lalu bersin di rumah, tanpa ada angin bertiup, maka dalam jarak 1 (satu) meter orang di sekitarnya berpotensi tertular TB. Bila ada angin bertiup maka bakteri TB akan lebih jauh lagi terbawa angin dan orang-orang di Desa, perdesaan, atau wilayah lain akan tertular karena menghirupnya. Kepala Puskesmas menegaskan, ini yang menyebabkan orang yang sedang sakit TB harus memakai masker, bukan bagi orang yang sehat. Droplet bisa menembus masker sehingga Puskesmas mewajibkan orang dengan TB wajib memakai masker. Imunitas tubuh juga berpengaruh. Orang yang sudah vaksin BCG masih berpotensi tertular TB namun tidak akan muncul komplikasi. Faktor lain bisa muncul karena penyakit penyerta dan perilaku kesehatan yang buruk turut serta menurunkan imunitas tubuh.

Pelibatan perusahaan padat karya yang diorganisir oleh Ornop/OMS perlu dilakukan melalui forum publik. Setidaknya forum publik itu mencapai pemahaman timbal-balik bahwa pajanan silika di tempat kerja menyebabkan peradangan pada paru-paru. Penularan TB di perusahaan garmen kemungkinan dipicu bau atau aroma yang terdapat di tempat kerja. Masyarakat sekitar pabrik garmen seringkali mengeluhkan aroma dari

pembuangan limbah atau sebab lain. Buruh mengalami sakit setelah membuka barang tertentu yang mungkin disebabkan kain jenis tertentu yang mengakibatkan tangannya menjadi gatal. Fenomena ini masih memerlukan penelitian terhadap bahan kimia tertentu yang menyebabkan alergi dan kemungkinan buruh menderita TB. Forum publik yang melibatkan perusahaan padat karya merupakan peluang agar “panggung tempat kerja ditata ulang oleh pemiliknya, hingga bakteri TB tak muncul dari persembunyiannya”.

3) **Metafor Aktor: Penonton**

Makna dari metafor penonton adalah aktor yang kurang memiliki kekuasaan dan kepentingan terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

Buruh/pekerja yang sehat dan belum pernah menderita TB merupakan aktor “penonton” dalam implementasi kebijakan penanggulangan TB. Istilah penonton ini tidak negatif. Mereka menjaga jarak dari panggung penanggulangan TB di tempat kerja karena fokus yang berbeda. Eksistensi buruh/pekerja yang sehat ditentukan pada kehidupannya yang stabil. Esensi kehidupan mereka adalah upah. Eksistensinya adalah upah yang mewujudkan dalam perjanjian kerja, jaminan kesehatan secara umum, dan penanganan kasus yang dituntaskan melalui mediasi atau prosedur tripartit. Kesadaran tentang penanggulangan TB di tempat kerja mungkin lebih mengemuka di kalangan buruh/pekerja yang sudah tuntas tuntutan upah minimumnya, tuntas pula pembiayaan untuk pengobatan, dan jaminan kembali bekerja.

Tantangan bagi aktivis Ornop/OMS penanggulangan TB di tempat kerja adalah mengajak “penonton” ini untuk aktif memberikan solidaritas kepada buruh/pekerja dengan TB, dan pada pendulum maksimum mereka ikut terlibat dalam pemenuhan hak-hak kesehatan sesuai Permenaker No. 13/2022 Penanggulangan TB di Tempat Kerja.

4) **Metafor Aktor: Pemain Panggung**

Makna dari metafor pemain panggung adalah aktor yang memiliki kekuasaan rendah dan kepentingan yang tinggi terhadap implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja.

(a) **Ornop/OMS penanggulangan TB;**

Aktor pemain panggung selalu disorot di panggung implementasi kebijakan penanggulangan TB. Ornop/OMS penanggulangan TB di Sukabumi mempunyai dinamika pada relasi antara TB dan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ), serta TB dan tempat kerja. Maman merupakan salah seorang aktivis Unit Pelaksana (Implementing Unit) komunitas penanganan TB di Sukabumi. Posisi geografis Sukabumi yang pegunungan relatif rentan penyebaran TB. Variasi penanganan TB di wilayah pegunungan ini terdapat pada 2 (dua) arena yakni penanganan TB di arena sosial ODGJ dan tempat kerja.

Pertama, penanganan TB pada salah satu unit kerja Kementerian Sosial bernama Phalarmartha. Wilayah Sukabumi sebagian besar merupakan pegunungan. Cuaca dingin di wilayah ini turut mendukung penyebaran TB. Pegiat penanganan TB melakukan PPI di Phalarmartha Sukabumi yang secara spesifik tertuju pada ODGJ. Aktivis penanganan TB telah berupaya membuat kesepakatan bersama dengan Puskesmas terdekat supaya terdapat model standar operasional prosedur untuk menangani pemeriksaan berkala para warga ODGJ yang didampingi. Upaya ini penting untuk mencegah ODGJ menambah jumlah orang dengan TB Resisten Obat yang sudah melampaui 40 (empat puluh) orang.

Kedua, penanganan TB di tempat kerja perusahaan. Buruh/pekerja di perusahaan di wilayah Sukabumi rata-rata bekerja selama 8 (delapan) jam dan kurang lebih terdapat 2.000 (dua ribu) buruh/pekerja yang aktif bekerja di perusahaan. Aktivis TB belum bisa memastikan pengendalian penyebaran TB di tempat kerja karena belum pernah terdengar kebijakan tertulis yang diproduksi oleh perusahaan. Pengobatan yang dilakukan terhadap buruh/pekerja dengan TB cenderung dilakukan melalui fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas dan Rumah Sakit.



Strategi yang diusulkan oleh aktivis penanganan TB adalah pertama, investigasi kontak melalui tindakan Puskesmas yang datang ke rumah warga. Kedua, sosialisasi non-Investigasi Kontak ketika ditemukan kasus dan ada tempat yang dinilai berpotensi bertambahnya orang dengan TB di Desa. Ketiga, melakukan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) pada perusahaan atau di tempat kerja atau tempat yang berpotensi menjadi tempat berkumpulnya banyak orang dengan pertemuan lebih dari 8 (delapan) jam. Tiga strategi ini penting dilakukan melalui kerja sama para aktor yakni dinas tenaga kerja, dinas kesehatan dan aktivis jejaring Penabulu-STPI. Kapasitas aktor Ornop/OMS masih memerlukan staf khusus yang menjalin kerja sama antar organisasi pemerintah, swasta dan OMS lain untuk pelaksanaan advokasi TB di tempat kerja. Penambahan staf kerja sama itu diperlukan untuk mencapai target 300 IKA, sementara PPI berjumlah ratusan pula.

Aktivis Ornop/OMS untuk penanganan TB cenderung belum mempunyai data khusus buruh/pekerja dengan TB karena selama ini struktur data hanya nama, alamat dan keluarga. Pengalaman mereka melakukan PPI di Palamartha sudah menemukan dua orang dengan TB sehingga mereka mendorong dilakukannya PPI di lingkungan kerja Palamartha. Konsentrasi aktivis Ornop/OMS belum menjangkau secara praktis untuk tempat kerja. Berbeda halnya dengan tindakan komunikatif dari perwakilan perusahaan terhadap HIV/AIDS yang sekaligus dipastikan menderita TB.

Peluang untuk masuk dan kerja sama antara aktivis Ornop/OMS ODGJ dan TB tertuju pada bentuk organisasi ad hoc yang mewadahi perusahaan, asosiasi perusahaan (APINDO), pemerintah daerah, dan tenaga kesehatan yang aktif pada isu HIV/AIDS. Langkah lanjutan melalui organisasi itu adalah terjalin kerja sama pemeriksaan hingga pengobatan untuk buruh/pekerja dengan TB bersama Puskesmas.

Kepentingan aktor Ornop/OMS juga tertuju pada sistem pendataan TB. Ada dua sistem pencatatan yakni SITK yang dimiliki oleh organ komunitas penanganan TB dan SITB yang dimiliki oleh pemerintah. Walaupun terkadang data dari SITK dan SITB juga seringkali tidak sinkron. Di klinik pun ketika ada kasus TB maka pencatatannya dilakukan melalui SITB. Karena SITB itu akan melihat kebutuhan obat. Ini kemudian menjadi kendala bagi Puskesmas yang ada di kampung. Ketika SITB bermasalah maka obat pun akan terkendala pula.

Belajar dari pengalaman organisasi melakukan PPI terhadap ODGJ maka organ komunitas penanganan TB memerlukan semacam kesepakatan bersama dengan Puskesmas dan perusahaan. Kerja sama itu mencantumkan misi penanganan TB di tempat kerja. Struktur organisasi di perusahaan cenderung jelas dan ada nominal tertentu yang potensial dikeluarkan untuk pembiayaan aktivitas advokasi. Aktivis Ornop/OMS bisa melakukan sosialisasi kepada organ serikat buruh, buruh, dan organ direksi yang memerlukan informasi tentang bahaya penularan TB di tempat kerja. Cuaca yang dingin di Sukabumi setidaknya membuka peluang lebih lebar bagi organ Ornop/OMS penanggulangan TB untuk bekerjasama dengan Puskesmas dan perusahaan, sekaligus mendorong tata kelola korporasi yang terbuka dengan pemerintah daerah dan Ornop/OMS dalam misi pemeriksaan berkala, sistem pendataan, dan pengobatan.

(b) Buruh/pekerja dengan TB;

Advokasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja berpusat pada pemenuhan hak kesehatan untuk buruh/pekerja dengan TB. Mereka adalah aktor pemain panggung. Aktor yang selalu menjadi pusat perhatian para sutradara, pemilik dan penata panggung, dan penonton panggung “implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja”. Meskipun kekuasaan buruh/pekerja dengan TB terhitung rendah tapi kepentingan mereka tinggi untuk mempengaruhi kebijakan pengobatan TB di tempat kerja.

Rendahnya kuasa buruh atas kebijakan itu diungkapkan dengan adagium “buruh itu kalau tidak bekerja maka ia tidak akan dibayar, seandainya buruh sakit maka ia tidak dibayar”. Akibatnya, buruh yang tidak merasa ada keluhan atau tidak merasa sakit parah biasanya ia tidak akan berobat. Aktivis Ornop/OMS penanggulangan TB perlu melibatkan aktor pemain panggung ini agar tata laksana penanganan TB di

tempat kerja semakin berpihak pada hak kesehatan buruh:

- a). Buruh dengan TB bebas memilih untuk berobat di klinik perusahaan atau di luar perusahaan namun selama klinik perusahaan mampu menangani maka buruh bisa memilih berobat di klinik perusahaan.
- b). Jika perusahaan tidak mempunyai klinik maka buruh/pekerja diperjuangkan untuk mempergunakan BPJS atau KIS untuk pengobatan TB pada Puskesmas atau klinik di luar perusahaan.
- c). Walaupun tak ada klinik di perusahaan, perusahaan harus memberikan rekomendasi kepada buruh dengan TB ke klinik tertentu untuk berobat.

(c) Serikat buruh/pekerja;

Serikat buruh/pekerja merupakan aktor “pemain panggung” yang lebih dekat berhubungan dengan implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja. Waluyo, aktivis Federasi Serikat Pekerja Industri (FSPI) Semarang menyatakan, selama ini FSPI telah mendampingi kurang lebih 11.000 pekerja di Kota Semarang. Keterlibatan FSPI terkait dengan kebijakan tertulis mengenai TB cenderung berada dalam konteks pengawalan dan pengawasan terhadap implementasi kebijakan tersebut. Dalam perspektifnya, informasi yang minim terkait dengan penanggulangan TB di perusahaan menjadi kelemahan dan tantangan tersendiri bagi pemerintah daerah untuk meningkatkan keterlibatan dan partisipasi serikat buruh dalam penyusunan kebijakan di perusahaan. Umumnya, perusahaan melakukan sosialisasi melalui surat edaran dan himbauan yang telah ditandatangani oleh direksi perusahaan dan disebarakan secara daring maupun tatap muka. Himbauan yang dilakukan biasanya mengenai menjaga kesehatan, pola makan, dan perilaku hidup sehat.

Laporan buruh/pekerja kepada FSPI bukan hanya terkait dengan TB saja, akan tetapi pada umumnya apabila terdapat pekerja yang sakit, perusahaan akan langsung mengistirahatkan pekerja tersebut. FSPI berperan sebagai pendamping buruh/pekerja untuk mengajukan haknya terkait dengan masa istirahat sakit dan upah penuh yang tetap dibayarkan (setelah buruh/pekerja dinyatakan terjangkit penyakit yang parah dan sudah menjalani pemeriksaan).

Ornop/OMS berpeluang untuk menjalin komunikasi dengan FSPI dan serikat buruh/pekerja lainnya agar tercipta kebijakan eksplisit yang mengakui hak-hak buruh dalam penanganan TB di tempat kerja.

d) Tenaga kesehatan di perusahaan (Institusi K3)

Uraian sebelumnya telah mencontohkan praktik tata kelola TB di tempat kerja bahwa perusahaan mempunyai cara pengobatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang melakukan praktik K3. Pengurus K3 di perusahaan secara ideal terdiri dari tenaga kesehatan yang bersertifikat K3, antara lain, dokter dan perawat yang bersertifikat K3. Institusi K3 adalah aktor “pemain panggung” yang disorot terus menerus oleh aktor lainnya.

Aktivis Ornop/OMS perlu merangkul pemain panggung ini dengan isu kebijakan maksimum bahwa klinik di tempat kerja (perusahaan) harus mempunyai obat TB yang disediakan oleh dokternya. Tenaga kesehatan di klinik perusahaan memantau buruh dengan TB selama 6 (enam) bulan. Jika buruh dengan TB itu memerlukan penanganan lebih lanjut maka buruh dijamin haknya berupa rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai.

Praktik baik di Sukabumi yang diuraikan pada bagian sebelumnya bisa menjadi referensi bersama bahwa tenaga kesehatan di perusahaan sudah mampu melakukan pengobatan TB. Pelaporan K3 berkala dan berkaitan dengan TB juga sudah dilakukan di Semarang. Pemerintah telah mempublikasikan aplikasi penanganan Covid-19 yang di dalamnya terdapat fitur TB dan HIV/AIDS. Isu transformasi K3 tepat pula dibawa oleh aktivis Ornop/OMS penanggulangan TB agar perusahaan terlibat lebih mendalam dalam penanggulangan TB di tempat kerja.



(e) **Bidan.**

Aktor “pemain panggung” di lapangan sejatinya berada di tangan bidan. Bidan Desa yang aktif di Puskesmas Cipari, Sukabumi, menceritakan bahwa dirinya sudah bekerjasama dengan organisasi non-pemerintah (Penabulu-STPI), kader kesehatan dan sektor pemerintahan lainnya untuk melakukan deteksi dini. Bidan ini juga berjejaring dengan pihak perwakilan dari perusahaan (minta dirahasiakan identitasnya) yang aktif bergabung dalam tim P2A Sukabumi. Aktivitasnya meluas ke area tata pemerintahan TB, HIV/AIDS dan penyakit menular lainnya. Perwakilan perusahaan ini akhirnya memperoleh penghargaan dari asosiasi dinas kesehatan Indonesia pada 2023 di Jawa Timur.

Kesatuan gerak mereka bersifat merangkul agar warga Desa (buruh dan tani) bersedia diperiksa. Tindakan ini memang sudah mulai dilakukan pada 2023 dengan cakupan yang belum meluas. Kader kesehatan tetap bertumpu pada masyarakat Desa yang aktif di Posyandu di Desa sedangkan komunikasi dengan perusahaan secara khusus bekerjasama dengan unsur K3 yang menangani kesehatan dan keselamatan kerja para buruh/pekerja di tempat kerja.

Bidan Ana dari Sukabumi menjelaskan penanganan TB selama ini di Puskesmas melakukan skrining awal yaitu skrining dahak. Tenaga kesehatan Puskesmas meminta sample kepada pasien yang sedang menunggu pemeriksaan. Hasil sample dikirim ke Puskesmas Cicurug Sukabumi karena alatnya tersedia di Puskesmas Cicurug. Tercatat 75 (tujuh puluh lima) kasus di wilayah Puskesmas Cipari meskipun lebih banyak sebenarnya kasus yang tidak tercatat di seluruh wilayah Sukabumi.

Kasus buruh dengan TB pernah terjadi di perusahaan yang berada di wilayah kerja Puskesmas Cipari. Satu orang tercatat meninggal dunia karena komorbid yang menyertai penyakit TB yang dideritanya. Kasus ini bukan kategori Penyakit Akibat Kerja (PAK) namun lebih disebabkan perilaku dan mungkin juga kepatuhan buruh dengan TB dalam mengonsumsi obat. Terkadang buruh dengan TB ini merasa lebih sehat setelah beberapa kali minum obat sehingga lengah dalam konsistensi minum obat. Kasus buruh dengan TB ini awalnya diobati di klinik swasta dan telah memperoleh pengobatan dua kali. Setelah diperiksa di rumah sakit, cek TCM, ternyata positif TB dan selanjutnya dirawat di rumah sakit Cisarua. Perusahaan mendukung pengobatan buruh dengan TB itu hingga selesai.

Pengawas obat biasanya dari unsur keluarga misalnya kakak dari kasus buruh dengan TB itu agar mengawasi konsumsi obat. Bidan Ana terbiasa mendampingi kasus warga Desa atau buruh dengan TB di rumah sakit Cisarua dan juga penderita TB Sensitif Obat didampingi bersama dengan keluarga dari orang dengan TB.

Ornop/OMS penanggulangan TB sudah barang tentu perlu merangkul Bidan yang aktif di berbagai organisasi ad hoc penanganan TB, HIV/AIDS dan penyakit menular lainnya.

g. Rekomendasi Kebijakan

1) Kerja Sama Ornop/OMS dengan Puskesmas

Isu dan tantangan implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja terpusat pada belum adanya kebijakan/eksplisit yang diproduksi perusahaan, pengusaha, dan pengurus mengenai penanggulangan TB di tempat kerja masing-masing.

Kebijakan eksplisit ini penting disusun secara deliberatif. Dalam perspektif Ornop/OMS, kerangka kepengaturan (*policy framework*) penanggulangan TB di tempat kerja dimulai dengan kerja sama antara Ornop/OMS dan Puskesmas. Produk hukum yang melegitimasi kerja sama tersebut adalah Nota Kesepahaman yang substansi-klausulnya memuat langkah-langkah:

- a) Penyusunan kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja;
- b) Sosialisasi, penyebaran informasi dan edukasi TB di tempat kerja;
- c) Penemuan kasus TB;

- d) Penanganan kasus TB; dan
- e) Pemulihan kesehatan.

2) Rancangan Panduan Pelibatan Korporasi untuk Program Eliminasi TB

Perusahaan, pengusaha, asosiasi pengusaha, dan pengurus perusahaan di bidang kesehatan merupakan aktor yang berperan penting dalam eliminasi TB di tempat kerja. Panduan yang disusun oleh pemerintah telah memberi porsi besar pada intervensi regulatif kepada perusahaan.

Ruang kosong yang belum diisi adalah cara Ornop/OMS masuk ke arena sosial penanggulangan TB di tempat kerja. Riset ini merekomendasikan pokok-pokok pikiran awal dan langkah-langkah praktis tentang panduan pelibatan korporasi pada program eliminasi TB (*Lampiran*).



REFERENSI

- D. Collins, F. Hafidz, dan D. Mustikawati 2017. The economic burden of tuberculosis in Indonesia”, *INT J TUBERC LUNG DIS* 21(9):1041–1048. DOI: <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.16.0898>
- Density of Community Health Workers (per 1 000 population), diakses melalui: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/85>
- Elizabeth Fair, Philip C Hopewell & Madhukar Pai 2007. International Standards for Tuberculosis Care: revisiting the cornerstones of tuberculosis care and control, *Expert Review of Anti-infective Therapy*, 5(1), 61-65. DOI: 10.1586/14787210.5.1.61
- Kementerian Kesehatan RI 2020. Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024.
- M Muniyandi & Rajeswari Ramachandran 2008. Socioeconomic inequalities of tuberculosis in India”, *Informa Healthcare, Expert Opin. Pharmacother.* 9 (10),1623-1628.
- Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P., & Prawira, J 2017. The Republic of Indonesia Health System Review. *Health Systems in Transition*, 7 (1). <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254716/1/9789290225164-eng.pdf>
- Sistem Informasi SDM Kesehatan (SISDMK), diakses melalui: <https://sisdmk.kemkes.go.id/nakespuskesmas>
- TB Alliance 2007, Pathway to patients: charting the dynamics of the global TB drug market. Pretoria, South Africa. <http://www.tballiance.org/downloads/publications/PathwaytoPatientsOverviewFINAL.pdf>
- Togun, T., Kampmann, B., Stoker, N.G. et al. 2020. Anticipating the impact of the COVID-19 pandemic on TB patients and TB control programmes. *Ann Clin Microbiol Antimicrob* 19 (21). <https://doi.org/10.1186/s12941-020-00363-1>
- World Bank. 2021. Village Public Expenditure Management in Indonesia: Towards Better Budgeting and Spending. Washington, DC. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/36128>
- World Health Organization 2016, Global tuberculosis report. WHO/HTM/TB/2016.13. Geneva, Switzerland.

Berita Daring (Online)

1. <https://tbindonesia.or.id/pustaka-tbc/dashboard-tb/>
2. <https://www.kemkes.go.id/article/view/21032400001/cara-samatanggulangi-tbc-dan-covid-19.html>
3. <https://tbindonesia.or.id/pustaka-tbc/informasi/tentang-tbc/situasi-tbcdi-indonesia-2/>
4. <https://tbindonesia.or.id/pustaka-tbc/informasi/tentang-tbc/situasi-tbcdi-indonesia-2/>
5. <https://tirto.id/bank-dunia-kritik-penyalaran-dana-desa-sebabkanketimpangan-wilayah-evTF>
6. <https://www.voaindonesia.com/a/covid-19-bisa-naikkan-anggakematian-penderita-hiv-tb-dan-malaria/5501954.html>
7. <http://binapemdes.kemendagri.go.id/blog/detil/mari-memahami-regulasi-penataan-kewenangan-desa>

LAMPIRAN



Peta Situasi dan Peluang Pengembangan ILP

1) Pengantar

Kementerian kesehatan melalui Direktorat Kesehatan Masyarakat menyelenggarakan Launching Nasional Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) pada Kamis (31/8) di Jakarta. Kegiatan ini bertujuan meningkatkan cakupan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan primer di Indonesia, sekaligus sebagai wujud implementasi transformasi pilar pertama. Terdapat tiga hal yang menjadi fokus Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer. Pertama adalah penerapan siklus hidup sebagai fokus integrasi pelayanan kesehatan. Kedua mendekatkan Pelayanan kesehatan melalui jejaring hingga tingkat desa dan dusun termasuk untuk memperkuat promosi dan pencegahan yaitu melalui deteksi dan screening penyakit. Dan ketiga memperkuat pemantauan wilayah melalui digitalisasi dan pemantauan melalui dashboard situasi kesehatan perdesaan. Berkaitan dengan ILP tersebut, Kementerian Kesehatan mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer.

Sementara itu, pada saat yang sama Kementerian Desa PTT juga mengeluarkan kebijakan Permendesa PDTT Nomor 7 Tahun 2023 Tentang Rincian Prioritas Dana Desa Tahun 2024. Salah satu prioritas pemanfaatan dana desa pada tahun 2024 adalah untuk pemulihan ekonomi nasional dengan memenuhi kebutuhan dasar. Termasuk di dalamnya untuk perluasan akses layanan kesehatan. Mulai dari optimalisasi pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional hingga penanggulangan penyakit menular dan penyakit lainnya. Hal tersebut merupakan implementasi dari Undang-undang No. 6 Tahun 2014 tentang Desa. Pemerintah memberi kewenangan dan dukungan alokasi anggaran untuk pembangunan desa. Meskipun berdasarkan data yang ditemukan menunjukkan bahwa sebagian besar penggunaan dana desa masih digunakan untuk pembangunan infrastruktur, gaji dan operasional pemerintahan desa. Sementara untuk kesehatan dan pendidikan komposisinya masih sangat kecil. Lebih spesifik lagi untuk penurunan kasus Tuberkulosis (TBC) di Desa.

Permendesa PDTT Nomor 7 Tahun 2023 Tentang Rincian Prioritas Dana Desa Tahun 2024 tersebut merupakan salah satu wujud untuk mendukung komitmen pemerintah yang disampaikan melalui Peraturan Presiden 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. Secara spesifik, Perpres ini memberikan arahan tentang tanggung jawab bagi pemerintah pusat, pemerintah daerah, lembaga kajian, pihak swasta maupun masyarakat.

Pengalaman pencegahan penyebaran dan penanganan COVID-19 memberikan pelajaran penting. Khususnya dalam upaya pencegahan dan penanganan TB di Indonesia. Penanganan kesehatan masyarakat harus dimulai dari tingkat kelola yang paling mikro, yaitu dimulai dari keluarga, lingkungan RT/RW, Desa, dan Kecamatan. Selain itu, setiap individu, keluarga dan organisasi di Desa ikut berperan dalam menjaga kesehatan, keselamatan diri sendiri dan orang di sekitarnya. Setiap individu, keluarga serta organisasi pemerintah daerah dan Desa (Pemerintah Desa, BPD, lembaga kemasyarakatan Desa, BUM Desa dan lainnya) telah mengalami transformasi kesadaran dan berkemampuan untuk melakukan tindakan penanganan dan pencegahan penyebaran penyakit menular.

Desa sebagai organisasi pemerintahan yang bermasyarakat dan organisasi masyarakat yang berpemerintahan (*self-governing community* dan *local self-government*), pada Pandemi Covid-19 sudah terbukti sigap melakukan tindakan pencegahan dan penanganannya bersama dengan institusi kesehatan supra-Desa. Terdapat dua perspektif yang perlu dilakukan untuk dapat memastikan implementasi kebijakan eliminasi TB dalam perspektif Sistem kekuasaan negara dan Dunia-Kehidupan Desa. Pertama, perspektif Sistem kekuasaan negara. Kementerian Kesehatan telah mencanangkan pembangunan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) Prima di Desa/Dusun. Posyandu Prima



merupakan perpanjangan jangkauan Puskesmas yang dilakukan untuk meningkatkan aksesibilitas dan kualitas layanan kesehatan masyarakat di Desa/Dusun. Posyandu Prima merupakan jenis posyandu yang menjadi wadah pemberdayaan masyarakat yang memberikan pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan lainnya sesuai dengan kebutuhan secara terintegrasi di Desa. Posyandu Prima memberikan pelayanan mencakup seluruh siklus hidup mulai dari pra kehamilan, sampai dengan lansia. Ibu hamil, balita dan lansia merupakan kelompok yang memiliki resiko tinggi tertular TB. Di sisi lain, penularan TB di Indonesia sangat tinggi sehingga pemerintah menjadikan pemeriksaan TB sebagai bagian dari Standar Pelayanan Minimal Kesehatan (SPM Kesehatan) yang perlu diintegrasikan dalam layanan Posyandu.

Kebijakan Posyandu Prima bertautan dengan aspek pembiayaan yakni memperkuat pelayanan kepada masyarakat (termasuk di dalamnya SPM) yang mana pemerintah supra-Desa dapat membentuk Badan Layanan Umum (BLU). BLU adalah instansi di lingkungan Pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. Pengelolaan BLU diatur di dalam PP No. 74/2012 tentang Perubahan atas PP No. 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan aturan pelaksanaan lainnya. Saat ini BLU diketahui ada di tingkat nasional di bawah kementerian dan di tingkat kabupaten berupa Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang diatur dalam Permendagri No. 79/2018 tentang BLUD.

Berbagai kerangka regulasi tentang BLU, BLUD, Posyandu Prima dan penanganan TB selanjutnya dianalisis secara normatif dengan sistem hukum UU No. 6/2014 tentang Desa. Analisis regulasi itu dilakukan secara koeksistensi setelah peneliti memperoleh informasi faktual/empiris yang cukup dari daerah dan Desa, khususnya tentang peluang-peluang adaptasi pemerintah atau pemerintah daerah terhadap kebijakan BLUD dan kewenangan Desa dalam UU Desa.

Kedua, perspektif Dunia-Kehidupan Desa. Penderita TB pada skala lokal Desa cukup besar bila diandaikan terkait dengan minimnya perilaku hidup sehat dan bersih di Desa. Di lain pihak Desa telah berpengalaman mengelola Dana Desa dalam APB Desa untuk penanganan kesehatan di masa pandemi Covid-19, seperti yang dilakukan oleh BUM Desa di Megamendung, kawasan Puncak Bogor, yang memberikan layanan swab test kepada masyarakat Desa dan umum. Pemerintah Desa dan masyarakat Desa yang didampingi oleh Dinas Kesehatan dan institusi supra-Desa lainnya telah melakukan tindakan preventif, tindakan isolasi warga yang terpapar Covid-19, distribusi masker dan obat hingga pemakaman korban Covid-19. Pengalaman Desa ini perlu transformasi dalam konteks penanganan TB. Selain itu beberapa Desa di Jawa Tengah telah mendirikan Klinik Pratama Bumdes Sehat Tlogowungu Kabupaten Pati yang diresmikan Gubernur Jateng Ganjar Pranowo pada tahun 2019. Informasi ini masih perlu diteliti aspek kelembagaannya karena informasi awal menyatakan bahwa kelembagaannya berbentuk BUM Desa Bersama atau unit usaha bentukan bersama oleh 159 Desa bernama PT Maju Berdikari Sejahtera Pati.

Melalui Permendesa PDTT Nomor 7 Tahun 2023 Tentang Rincian Prioritas Dana Desa Tahun 2024, Kementerian Desa telah memberikan landasan kebijakan normatif tentang prioritas penggunaan Dana Desa 2024 untuk penanggulangan TB yakni melalui:

- (a). Pembangunan Desa melalui pembangunan rumah layak huni untuk penderita TB dan penderita penyakit tertentu;
- (b). Pemberdayaan Masyarakat Desa melalui upaya promotif dan preventif.

Pemerintah Desa bersama BPD dapat membahas dan memutuskan program pembangunan Desa dan program pemberdayaan masyarakat Desa mengenai penanganan TB, melalui Musyawarah Desa, agar pembiayaannya bisa dialokasikan melalui APB Desa.

Dalam perspektif Berdesa (*desanization*; tradisi masyarakat yang bernegara, berpemerintahan dan bermasyarakat di Desa) maka prakarsa Desa dan beberapa Desa dalam memberikan layanan kesehatan pada skala lokal Desa dan

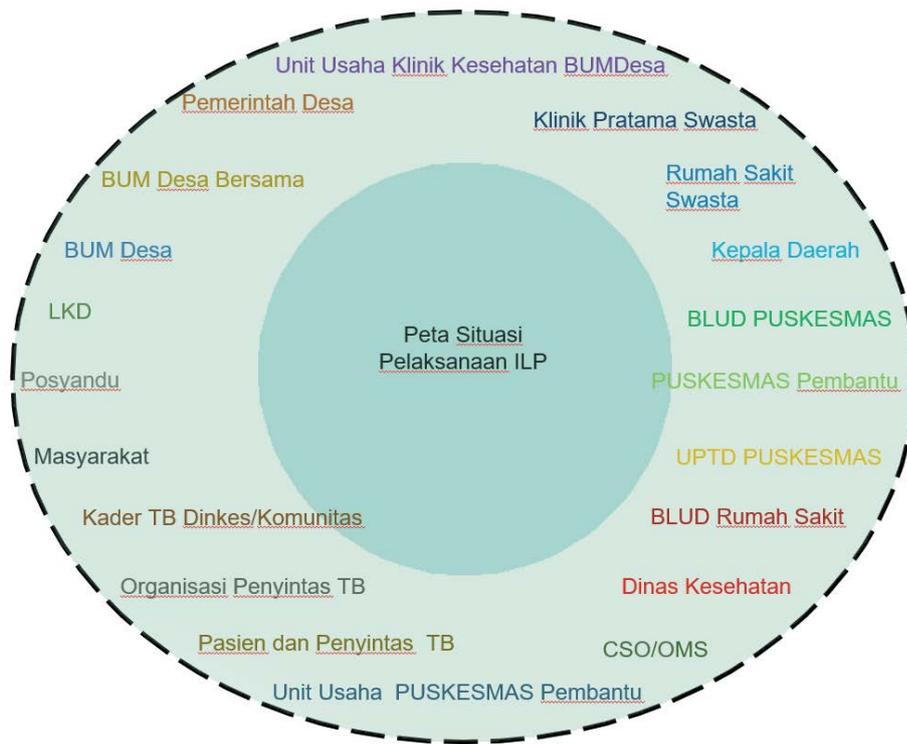
perdesaan penting untuk dicermati kaitannya dengan ide pembentukan BLU Desa di bidang penanggulangan TB. Karena pelayanan kesehatan di Desa selalu mengalami tarik menarik pada konteks asas hukum dan kewenangan. Institusi supra Desa cenderung menerbitkan kebijakan dan program kesehatan untuk Desa dengan asas hukum otonomi daerah dan kewenangan sektoralnya.

Berdasarkan analisis situasi yang dilakukan, gagasan pembentukan BLU Desa memiliki kemiripan dengan gagasan pembentukan Posyandu Prima. Penggunaan istilah “Desa” dan “Posyandu” atau “BLU” yang sudah sekian lama terinternalisasi di dalam pikiran tentang Desa, cenderung menyulitkan komunikasi gagasan dan sulit mengandaikan tindakan kolektif terjadi.

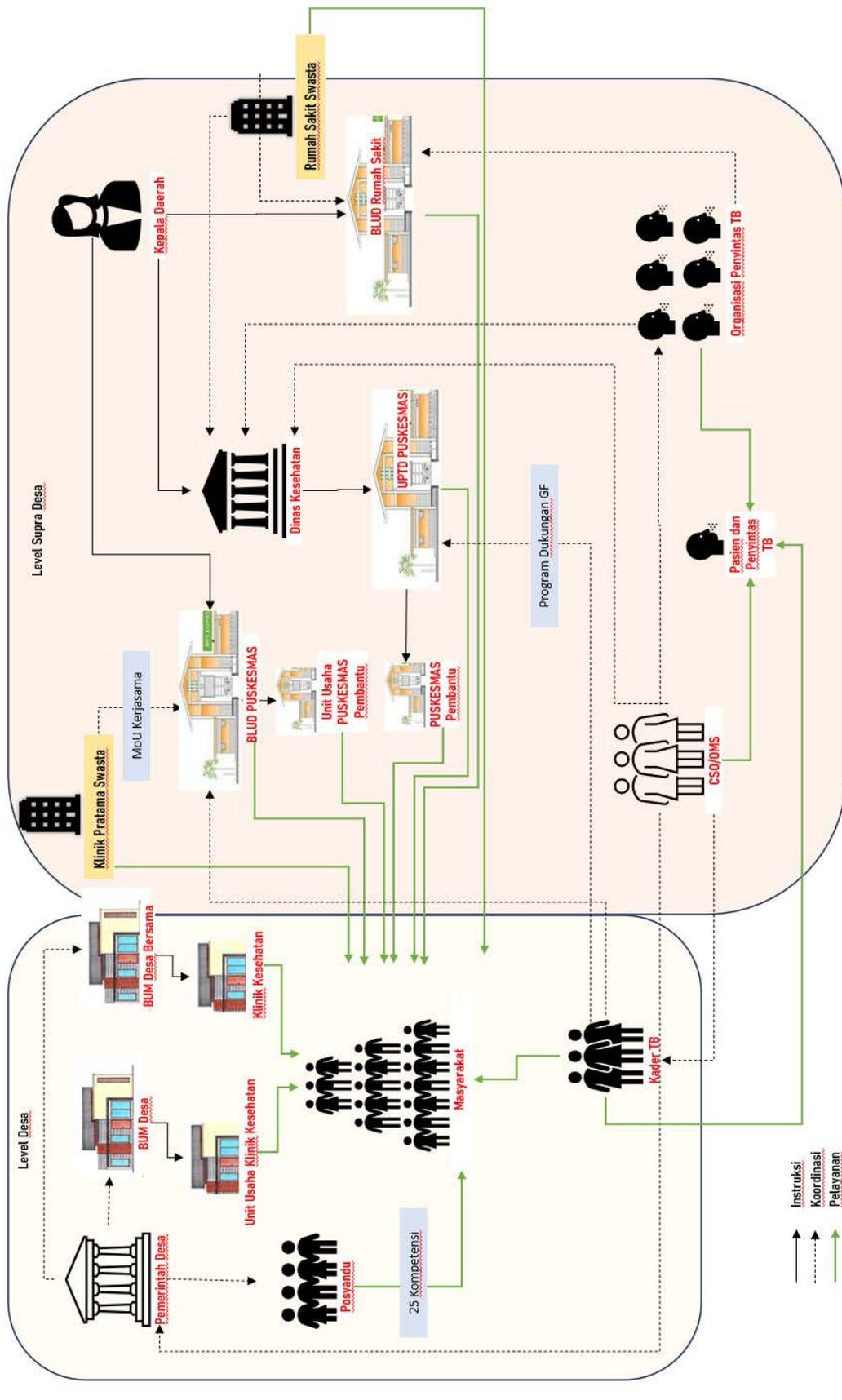
Praktik diskursif yang diperoleh selama penelitian membentuk pengetahuan baru bahwa BLUD/UPTD Puskesmas yang masuk dalam arena ILP termasuk di dalamnya Pustu (Puskesmas Pembantu), berpotensi menjadi unit pelayanan kesehatan di Desa, sekaligus pemberdaya kader kesehatan di Desa.

2) Peta situasi.

Peta ini menggambarkan berbagai unsur-unsur dalam pelaksanaan ILP dan Peluang Kerjasama BLU dengan Pemerintah Desa yang diperoleh dari situasi penelitian dan membangun analisis hubungan di antara manusia, non-manusia dan praktik diskursif. Peta situasi Pelaksanaan ILP dan peluang BLU Desa dilihat pada bagan berikut:



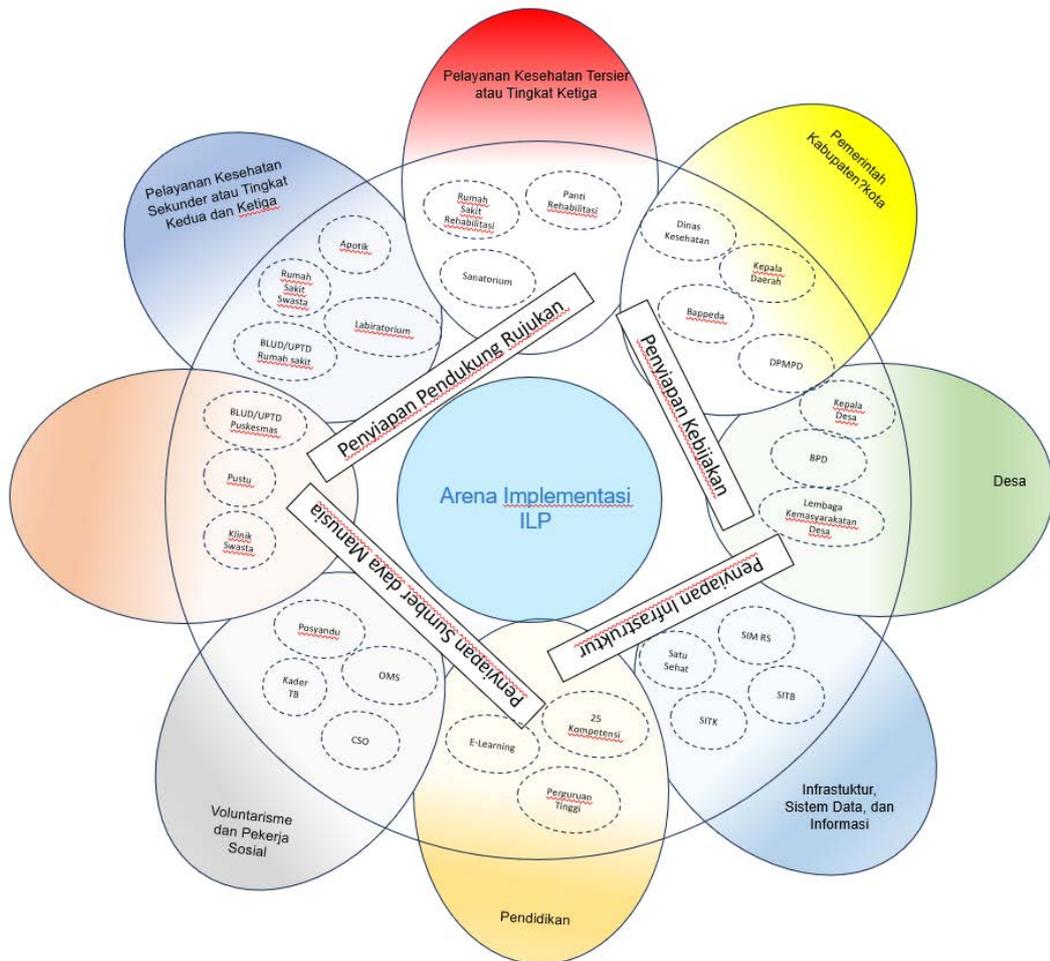
Gambar 3. Peta analisis Situasi



Gambar 4: Peta Situasi Relasi antar Unsur dalam penerapan ILP

3) **Peta dunia sosial dan arena.**

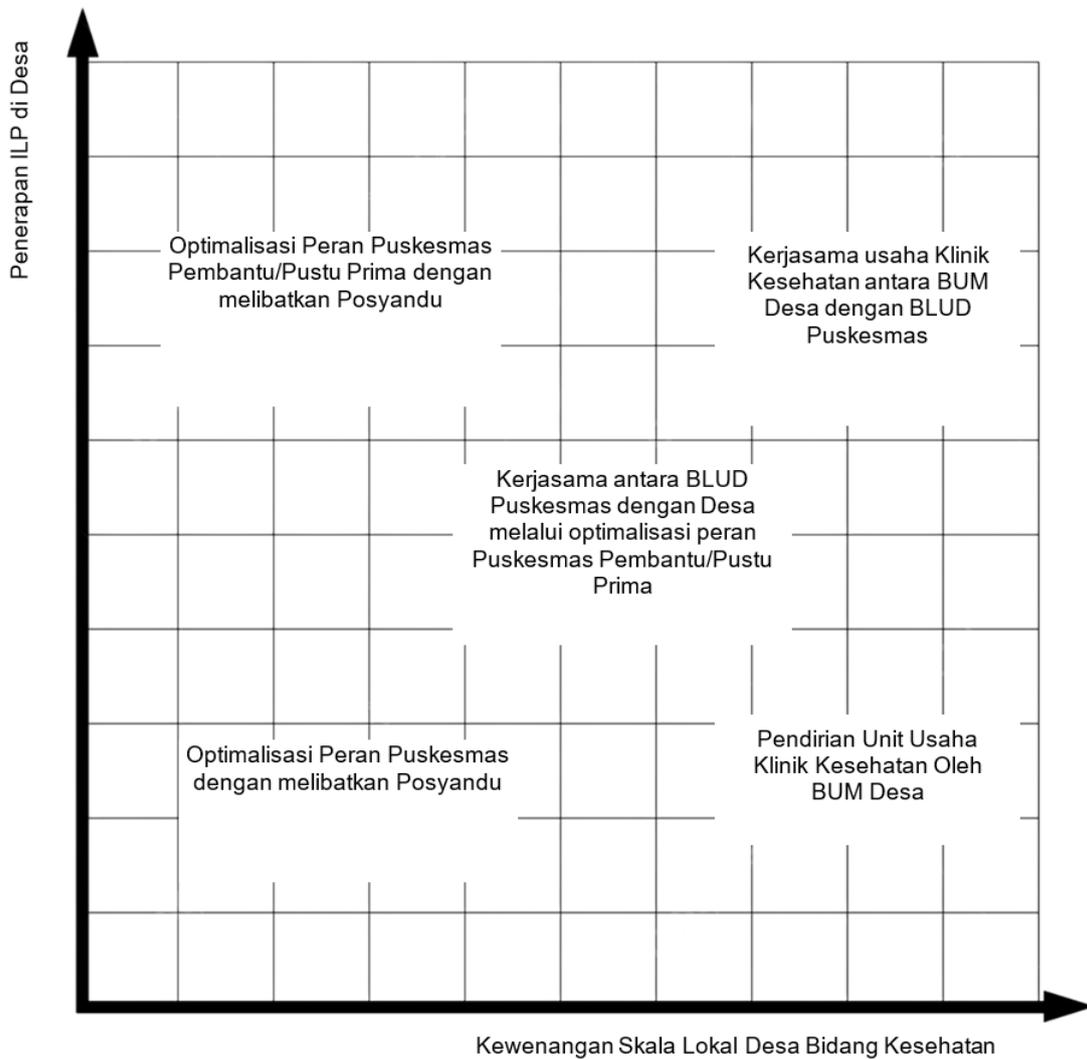
Peta ini akan menggambarkan berbagai unsur-unsur yang dibutuhkan dalam pelaksanaan ILP serta peran yang bisa dilakukan masing-masing. Sehingga menjadi entitas kolektif dengan perspektif atau identitas bersama yang berkomitmen untuk tindakan kolektif implementasi ILP. Arena terdiri dari beberapa dunia sosial yang semuanya berkomitmen untuk implementasi ILP. Peta dunia sosial dan arena ini menggambarkan kondisi-kondisi kemungkinan implementasi ILP dengan pilihan kerjasama BLUD Puskesmas dengan berbagai pihak yang berperan sebagai penyedia layanan kesehatan primer di level Desa”: Peta dapat dilihat pada bagan berikut:



Gambar 5. Peta Situasi Relasi antar Unsur dalam penerapan ILP

4) **Peta Posisi.**

Peta ini menggambarkan diskursus yang ditemukan dalam peta dunia sosial dan arena, terlepas dari posisi aktor yang saling bertentangan atau bekerjasama. Bagian ini menguraikan posisi yang diambil BLUD Puskesmas/ Pustu dan Desa dalam memberikan layanan kesehatan primer untuk mendukung eliminasi TB di Desa. Dari peta situasi, peta dunia sosial dan arena, dan peta posisi telah menemukan diskursus penerapan ILP di Desa (sumbu x) dan diskursus praktis kewenangan skala lokal Desa bidang kesehatan (sumbu y). BLUD/UPTD Puskesmas merupakan pilihan yang memungkinkan untuk menjawab tema riset “BLU Desa” ini. Diskontinuitas ILP tetap berpotensi muncul apabila Desa tidak maksimum dalam menerapkan kewenangan lokal berskala Desa, terutama penerapan kerja sama pemanfaatan aset Desa (tanah dan bangunan) dengan Puskesmas/Pustu, dan masuknya BUM Desa klinik kesehatan sebagai alternatif aktor dalam ILP. Secara sederhana peta peluang penerapan ini tergambar pada bagan di bawah ini:



Gambar 6. Peluang Penerapan ILP



Rancangan Panduan Pelibatan Korporasi dalam Eliminasi Tuberkulosis

1) Pengantar

a. Pergeseran Arena Penanggulangan Tuberkulosis

Selama beberapa dekade terakhir, pemerintah, pemerintah daerah, organisasi nonpemerintah atau organisasi masyarakat sipil, dan komunitas ilmiah di sektor kesehatan telah bekerja keras untuk menanggapi tantangan epidemi Tuberkulosis (TB). Terlepas dari keberhasilan upaya penanggulangan TB, berbagai respons nasional dan internasional belum terbukti memadai untuk membendung gelombang epidemi. Epidemi HIV juga berkontribusi pada munculnya kembali TB di beberapa bagian dunia. Banyak negara mengalami epidemi ganda TB dan HIV/AIDS. Penyakit TB saat ini merupakan penyebab utama kematian di antara orang yang hidup dengan HIV dan infeksi HIV meningkatkan laju perkembangan TB. Akibatnya, dalam beberapa tahun terakhir penanggulangan TB telah berkembang dari domain sektor publik ke sektor nonnegara termasuk penyedia layanan sukarela, perusahaan dan pengusaha. Peraturan Perpres No. 67/2021 tentang Penanganan TB juncto Permenaker No. 13/2022 tentang Penanggulangan TB di Tempat Kerja telah melegitimasi berbagai tindakan penanggulangan TB di tempat kerja.

b. Dampak Tuberkulosis kepada Buruh/Pekerja

Keterlibatan bisnis sangat penting dalam memerangi epidemi TB dan HIV. Hampir separuh dari populasi dunia merupakan orang di dunia kerja. Sebagian besar dari mereka tidak berpenghasilan cukup untuk terangkat dari kemiskinan sehingga membua mereka rentan terhadap penyakit seperti TB dan HIV. Mereka yang terpapar TB adalah laki-laki dan perempuan dewasa pada masa kehidupan produktifnya. Risiko tinggi menimpa buruh/pekerja pada sektor pertambangan, konstruksi, pelayanan kesehatan dan mereka yang bekerja dalam kondisi buruk di sektor informal. Buruh/pekerja yang tinggal dalam kondisi hidup yang sempit, padat, kumuh, dan miskin berada pula pada risiko tertentu. Tempat kerja dapat meningkatkan penularan penyakit, setelah orang menghabiskan waktu lebih dari 8 (delapan) jam di tempat kerja dan masing-masing berada dalam jarak dekat. Buruh/pekerja dengan TB kehilangan 3-6 bulan per tahun, seiring masa pengobatan dirinya, yang mengakibatkan potensi kerugian atas pendapatan rumah tangganya. Buruh/pekerja dan keluarganya dibayangi pula kehilangan pendapatan akibat kematian dini. Di lain pihak, buruh/pekerja masih mengalami banyak hambatan untuk mengakses layanan penanggulangan TB dan HIV yang dihubungkan dengan masalah kehilangan pendapatan, upah yang tidak dibayar pada masa istirahat sakit (cuti), diskriminasi pekerjaan, stigma, dan lain sebagainya. Penanggulangan TB di tempat kerja dapat membantu buruh/pekerja mengatasi hambatan ini dan sekaligus menyediakan akses ke layanan penting bagi buruh/pekerja yang membutuhkan.

c. Dampak Tuberkulosis terhadap Bisnis

Penyakit TB memiliki efek merugikan langsung pada produktivitas dan biaya perusahaan, terutama di daerah prevalensi tinggi. Secara global, penyakit TB diketahui menyebabkan penurunan produktivitas buruh/pekerja setiap tahun. Kerugian dalam Pendapatan Domestik Bruto disebabkan oleh TB. Selain itu, TB menyebabkan hilangnya ratusan hari kerja per tahun. Buruh/pekerja dengan HIV menderita kesehatan yang buruk karena TB, yang menyebabkan hilangnya produktivitas dan meningkatnya biaya perusahaan. Perusahaan mengeluarkan biaya untuk pergantian waktu kerja (shift) yang hilang untuk setiap kasus TB, yang mana buruh/pekerja dengan TB terpaksa digantikan oleh buruh/pekerja dengan keterampilan yang timpang. Semua ini menambah biaya besar bagi perusahaan, buruh/pekerja, dan keluarga mereka.

d. Kontribusi Kalangan Bisnis

Kesadaran atas dampak epidemi seperti TB dan HIV pada produktivitas perusahaan, profitabilitas dan masyarakat, mendorong pelibatan kalangan bisnis dalam intervensi regulatif yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan buruh/pekerja. Pelibatan kalangan bisnis itu merupakan bagian dari tanggung jawab sosial perusahaan (*corporate social responsibility*). Inisiatif yang dipimpin kalangan bisnis telah



menunjukkan bahwa bisnis dapat memainkan peran yang berguna dalam pengendalian TB. Perusahaan dan asosiasi pengusaha memainkan peran penting dalam advokasi keterlibatan sektor korporasi dalam perawatan dan pengendalian TB dan HIV.

e. Kolaborasi dengan Program TB Skala Nasional

Beberapa program skala nasional di Indonesia secara aktif mendukung inisiatif penanggulangan TB di tempat kerja. Kementerian Kesehatan, Kementerian Tenaga Kerja, dan asosiasi dokter okupasi telah menerbitkan berbagai panduan penanggulangan TB di tempat kerja. Kalangan organisasi non pemerintah atau organisasi masyarakat sipil telah melakukan program skala nasional dengan fokus pendampingan kepada orang dengan TB melalui Penabulu-STPI. Berbagai program TB dan HIV skala nasional terbuka lebar untuk mendukung kalangan bisnis untuk memulai kegiatan di tempat kerja melalui skema kemitraan. Peningkatan kolaborasi antara program TB dan program HIV di tempat kerja akan mengarah pada pencegahan dan pengendalian TB yang lebih efektif di antara pekerja yang hidup dengan HIV, dan pengendalian HIV yang lebih baik di antara pekerja yang memiliki TB.

f. Kerangka Kerja Panduan

Kerangka kerja ini memberikan panduan yang fleksibel dalam memilih kegiatan penanggulangan TB di tempat kerja, dan memberikan informasi terperinci tentang cara kalangan bisnis bekerjasama dengan pemangku kepentingan program TB skala nasional NTP dan mitra lainnya. Kerangka kerja ini berupaya melakukan rekognisi terhadap praktik sebelumnya dari perusahaan multinasional (MNC), perusahaan nasional, usaha kecil dan menengah (UKM), usaha mikro dan bisnis informal yang tidak terorganisir. Dalam hal ini, isi dokumen panduan ini disesuaikan dengan kebutuhan spesifik masing-masing aktor.

2) Informasi Dasar

- 1) Fenomena penanggulangan Covid-19 di perusahaan turut membayangi pengalaman perusahaan membentuk hukum kesehatan di tempat kerja. Mereka merefleksikan pengalamannya bahwa hukum kesehatan di tempat kerja berhubungan dengan intervensi pemerintah terhadap penyakit Covid-19 dan wabah penyakit menular lainnya. Bentuk aturan hukum atau kebijakan tentang penanggulangan penyakit menular di perusahaan sangat beragam. Belum ada standar bentuk aturan yang bisa diadaptasi oleh perusahaan. Pihak manajemen perusahaan lebih banyak bertindak praktis dengan menganjurkan buruh/pekerja yang terdeteksi penyakit menular untuk segera berobat. Mereka menganjurkan pemeriksaan kesehatan bukan hanya pada pribadi buruh/pekerja tetapi juga keluarganya.
- 2) Regulasi 3 Permenaker No. 13/2022 tentang Penanggulangan TB di Tempat Kerja mengatur bahwa pengusaha dan pengurus wajib menyusun kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja, minimal memuat tentang komitmen dalam melakukan penanggulangan TB di tempat kerja, program kerja penanggulangan TB di tempat kerja, dan penghapusan stigma dan diskriminasi pada pekerja/buruh yang menderita TB. Komitmen dalam penanggulangan TB di tempat kerja berada dalam skala minimal, moderat, dan maksimal:
 - (a) Komitmen minimal. Adaptasi kebijakan tertulis penanggulangan TB di tempat kerja sebagai salah satu klausul Perjanjian Kerja Sama atau Perjanjian Kerja Bersama. Buruh/pekerja, pengusaha dan perusahaan melakukan dialog dengan mempertimbangkan pendapat dari otoritas pemerintah bidang kesehatan dan ketenagakerjaan, selama proses pembentukan klausul perjanjian kerja.
 - (b) Komitmen moderat. Pembuatan aturan tertulis penanggulangan penyakit menular termasuk penanggulangan TB di tempat kerja. Buruh/pekerja atau serikat buruh/pekerja, dinas kesehatan, dan dinas ketenagakerjaan terlibat dalam proses pembuatan kebijakan tertulis itu dan disahkan oleh jajaran direksi.
 - (c) Komitmen maksimal. Aturan tertulis tentang penanggulangan TB merupakan aturan spesifik selain kebijakan perusahaan dalam penanggulangan penyakit menular di tempat kerja. Pembuatan aturan

tertulis penanggulangan TB di tempat kerja dibahas secara deliberatif bersama buruh/pekerja, dinas kesehatan, dan dinas ketenagakerjaan, dan disahkan oleh jajaran direksi.

- 3) Di lain pihak organisasi serikat pekerja/buruh belum banyak mengetahui regulasi penanggulangan TB di tempat kerja karena masih fokus pada tuntutan upah. Fenomena ini selain karena konsentrasi perjuangan serikat buruh pada pemenuhan upah dan hak kesehatan secara umum (Keselamatan dan Kesehatan Kerja; K3), kebijakan tertulis dari pemerintah daerah belum tersampaikan langsung kepada buruh secara keseluruhan. Penyakit TB belum tersosialisasi sebagai penyakit menular yang membahayakan keamanan dan kesejahteraan buruh dan laba perusahaan.

3) Posisi Pemerintah

- 1) Konteks kebijakan nasional penanggulangan TB berkembang seiring dengan kebijakan global WHO dan ILO tentang penanggulangan TB di tempat kerja. Kementerian Kesehatan (2023) telah mencatat beberapa upaya pencegahan dan pengendalian TB di tempat kerja secara faktual antara lain sebagai berikut:
 - (d) (a) komitmen kolaborasi antara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan Multi-National Corporation (MNC) untuk tatalaksana TBC sesuai standar,
 - (e) (b) proses revisi panduan penanggulangan TB di tempat kerja,
 - (f) (c) proses revisi petunjuk teknis pelacakan kasus pada pelaku perjalanan luar negeri (salah satunya pekerja migran Indonesia),
 - (g) (d) dialog daring dan luring tentang program penanggulangan TB di tempat kerja atau Pekerja Bebas TBC untuk Indonesia Produktif.
- 2) Tindakan kolaborasi dan proses revisi berbagai panduan penanggulangan TB di tempat kerja (Panduan Pengendalian Tuberkulosis di Tempat Kerja: Panduan Bersama Kementerian Kesehatan dan Kementerian Ketenagakerjaan, 2015) selanjutnya dilegitimasi legal dengan Peraturan Menteri Tenaga Kerja No. 13/2022 tentang Penanggulangan TB di Tempat Kerja. Regulasi penanggulangan TB di tempat kerja ini mengadaptasi perkembangan pendekatan dari WHO dan ILO. Kementerian Kesehatan dan Kementerian Ketenagakerjaan juga telah menyebarkan pokok-pokok pikiran kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja tersebut melalui instansi Dinas Kesehatan dan Dinas Ketenagakerjaan di kabupaten/kota.
- 3) Puskesmas didorong untuk melakukan nota kesepahaman bersama dengan fasilitas kesehatan milik swasta, termasuk pula dokter praktik, untuk menemukan kasus TB dan sekaligus mengobatinya. Puskesmas di wilayah industri, baik yang beririsan dengan kawasan perdesaan dan perkotaan, berpeluang untuk melakukan tindakan kolaboratif bersama asosiasi pengusaha, perusahaan, klinik yang dimiliki/berada di perusahaan, dan Ornop/OMS yang aktif dalam penanggulangan TB.

4) Peran Perusahaan, Pengusaha, Pengurus/ Manajer

Kalangan Bisnis pada skala kecil dan besar dapat berkontribusi dalam berbagai cara untuk pencegahan dan pengendalian TB. Sementara perusahaan besar mungkin dapat menyediakan layanan TB dan TB / HIV yang lebih luas kepada buruh/pekerja mereka, kalangan usaha kecil cenderung menawarkan layanan pencegahan dan pengendalian TB yang terbatas. Sebagai langkah awal, semua perusahaan perlu mendefinisikan dan mengembangkan kebijakan eksplisit/tertulis mengenai HIV dan TB bekerjasama dengan semua pemangku kepentingan sebagai tanda komitmen. Ini kemudian dapat diikuti dengan pelaksanaan kegiatan berdasarkan sumber daya yang tersedia.

a. Formulasi Kebijakan di Tempat Kerja

Kebijakan penanggulangan TB dan TB/HIV di tempat kerja diperlukan karena kebijakan ini menyediakan kerangka kerja untuk tindakan langsung di tempat kerja, serta menunjukkan dukungan dan komitmen dari perusahaan, pengusaha dan pengurus/manajemen. Kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja harus dikembangkan secara partisipatif dengan keterlibatan aktif manajemen senior dan perwakilan buruh/



pekerja. Proses ini meningkatkan kepercayaan, transparansi, akuntabilitas, kepemilikan, komitmen, serta keberlanjutan program tempat kerja. Prinsip-prinsip etis yang perlu disusun dalam kebijakan eksplisit/tertulis penanggulangan TB di tempat kerja adalah:

- 6) Rekognisi TB sebagai isu di tempat kerja;
 - (a) (Penyakit TB merupakan masalah di tempat kerja karena berpengaruh terhadap kesehatan buruh dan produktivitas perusahaan. Tempat kerja memiliki peran dalam konteks lokal, nasional, atau global, dalam upaya untuk membatasi penyebaran dan efek TB.
 - (b) Program tempat kerja harus sensitif gender, dengan mempertimbangkan kerentanan perempuan yang lebih besar terhadap TB dan dampak sebagai akibat dari tingkat kemiskinan yang lebih tinggi, beban perawatan, dan meningkatnya insiden HIV di kalangan perempuan.
- 7) Non-diskriminasi;

Pengusaha menjamin bahwa tidak seorang pun boleh mengalami diskriminasi berdasarkan status TB dari buruh/pekerja dengan TB, baik dalam hal hubungan kerja yang berkelanjutan atau akses ke asuransi kesehatan, keselamatan kerja, dan skema layanan kesehatan. Buruh/pekerja dengan TB harus dijamin haknya untuk bekerja selama buruh/pekerja sehat secara medis dan ketersediaan pekerjaan yang sesuai untuk buruh/pekerja.
- 8) Kerahasiaan;

Pelamar kerja maupun buruh/pekerja tidak boleh diminta untuk mengungkapkan informasi berdasarkan status TB atau HIV/AIDS yang mereka rasakan. Akses ke data pribadi harus terikat oleh aturan kerahasiaan dan sesuai dengan kode etik tentang perlindungan data pribadi buruh/pekerja.
- 9) Lingkungan kerja yang sehat;

Lingkungan kerja harus sehat dan aman, sejauh memungkinkan, untuk mencegah penularan TB. Pengusaha bertanggung jawab untuk memberikan informasi dan pendidikan tentang penularan TB, langkah-langkah yang mempertimbangkan aspek lingkungan secara tepat, dan pakaian pelindung yang relevan.
- 10) Perawatan dan dukungan;

Tempat kerja harus menyediakan akses ke layanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan buruh/pekerja laki-laki dan perempuan dengan TB dan penyakit terkait, atau harus merujuk buruh ke fasilitas layanan kesehatan milik pemerintah dan milik swasta. Pendekatan seperti Pengobatan Jangka Pendek dengan Pengawasan Langsung, (*Directly Observed Treatment Shortcourse*; DOTS) lebih diutamakan selain pendekatan lainnya. Langkah-langkah untuk mengakomodasi dan mendukung pekerja dengan TB harus dilakukan melalui pengaturan cuti yang fleksibel, penjadwalan ulang waktu kerja, dan pengaturan untuk kembali bekerja.
- 11) Dialog sosial.

Pengendalian dan manajemen TB di tempat kerja lebih efektif bila direncanakan dan dilaksanakan atas dasar kolaborasi antara manajer/pengurus perusahaan dan buruh/pekerja. Organisasi semacam komite kesehatan dan keselamatan kerja dengan perwakilan yang luas bertanggung jawab untuk mengawasi implementasi penanggulangan TB di tempat kerja.

Manfaat pembuatan kebijakan tertulis/eksplisit mengenai penanggulangan TB di tempat kerja yang disusun secara deliberatif dan disahkan oleh jajaran direksi:

- (a). Membuat komitmen eksplisit terhadap aksi korporasi;
- (b). Memastikan konsistensi dengan hukum nasional tentang penanggulangan TB;
- (c). Menyatakan standar perilaku untuk semua buruh/pekerja;
- (d). Memberikan asistensi kepada supervisor dan manajer/pengurus perusahaan;

- (e). Memungkinkan buruh/pekerja yang terinfeksi TB dan HIV untuk memahami dukungan dan perawatan apa yang akan mereka terima, sehingga mereka lebih mungkin memperoleh pengobatan yang tepat;
- (f). Membantu mengendalikan penyebaran TB dan HIV;
- (g). Membantu perusahaan dalam perencanaan mengenai pencegahan, perawatan dan pengendalian TB dan HIV dan,
- (h). Menghemat uang.

Sejumlah pertimbangan utama lainnya yang spesifik untuk penanggulangan TB di tempat kerja yang harus dipertimbangkan oleh perusahaan dan mitra saat mengembangkan kebijakan:

- 1). **Cuti sakit:** Pengobatan TB selalu melibatkan cuti sakit yang diperpanjang. Dalam beberapa program perawatan di perusahaan, rawat inap selama dua bulan pertama perawatan (fase intensif) dianjurkan. Oleh karena itu, kebijakan dan sistem manajemen Sumber Daya Manusia harus peka terhadap siklus perawatan dan kemungkinan komplikasi, seperti cuti sakit yang berkepanjangan, ketidakmampuan kerja, atau bahkan kematian (terutama pada buruh/pekerja HIV-positif dan TB komorbid).
- 2). **Kontinuitas pengobatan:** Untuk karyawan yang dirawat karena TB, kontinuitas sangat penting. Jaminan kontinuitas harus menjadi indikator kunci dari setiap program TB. Buruh/pekerja yang dirawat karena TB yang meninggalkan perusahaan, baik bersifat sementara (cuti) atau permanen (tidak mampu), perlu dihubungkan dengan layanan kesehatan milik pemerintah atau swasta di daerah tempat tinggal mereka.
- 3). **Kembali bekerja:** Kebijakan kembali bekerja jelas diperlukan untuk buruh/pekerja dengan TB dan sekaligus mengatasi kecemasan di antara buruh/pekerja lain. Otoritas perusahaan terus-menerus mengingatkan semua staf bahwa TB adalah penyakit yang dapat disembuhkan, dan juga diperlukan upaya untuk menghilangkan stigma dan kesalahan persepsi. Kebijakan kembali bekerja akan dikaitkan dengan pertimbangan medis dari dokter spesialis okupasi/ketenagakerjaan bahwa buruh/pekerja tersebut tidak lagi menularkan penyakit TB dan tidak sakit atau tidak mampu untuk pekerjaannya yang biasa dilakukan. Jika ketidakmampuan permanen telah terjadi maka prosedur terminasi diterapkan sesuai dengan keadilan dan aturan hukum ketenagakerjaan.
- 4). **Transfer rekam medis:** Untuk semua buruh/pekerja, ketika rekam medis disimpan di perusahaan, kebijakan tertulis perlu disusun dan disahkan berkaitan dengan kerahasiaan dan transfer informasi riwayat buruh/pekerja dengan TB. Rekam medis merupakan masukan dan keluaran penting dari program penanggulangan TB di tempat kerja.

b. Menu Pilihan

1) Peningkatan kesadaran tentang TB dan HIV

- (a) Kegiatan sosialisasi penanggulangan TB di tempat kerja ditujukan untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan tentang TB. Kegiatan ini dapat berkontribusi pada deteksi dini, mengurangi stigma dan diskriminasi.
- (b) Manajemen senior dan serikat buruh/pekerja harus berkomitmen untuk mendukung dan mempertahankan kegiatan yang berkaitan dengan perawatan dan pengendalian TB.
- (c) Buruh/pekerja harus mendukung dan bersedia berpartisipasi aktif dalam program ini.
- (d) Aspek penting untuk dipertimbangkan, terutama untuk kesadaran yang efektif, adalah kebijakan perusahaan yang bentuknya tertulis.
- (e) Kebijakan tertulis penanggulangan TB atau TB/HIV yang dikembangkan bersama oleh manajemen dan perwakilan buruh/pekerja, yang memberikan panduan dan kerangka kerja untuk tindakan di tempat kerja, berkontribusi untuk meningkatkan kesadaran dan komitmen.
- (f) Kebijakan perusahaan tentang kerahasiaan, diskriminasi, lamanya waktu istirahat yang diizinkan untuk perawatan medis, dan modifikasi pekerjaan, bila perlu harus diuraikan dengan jelas dan mudah diakses oleh buruh/pekerja.
- (g) Dokumen kebijakan tertulis itu harus dijelaskan kepada buruh/pekerja dengan TB dan HIV, segera setelah buruh/pekerja tersebut teridentifikasi, dan harus memastikan pengakuan dan rujukan yang



cepat. Ini akan mengurangi jeda keterlambatan penanganan antara timbulnya gejala, diagnosis, dan pengobatan.

- (h) Struktur organisasi keselamatan dan kesehatan kerja (K3) yang ada dapat dipergunakan untuk meningkatkan kesadaran penanggulangan TB di tempat kerja. Mekanisme kesadaran lainnya termasuk, seminar kesadaran internal untuk staf, poster, stiker dan materi promosi lainnya di tempat kerja, melatih pengurus perusahaan yang menangani kesehatan buruh/pekerja, dan lainnya.

2) Identifikasi, rujukan dan dukungan kasus

Tindakan rujukan terhadap gejala TB, penemuan kasus TB intensif dan dukungan pengobatan adalah kegiatan sederhana yang dapat disumbangkan oleh perusahaan, pengusaha, atau pengurus di tempat kerja, dengan investasi yang sangat sedikit. Kegiatan-kegiatan ini meliputi:

- (a) Membangun mekanisme rujukan dalam kasus perusahaan kecil (yang tidak memiliki fasilitas kesehatan di tempat) dengan penyedia layanan TB dan HIV di sektor publik atau swasta:
 - (1) Mekanisme itu harus dikembangkan dengan cara yang memungkinkan pelacakan atas rujukan dari perusahaan,
 - (2) Mekanisme itu tidak hanya akan meningkatkan perencanaan perusahaan dari program, tetapi juga menunjukkan kontribusi program untuk penemuan kasus TB dan pengobatan dalam masyarakat yang luas.
- (b) Pelatihan medis, staf paramedis atau bahkan buruh/pekerja untuk mengidentifikasi gejala TB dan merujuk gejala baik ke klinik kesehatan di tempat kerja, lembaga medis yang dikontrak atau ke Puskesmas.
- (c) Melatih staf medis, paramedis atau buruh/pekerja untuk bertindak sebagai pendukung pengobatan.

Contoh kegiatan: Perusahaan X di Sukabumi, melatih manajer untuk mengidentifikasi kasus TB di antara staf dan buruh/pekerja mereka, dengan melibatkan Puskesmas dan pengawas ketenagakerjaan, dan bila ditemukan kasus, mereka merujuk buruh/pekerja dengan TB ke Puskesmas.

3) Diagnosis dan konseling

Kalangan bisnis dapat berkontribusi pada deteksi dini kasus TB dan HIV dengan cara:

- (a) Menyiapkan pusat pemeriksaan mikroskopik dan diagnosis bekerjasama dengan pelaku program TB Nasional (pemerintah, pemerintah daerah, dan Ornop/OMS),
- (b) Mengirim staf laboratorium atau tenaga kesehatan yang aktif dalam insitusi K3 untuk mengikuti pelatihan atau lokakarya yang diselenggarakan oleh pelaku program TB nasional atau mitra lokal,
- (c) Menyimpan catatan rahasia pasien yang didiagnosis dengan TB dan / atau HIV dan memberitahukan hal ini kepada pelaku program TB nasional melalui aplikasi pendataan,
- (d) Memfasilitasi pemantauan rutin fasilitas mikroskop di lokasi oleh staf program TB Nasional atau staf Ornop/OMS yang ditugaskan untuk jaminan kualitas,
- (e) Dalam kasus perusahaan dengan sumber daya terbatas, kegiatan yang lebih tepat yakni mengembangkan hubungan dengan pusat diagnostik publik atau swasta untuk rujukan TB/HIV,
- (f) Memfasilitasi akses layanan konseling TB dan HIV untuk buruh/karyawan,
- (g) Konseling sukarela harus disediakan bagi pasien HIV dan mendorong mereka ikut pemeriksaan TB, dan bagi pasien TB didorong ikut pemeriksaan HIV. Pemeriksaan harus dilakukan secara rahasia dan sukarela. Penghormatan terhadap hak-hak buruh/pekerja laki-laki dan perempuan adalah prinsip penting dalam pemeriksaan.

Contoh kegiatan: Di perusahaan perkebunan X, setiap buruh/pekerja yang didiagnosis dengan HIV didorong untuk menjalani pemeriksaan TB dan sebaliknya.

4) **Pengobatan dan Perawatan**

Tempat kerja adalah tempat yang penting dan berharga untuk memfasilitasi akses pengobatan dan perawatan TB/ HIV. Kegagalan pengobatan adalah salah satu penyebab utama TB sehingga menciptakan buruh/pekerja dengan TB RO (Resisten Obat). Perusahaan juga dapat memainkan peran utama dalam memfasilitasi kepatuhan pengobatan. Layanan perawatan yang dapat diberikan oleh perusahaan, baik secara langsung melalui fasilitas perusahaan atau secara tidak langsung melalui rujukan ke fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta, diuraikan berikut ini:

- (a) Memastikan staf kesehatan atau staf pendukung berkomunikasi dengan pasien untuk menjelaskan pengobatan TB dan/atau HIV. Ini harus mencakup penjelasan tentang jenis obat yang diresepkan, jumlah dan frekuensi, kemungkinan efek samping, frekuensi pemeriksaan dahak, dan konsekuensi dari pengobatan yang tidak teratur atau tidak lengkap,
- (b) Memberikan perawatan pada tempat/lokasi perawatan yang mudah diakses bagi buruh/pekerja atau merujuk buruh/pekerja ke fasilitas kesehatan milik pemerintah dan swasta yang sudah terhubung melalui kerja sama rujukan,
- (c) Memberikan waktu istirahat kepada buruh/pekerja dengan TB untuk perawatan, selama fase infeksi tanpa dampak pekerjaan, dan juga memungkinkan buruh/pekerja dengan TB yang menerima perawatan dari luar perusahaan untuk menerima waktu istirahat yang akan dipergunakan untuk mengakses perawatan setiap hari.
- (d) Memelihara catatan pengobatan buruh/pekerja dengan TB, menganalisis dan memberikan rekomendasi tindak lanjut, atau memberi tahu mitra untuk mendukung dalam tindak lanjut.

Contoh kegiatan: Para buruh/pekerja minum obat mereka setiap pagi di pintu masuk sebelum pindah ke lantai atau ruang kerja. Ini untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan di tempat kerja.

5) **Memperkenalkan perawatan TB dalam program HIV di tempat kerja yang ada**

Banyak perusahaan, terutama di lingkungan dengan prevalensi HIV tinggi, memiliki program HIV di tempat kerja; namun perawatan dan pengendalian TB tidak ditangani atau dimasukkan secara memadai. Ada kebutuhan mendesak untuk memasukkan pencegahan, diagnosis, dan pengobatan TB dalam program HIV di tempat kerja.

Untuk memfasilitasi ini, penting untuk:

- (a) Identifikasi semua titik masuk yang mungkin dalam program HIV di tempat kerja agar program TB dapat diintegrasikan. Dalam hal ini, mungkin berguna untuk menilai apa yang ada dalam program HIV di tempat kerja dan mengeksplorasi kemungkinan memasukkan program TB pada setiap tahap proses implementasi,
- (b) Memastikan bahwa integrasi HIV dan TB dibangun di atas apa yang ada dan tidak melalui penciptaan struktur vertikal (misalnya program TB merupakan sub-program HIV) atau duplikat yang mungkin tidak berkelanjutan dalam jangka panjang.

6) **Menerapkan program perawatan komprehensif**

Kalangan bisnis adalah institusi kunci dalam berkontribusi pada pengembangan tatanan sosial nasional. Kalangan bisnis tidak dapat memisahkan kepentingannya sendiri dari kepentingan masyarakat. Fungsi kalangan bisnis dalam kondisi infrastruktur layanan kesehatan masyarakat yang tidak memadai antara lain mendorong perusahaan melakukan hal ini:

- (a) Bertanggung jawab untuk menyediakan paket layanan TB yang komprehensif tidak hanya untuk buruh/pekerja dan keluarganya, tetapi juga untuk masyarakat yang mana buruh/pekerja tinggal/berdomisili,
- (b) Sebagai alternatif, perusahaan dapat melakukan program pemberdayaan komunitas di perkotaan atau Desa (Pemerintah Desa, lembaga kemasyarakatan Posyandu dan lainnya) yang kurang terlayani



melalui konsultasi erat dengan pelaku program TB dan HIV.

- (c) Dalam rantai pasokan, bisnis yang lebih besar dapat mendukung bisnis yang lebih kecil untuk memulai dan menerapkan program penanggulangan TB di tempat kerja.

Contoh kegiatan: Perusahaan X di Semarang dan Sukabumi mendukung 3 (tiga) BUM Desa dan pelaku usaha kecil dalam rantai pasokannya untuk memulai program penanggulangan TB di tempat kerja.

c. Tahap Pelibatan

Penerapan kegiatan kolaboratif penanggulangan TB dan TB/HIV di tempat kerja melibatkan 4 (empat) langkah utama. Dalam sistem kekuasaan negara, pelaku program nasional TB harus mengambil peran kepemimpinan untuk menyatukan mitra yang telah berproses melibatkan kalangan bisnis dalam program TB, seperti asosiasi pengusaha, asosiasi perusahaan, organisasi serikat buruh/pekerja, Kementerian atau dinas ketenagakerjaan, Kementerian/dinas kesehatan, Ornop/OMS, dan lainnya. Tim percepatan penanggulangan TB di daerah bisa ditransformasi untuk memimpin proses ini. Tim percepatan dapat memfasilitasi pelaksanaan langkah-langkah pelibatan korporasi dalam penanggulangan TB berikut ini:

- i) Penilaian situasi
- ii) Identifikasi dan pertautan dengan mitra yang relevan
- iii) Kembangkan rencana kolaboratif
- iv) Implementasi di tempat kerja

1) Penilaian Situasi

Setiap perusahaan terlepas dari ukurannya (besar atau kecil, multi-nasional atau lokal) dapat berkontribusi pada upaya pencegahan dan pengendalian TB dengan melakukan satu atau lebih dari beberapa tugas penting untuk melakukan sosialisasi, pemeriksaan, rujukan, diagnosis, mengelola dan melaporkan kasus TB dan HIV.

Langkah sederhana pertama dalam penilaian situasi yang dilakukan secara kolektif dengan tim percepatan penanggulangan TB antara lain:

a) Pemetaan perusahaan

- Menyusun daftar atau memperoleh daftar perusahaan di daerah setelah berkomunikasi dengan asosiasi pengusaha, asosiasi perusahaan, organisasi serikat buruh/pekerja atau Kementerian/dinas ketenagakerjaan.
- Analisis daftar untuk memprioritaskan sektor pekerjaan yang padat karya atau memiliki prevalensi TB atau HIV yang tinggi seperti tambang, konstruksi, pabrik garmen, dll.
- Mengkategorikan perusahaan berdasarkan ukuran dan kapasitas untuk menilai potensi kontribusi yang dapat mereka berikan.
- Mengidentifikasi masukan yang diperlukan untuk mengoptimalkan kontribusi perusahaan.

Contoh kegiatan: Permenaker No. 13/2022 tentang Penanggulangan TB di Tempat Kerja mengatur tentang pengawasan yang dilakukan oleh pengawas ketenagakerjaan (unsur ASN/PNS) yang bekerjasama dengan pihak lain. Staf pengawas dibantu dengan satu staf paramedis hadir di tempat kerja untuk memenuhi kebutuhan kesehatan buruh/pekerja, di perusahaan yang mempekerjakan lebih dari 200 orang. Staf paramedis memberikan DOTS kepada buruh/pekerja dengan TB. Lingkungan peraturan tenaga kerja dengan demikian juga dapat menjadi faktor yang berkontribusi terhadap upaya pencegahan, perawatan dan pengendalian TB di daerah.

b) Mengidentifikasi sektor dan faktor risiko potensi

Prioritas sektor/perusahaan untuk kolaborasi aktif merupakan langkah penting yang memerlukan pemikiran serius dalam implementasinya. Institusi tim percepatan penanggulangan TB harus memprioritaskan sektor atau perusahaan mana yang pekerjaannya terpapar risiko pekerjaan terhadap

TB dan/atau HIV.

Sektor	Faktor Risiko Potensi
Industri pertambangan	Paparan pekerjaan terhadap debu silika dan silikosis Tempat tinggal sempit Prevalensi HIV tinggi
Lokalisasi (pekerja seks komersial)	Tingkat HIV yang tinggi Kondisi kehidupan yang buruk Akses yang buruk ke layanan kesehatan Penyalahgunaan zat (narkoba)
Konstruksi	Paparan debu silika Kondisi kehidupan yang buruk Penyalahgunaan alkohol
Tenaga kesehatan	Paparan pekerjaan terhadap TB Paparan HIV di tempat kerja Tingkat stres yang tinggi
Industri minyak dan gas	Area tempat tinggal sempit dan padat
Buruh migran	Tingkat HIV yang tinggi Kondisi kehidupan yang buruk Kepadatan penduduk

Tabel 4: Identifikasi Sektor dan Faktor Risiko Potensi

Contoh kegiatan: Ornop/OMS melobi tim percepatan penanggulangan TB di daerah untuk berfokus pada implementasi program penanggulangan tempat kerja di Kawasan Industri Garmen, tempat ratusan pabrik dan perusahaan berada pada klaster yang sama.

c) Menilai lingkungan peraturan tenaga kerja

Lingkungan peraturan ketenagakerjaan penting untuk dinilai secara sosiologis. Tak cukup hanya menilai konsistensi normatif dari aturan lokal dengan Permenaker No. 13/2022 tentang Penanggulangan TB di Tempat Kerja. Uraian berikut ini merupakan contoh penilaian lingkungan peraturan ketenagakerjaan yang dialektis dengan peraturan penanggulangan TB secara nasional.

Dinas Kesehatan. Dinas Kesehatan bisa disebut sebagai sutradara regulasi penanggulangan TB di daerah. Kekuasaan hukum yang melekat pada Dinas Kesehatan dijalankan untuk pembentukan regulasi di daerah. Peraturan Walikota/Bupati yang mengatur tentang Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TB menjadi salah satu aturan yang melegitimasi tindakan penanggulangan TB di tempat kerja. Di Semarang peraturan itu diinterpretasi sebagai legitimasi untuk penanggulangan TB di tempat kerja yang disusun Dinas Kesehatan bersama-sama dengan APINDO dan serikat buruh (FSPI Semarang). Perusahaan dan serikat buruh/pekerja di Semarang telah menyetujui agenda penanggulangan TB di tempat kerja. Ketiga organisasi yang mewakili institusi pemerintah, korporasi dan buruh itu disebut tim tripartit. Misi tim tripartit melakukan pemantauan atas pengendalian TB di tempat kerja dan fasilitasi bilamana terdapat masalah. Ini merupakan inspirasi bagi para aktor di Sukabumi agar terdapat pertemuan tripartit untuk kepentingan internalisasi



penanggulangan TB di tempat kerja.

Dinas Kesehatan telah bekerjasama dengan Puskesmas, terutama yang berada dalam wilayah industri. Datakrasi menjadi pekerjaan utama antara lain memantau laporan K3 setiap bulan dan program daftar pekerja perempuan di Semarang. Dinas Kesehatan juga memberikan fasilitasi untuk klinik di perusahaan, surat izin kaitan kesehatan untuk pekerja, dan sebagainya.

Sosialisasi penanggulangan TB di tempat kerja dilakukan oleh Puskesmas sesuai dengan wilayahnya. Selain itu, terdapat sosialisasi melalui klinik kepada perusahaan untuk tidak perlu takut terhadap stigma TB. Di samping pengobatan, gizi penting bagi pasien TBC. Dinas Kesehatan Kota Semarang memberikan panduan bahwa pekerja yang bergejala atau terjangkit sebaiknya ditempatkan di luar ruangan (apabila tidak memungkinkan untuk diliburkan, tetapi tetap digaji). Prinsipnya adalah mencegah penularan TB.

Ada beberapa kasus TB di perusahaan yang tidak dilaporkan. Dinas Kesehatan dan Puskesmas terus menerus berupaya untuk mengedukasi bahwa TB dapat disembuhkan. Puskesmas memberikan laporan kepada Dinas Kesehatan termasuk mengenai perkembangan Penyakit Akibat Kerja (PAK). Perusahaan terhubung dengan klinik (untuk pemeriksaan gejala) yang kemudian dirujuk kepada Puskesmas (untuk pemeriksaan dahak). Klinik juga melaporkan kepada Puskesmas. Puskesmas menyampaikan laporan bulanan kepada Dinas Kesehatan. Pemantauan dan pelaporan K3 berlangsung pula setiap bulan. Salah satu kendalanya adalah adanya pekerja yang tidak terbuka atau tidak jujur sejak awal menderita TB karena adanya stigma terhadap penderita TB. Dinas Kesehatan berupaya melakukan penemuan kasus TB di tempat kerja melalui pemberian arahan kepada koordinator pengurus perusahaan mengenai buruh/pekerja yang memiliki gejala TB.

Dalam perspektif Dinas Kesehatan, apabila gejala klinis buruh/pekerja dengan TB sudah jelas ditemukan maka buruh/pekerja akan dibawa ke klinik perusahaan dan dirujuk ke Puskesmas untuk pemeriksaan TB.

Upaya pencegahan dilakukan sejak buruh/pekerja mendaftar untuk bekerja. Dinas Kesehatan menyampaikan kepada APINDO, Dinas Ketenagakerjaan, dan serikat buruh/pekerja untuk mengadakan pemeriksaan dahak sebelum bekerja. Pelayanan medis yang diberikan kepada pekerja formal dan informal tetap setara atau nondiskriminasi. Kekuasaan Dinas Kesehatan dibatasi pada pemberian alternatif dan solusi yang ditawarkan kepada perusahaan dan buruh/pekerja dengan gejala TB. Bagi buruh/pekerja penyintas TB tetap disarankan bekerja dengan menggunakan masker. Ini untuk mengatasi beban psikis yang dialami buruh/pekerja penyintas TB yang jarang bersikap terbuka kepada manajemen mengenai riwayat penyakitnya.

Dinas Kesehatan tidak mewajibkan pemeriksaan kesehatan (*medical check up*). Ini selalu dikoordinasikan dengan Dinas Ketenagakerjaan. Klinik di perusahaan mampu melakukan skrining kesehatan atau pemeriksaan kesehatan sendiri. Apabila diajukan permohonan maka Dinas Kesehatan dapat memfasilitasi pemeriksaan kesehatan. Dinkes aktif melakukan monitoring K3 perusahaan melalui personal in charge (PIC) perusahaan.

Dinas Ketenagakerjaan. Sutradara berikutnya adalah Dinas Ketenagakerjaan. Kekuasaan hukum yang melekat pada Dinas Ketenagakerjaan fokus pada pengawasan terhadap penanggulangan TB di tempat kerja. Dinas Ketenagakerjaan Kota Semarang melakukan tindakan pengawasan yang bersifat persuasif seperti mengirim surat himbuan kepada perusahaan yang isinya mengingatkan upaya preventif TB dan berkunjung satu bulan sekali ke perusahaan yang tergabung dalam kelembagaan tripartit (APINDO, serikat buruh/pekerja dan akademisi).

Penanggulangan TB sudah terdapat sejak awal proses rekrutmen buruh/pekerja. Sejak perusahaan membuka lowongan kerja, Dinas Ketenagakerjaan melakukan tes seleksi seperti menanyakan riwayat sakit TB pada calon buruh/pekerja dan riwayat TB dari orang tua buruh/pekerja. Kendala yang dialami adalah verifikasi buruh/pekerja yang berasal dari luar kota Semarang. Skrining kesehatan dilakukan terlebih dahulu oleh pemerintah provinsi Jawa Tengah, barulah kemudian dilanjutkan di Dinas Ketenagakerjaan. Kendala lain yakni kesulitan mengakses buruh/pekerja yang tinggal di asrama perusahaan. Hakam, Dinas Kesehatan Kota Semarang, merespons tantangan yang diutarakan oleh Dinas Ketenagakerjaan bahwa buruh/pekerja dari luar kota Semarang harus mengikuti aturan yang ada di tempat kerja di wilayah Semarang.

Dinas Ketenagakerjaan melakukan sosialisasi penanggulangan TB di tempat kerja bersama-sama dengan Dinas Kesehatan. Kedua organisasi pemerintah ini diikat secara yuridis dengan peraturan walikota/bupati yang mengatur tentang rencana aksi daerah penanggulangan TB. Apabila ditemukan indikasi buruh/pekerja dengan TB, Dinas Ketenagakerjaan melakukan supervisi di klinik perusahaan dan koordinasi dengan Puskesmas.

Upaya mediasi menjadi tindakan alternatif dalam hubungan industrial dan kesehatan di tempat kerja. Apabila buruh/pekerja dengan TB sudah sembuh maka mereka diberikan opsi pemindahan unit kerja atau berhenti bekerja. Keputusan ini dikembalikan kepada buruh/pekerja penyintas TB.

Serikat buruh. Serikat buruh/pekerja merupakan aktor “pemain panggung” yang lebih dekat berhubungan dengan implementasi kebijakan penanggulangan TB di tempat kerja. Waluyo, aktivis Federasi Serikat Pekerja Industri (FSPI) Semarang menyatakan, selama ini FSPI telah mendampingi kurang lebih 11.000 pekerja di Kota Semarang. Keterlibatan FSPI terkait dengan kebijakan tertulis mengenai TB cenderung berada dalam konteks pengawalan dan pengawasan terhadap implementasi kebijakan tersebut. Dalam perspektifnya, informasi yang minim terkait dengan penanggulangan TB di perusahaan menjadi kelemahan dan tantangan tersendiri bagi pemerintah daerah untuk meningkatkan keterlibatan dan partisipasi serikat buruh dalam penyusunan kebijakan di perusahaan. Umumnya, perusahaan melakukan sosialisasi melalui surat edaran dan himbuan yang telah ditandatangani oleh direksi perusahaan dan disebarikan secara daring maupun tatap muka. Himbuan yang dilakukan biasanya mengenai menjaga kesehatan, pola makan, dan perilaku hidup sehat.

Laporan buruh/pekerja kepada FSPI bukan hanya terkait dengan TB saja, akan tetapi pada umumnya apabila terdapat pekerja yang sakit, perusahaan akan langsung mengistirahatkan pekerja tersebut. FSPI berperan sebagai pendamping buruh/pekerja untuk mengajukan haknya terkait dengan masa istirahat sakit dan upah penuh yang tetap dibayarkan (setelah buruh/pekerja dinyatakan terjangkit penyakit yang parah dan sudah menjalani pemeriksaan).

Ornop/OMS berpeluang untuk menjalin komunikasi dengan FSPI dan serikat buruh/pekerja lainnya agar tercipta kebijakan eksplisit yang mengakui hak-hak buruh dalam penanganan TB di tempat kerja.

2) Identifikasi dan tautkan dengan mitra yang relevan

Merencanakan dan melaksanakan program penanggulangan TB di tempat kerja bekerjasama dengan organisasi mitra lebih mudah, lebih efisien, dan memiliki peluang lebih baik untuk memastikan keberlanjutan.

Proses ini dapat mencakup:

- (a) (Membuat daftar dan mengidentifikasi semua organisasi selain sektor publik, yang terlibat dalam kegiatan TB dan/atau TB/HIV di wilayah, kawasan, provinsi, kabupaten, kota, kecamatan, Desa,



atau komunitas.

(b) Uraikan secara singkat beberapa mitra potensial yang penting dan kemungkinan perannya.

Mitra	Uraian	Kemungkinan Peran
Ornop/OMS yang terlibat dalam penanggulangan TB dan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)	Ornop/OMS telah memainkan peran kunci dalam menyediakan pendampingan terhadap orang dengan TB di unit kerja pemerintah yang menangani ODGJ. Posisi mereka bertindak sebagai medium perantara yang melayani penemuan kasus dan pengobatan, dan pemberian biaya enabler untuk tenaga konselor atau ODGJ yang terpapar TB.	Memulai dan melakukan kolaborasi antara tim percepatan penanggulangan TB di daerah dan sektor bisnis Program menumbuhkan kesadaran Pelatihan Dukungan logistik (dana enabler) Pemantauan dan pengawasan
Asosiasi pengusaha	Koalisi yang menangani penyakit seperti TB, AIDS dan Malaria telah muncul sebagai platform yang efektif. Kalangan bisnis merespons epidemi ini. Asosiasi pengusaha merupakan Koalisi Pebisnis yang bertindak sebagai penyuar sektor swasta, seringkali dilakukan melalui perwakilan di komite/tim penanggulangan AIDS nasional dan daerah, serta interaksi dengan pemangku kepentingan utama lainnya. Mereka meningkatkan aksi bisnis melalui advokasi dan mendukung desain, pengembangan, dan implementasi program tempat kerja dengan menyediakan materi, alat, dan pelatihan yang diperlukan. Tak tertutup kemungkinan asosiasi pengusaha membentuk program akreditasi bagi layanan kesehatan di perusahaan sesuai standar kesehatan tertentu.	Memulai dan mendorong kolaborasi sektor bisnis dengan tim percepatan penanggulangan TB Program pengembangan Kesadaran Pelatihan Advokasi Akreditasi

Tabel 4: Identifikasi Sektor dan Faktor Risiko Potensi

3) Mengembangkan rencana kolaboratif

Rencana yang jelas sangat penting untuk memperjelas proses, peran dan tanggung jawab staf dan mitra terkait, untuk memastikan kelancaran fungsi program penanggulangan TB di tempat kerja. Ada beberapa elemen penting dalam mengembangkan rencana tersebut:

- a) Merumuskan tujuan
- b) Mendefinisikan tanggung jawab
- c) Insentif dan enabler
- d) Pelatihan
- e) Advokasi dan komunikasi
- f) Pemantauan dan evaluasi

a) a) Merumuskan tujuan

Langkah pertama dalam upaya untuk memulai peningkatan keterlibatan perusahaan kerja dalam perawatan dan pengendalian TB dan TB / HIV adalah mendefinisikan tujuan, menetapkan tujuan dan mungkin garis waktu (*time line*) untuk implementasi rencana kerja tim gabungan.

Rumusan tujuan itu dapat berkisar dari melibatkan sektor-sektor prioritas tertentu dalam upaya perawatan dan pengendalian TB, untuk memastikan bahwa semua tempat kerja dan buruh/pekerja mereka memiliki akses ke layanan TB dan HIV baik melalui pengusaha/manajer atau melalui layanan sektor publik (Puskesmas) dan swasta (klinik, dokter praktik, dan lainnya).

b) Mendefinisikan tanggung jawab

Aspek kunci dalam perencanaan inisiatif perusahaan adalah memetakan peran dan tanggung jawab berbagai mitra yang berkolaborasi dalam penanggulangan TB di tempat kerja. Untuk memandu ini, penting untuk menentukan mitra mana yang dapat mengambil tugas tertentu dan juga untuk menentukan tugas yang akan diambil perusahaan berdasarkan penilaian kapasitasnya. Tugas-tugas ini dapat dilakukan secara individu atau bersama-sama. Ini harus diputuskan atau disepakati secara kolaboratif dan dapat difasilitasi melalui Nota Kesepahaman (MoU) untuk menghasilkan akuntabilitas.

c) Insentif dan enabler

Berbagai faktor mempengaruhi kemampuan dan motivasi perusahaan untuk terlibat dalam upaya penanggulangan TB di tempat kerja. Insentif dan *enabler*, jika dirancang dengan baik, dapat mengatasi beberapa hambatan motivasi. Kedua hal ini berguna tidak hanya untuk menarik perusahaan dan memastikan keterlibatannya secara berkelanjutan tetapi juga untuk meningkatkan kinerjanya.

Perusahaan yang berpikiran bisnis dan efisiensi diharapkan didorong oleh kemanfaatan (*benefit*). Insentif dari program nasional terutama penyediaan obat-obatan, dukungan dalam pelatihan dan peningkatan kesadaran adalah motivator yang sangat baik bagi perusahaan untuk terlibat dalam program penanggulangan TB di tempat kerja. Insentif ini memberikan manfaat bagi perusahaan dengan sedikit atau tanpa investasi. Ornop/OMS yang telah menyediakan insentif dan enabler serupa adalah langkah awal untuk mendampingi perusahaan dalam menyusun rencana kolaboratif.

d) Pelatihan

Komponen penting dari rencana operasional program penanggulangan TB di tempat kerja adalah strategi pelatihan. Seluruh aktor dalam proses program sangat penting dilatih tentang tugas yang ditugaskan kepada mereka. Program nasional yang ada dan materi pelatihan internasional harus dipergunakan sebagai dasar untuk pelatihan. Pelatih yang relevan dari program nasional atau dari mitra harus diidentifikasi untuk melatih staf medis dan paramedis perusahaan untuk memastikan bahwa diagnosis, perawatan dan pasca pengobatan TB diberikan sesuai dengan pedoman penanggulangan TB secara nasional.

e) Advokasi dan komunikasi

Advokasi dan komunikasi adalah elemen kunci dari strategi untuk menerapkan program



penanggulangan TB di tempat kerja. Ornop/OMS yang tergabung dalam tim percepatan penanggulangan TB/HIV dapat mendukung perusahaan dengan berpartisipasi dalam perencanaan dan kegiatan advokasi dan komunikasi serta menyediakan materi advokasi untuk meningkatkan kesadaran dan mengurangi stigma di kalangan buruh/pekerja.

Rencana advokasi dan komunikasi harus disusun oleh perusahaan secara kolaboratif dengan tim percepatan penanggulangan TB dan mitra. Buruh/pekerja dan representasi mereka harus dilibatkan dalam proses ini, untuk memastikan bahwa pesan ditargetkan dengan baik, kontekstual dan dipahami. Sumber daya dari program dan mitra nasional seperti materi advokasi serta staf harus dimanfaatkan dengan baik dalam upaya peningkatan kesadaran.

f) Pemantauan dan evaluasi

Dalam banyak pengaturan di Indonesia program nasional TB telah menyediakan instrumen pemantauan penanggulangan TB. Ornop/OMS juga mempunyai instrumen pemantauan penanggulangan TB. Selain itu staf program juga dapat diundang untuk mengunjungi fasilitas kesehatan di tempat kerja, memantau fasilitas diagnostik dan dukungan perawatan. Sumber daya dari program dan mitra nasional ini harus dioptimalkan untuk memfasilitasi pemantauan terus-menerus terhadap program penanggulangan TB di tempat kerja.

4) Implementasi di tempat kerja

Peluncuran program penanggulangan TB atau TB / HIV di tempat kerja akan bervariasi dari satu pengaturan ke pengaturan lainnya. Peluncuran yang tepat dengan promosi di media sosial dan media lainnya dapat menginspirasi manajemen, buruh/pekerja, dan mitra, sekaligus menjadi peluang untuk meningkatkan kesadaran.

Proses yang diberlakukan dalam kesepakatan bersama dengan tim percepatan penanggulangan TB/HIV, buruh/pekerja, mitra, dan manajemen harus dipatuhi dan berbagai catatan perbaikan yang tepat harus dipertahankan.

Komite pengarah TB atau TB/HIV dapat dibentuk di tempat kerja untuk mengoordinasikan kegiatan TB atau TB/HIV di tempat kerja di semua tingkatan; sekaligus melakukan perencanaan TB/HIV bersama dan memastikan pemantauan program di tempat kerja. Keanggotaan komite pengarah harus mencakup manajemen senior, perwakilan buruh/pekerja, buruh/pekerja dengan TB atau HIV (jika mungkin), dan lainnya. Komite juga harus seimbang gender. Komite Pengarah harus bertemu secara berkala (bulanan atau triwulanan) untuk meninjau kegiatan program dan mengusulkan tindakan korektif jika perlu. Dialog berkelanjutan ini akan memfasilitasi lingkungan terbuka serta memberikan kesempatan untuk mengambil tindakan korektif segera.

Pengawasan berkelanjutan mempergunakan indikator yang dikembangkan dari kegiatan penanganan TB dan HIV sebelumnya tentu akan membantu untuk memantau kemajuan dan mengevaluasi hasil dari program penanggulangan TB di tempat kerja.