

**PENILAIAN KEBERHASILAN PROGRAM TB DOTS BERDASARKAN
ANGKA KEBERHASILAN PENGOBATAN DAN ANGKA KONVERSI
DI RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU
PERIODE JANUARI 2008 – DESEMBER 2012**

Nyta Hasra M
Azizman Saad
Fifia Chandra
Email: nyta.hasra@gmail.com

ABSTRACT

World Health Organization (WHO) classified tuberculosis (TB) as global emergency at the end of 1993. Directly Observed Treatment Short-course (DOTS) is a direct supervision for short-term treatment, recommended by the World Health Organization for the world TB prevention. The Millennium Development Goals (MDGS) in 2015 is to reduce the number of deaths caused by tuberculosis for 50%. To achieve the target, program policy against tuberculosis improvement and evaluation will be needed. Evaluation in this research done by using two nasional indicators, which are success rate (national targets should be at least 85%) and conversion rate (national targets should be at least 80%). This research was using mixed methods with quantitative and qualitative approachment. Samples was taken by total sampling method, where 304 people have obtained as quantitative research samples and 3 people as qualitative research samples. Research results showed that the success rate at the end of 2009 and 2012 was 94%, in 2010 was 93%, in 2011 was 86%, and in 2008 was 77%. While the conversion rate at the end of 2011 was 96%, in 2012 was 94%, in 2009 was 91%, in 2008 was 89%, and in 2010 was 82%. It can be concluded that success rate in General Hospital Arifin Achmad Riau Province in 2008 have not reached national targets yet, but in 2009, 2010, 2011, and 2012 have exceeded national targets. The conversion in General Hospital Arifin Achmad Riau Province at the end of 2008, 2009, 2010, 2011 and in 2012 have exceeded national targets.

Key words : *Tuberculosis (TB), Directly Observed Treatment Short-course (DOTS), success rate, conversion rate*

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri basil Mikobakterium tuberkulosis.¹ Bakteri

TB dapat merusak jaringan paru sehingga pasien akan sulit untuk bernafas.² TB telah menginfeksi sepertiga dari populasi dunia.³ Pada tahun 2010 Indonesia masuk ke

dalam sepuluh besar negara dengan permasalahan TB terbesar dari 22 negara di dunia.⁴ Di Indonesia insiden TB pada tahun 2011 sebesar 189 per 100.000 penduduk. *World Health Organization* (WHO) merekomendasikan strategi DOTS untuk pengobatan TB di dunia pada tahun 1995. Tahun 1995 Indonesia mulai menggunakan strategi DOTS yang dilaksanakan di pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) secara bertahap.⁶ Pada tahun 2000 secara bertahap strategi DOTS mulai dikembangkan di seluruh Unit Pelayanan Kesehatan (UPK).⁷ Target *Millenium Development Goals* (MDGs) 2015 adalah dapat menurunkan 50% angka kematian yang disebabkan oleh TB.⁸ Untuk mencapai target tersebut, maka evaluasi perlu dilakukan untuk kepentingan perencanaan dan pengembangan program penanggulangan tuberkulosis.⁶ Terdapat sepuluh indikator penanggulangan TB di berbagai tingkat UPK. Pada penelitian ini, evaluasi keberhasilan program DOTS akan dilakukan dengan menggunakan 2 indikator nasional, yaitu angka keberhasilan pengobatan yang ditargetkan minimal 85% dan angka konversi minimal 80%.⁶ Angka keberhasilan pengobatan di Indonesia pada tahun 2011 adalah 90,3% sedangkan Riau adalah 76,8%. Sementara untuk angka konversi di Indonesia adalah 84,4% sedangkan untuk Riau adalah 73,0%.⁵

Pada penelitian sebelumnya oleh Chomisah E di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Moehamad Hoesin Palembang tahun 1999 didapatkan angka konversi sebesar 84,16% sedangkan untuk kesembuhan adalah 76,19%.⁹ Sementara penelitian oleh Ramadhani A tahun 2010 di RSUD Dr. Kariadi Semarang didapatkan hasil konversi sebesar 47,5% dan angka keberhasilan pengobatan adalah 52,5%.¹⁰ Lalu penelitian oleh Hasanah MN di Rumah Sakit Paru Surabaya tahun 2012 didapatkan angka konversi sebesar 77%.¹¹

Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau telah menggunakan program TB DOTS rumah sakit untuk penanggulangan tuberkulosis di Poli Paru sejak tahun 2007. Selama ini belum ada dilakukan penelitian tentang keberhasilan program TB DOTS di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis ingin mengetahui Penilaian keberhasilan program TB DOTS berdasarkan angka keberhasilan pengobatan dan angka konversi di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau periode Januari 2008 sampai dengan Desember 2012 dilihat dari angka keberhasilan pengobatan dan angka konversi.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif yang menggunakan metode gabungan (*mixed methods*) dengan pendekatan kuantitatif dan

kualitatif. Data kuantitatif digunakan untuk mendapatkan angka keberhasilan pengobatan sedangkan data kualitatif digunakan sebagai penunjang untuk membahas angka keberhasilan pengobatan dan angka konversi. Penelitian dilakukan di poli paru RSUD Arifin Achmad pada bulan April 2013 sampai bulan Juni 2014. Populasi untuk penelitian kuantitatif adalah seluruh data pasien TB paru yang awal pengobatan hasil pemeriksaan BTAny positif yang datanya lengkap yang tercatat dalam TB.03 di poli paru RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau dari bulan Januari 2008 sampai dengan Desember 2012. Sedangkan informan kualitatif adalah tim DOTS rumah sakit yang bersedia memberikan informasi yang berada di Poli paru RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. Sampel untuk penelitian kuantitatif diambil secara *total sampling*. Jumlah sampel adalah 304. Sedangkan sampel untuk penelitian kualitatif diambil secara *total sampling*. Informan berjumlah 3 orang diambil sesuai kecukupan. Data kuantitatif dikumpulkan dari register TB kabupaten/kota (formulir TB.03) dengan strategi DOTS di Rumah Sakit Arifin Achmad provinsi Riau periode Januari 2008 sampai dengan Desember 2012. Angka keberhasilan pengobatan dikatakan telah mencapai/melebihi target nasional jika $\geq 85\%$. Sedangkan untuk angka konversi dikatakan telah mencapai/melebihi target nasional jika $\geq 80\%$. Data kualitatif dikumpulkan dengan metode wawancara mendalam kepada informan. Sebelum melakukan wawancara mendalam dengan

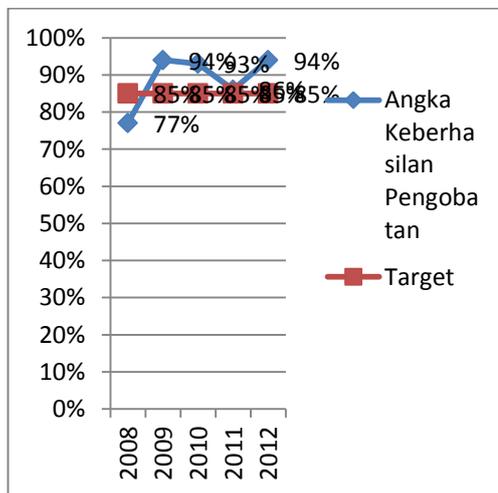
informan, peneliti memberikan keterangan penelitian, *informed consent*, dan seluruh pembicaraan direkam. Data kuantitatif yang diperoleh dari TB.03 dikelompokkan berdasarkan variabel penelitian dan diolah secara manual dan komputerisasi kemudian disajikan dalam bentuk grafik. Sedangkan untuk menguji keabsahan data (validitas data) data kualitatif dilakukan triangulasi data yaitu triangulasi sumber dengan cara melakukan *cross check* data dengan fakta dari sumber lainnya, serta triangulasi data dengan cara membandingkan data dari berbagai kasus. Analisis data kualitatif dilakukan dengan menggunakan analisis isi (*content analysis*) untuk mendapatkan informasi mendalam mengenai penilaian keberhasilan program TB DOTS di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau Periode 1 Januari 2008-31 Desember 2012 dengan cara mencatat, dibuat matrik dan analisis secara manual.

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan formulir TB.03 terdapat 304 pasien yang berobat TB dengan strategi DOTS di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau pada periode 1 Januari 2008 sampai dengan 31 Desember 2012. Perbandingan pasien TB laki-laki dan perempuan adalah 196 laki-laki (64%) dan 108 perempuan (35%). Berdasarkan formulir TB.03 juga diperoleh data sebagai berikut:

4.1 Angka keberhasilan pengobatan

Angka keberhasilan pengobatan pasien TB BTA positif yang berobat di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau pada tahun 2009 dan tahun 2012 adalah sebesar 94%, tahun 2010 adalah 93%, tahun 2011 adalah 86%, dan tahun 2008 adalah 77%. Terlihat bahwa angka keberhasilan pengobatan pada tahun 2008 (77%) masih belum mencapai target nasional yaitu 85%, sedangkan angka keberhasilan pengobatan pada tahun 2009, tahun 2010, tahun 2011 serta tahun 2012 telah melebihi target nasional yaitu 85%. Berikut adalah grafik angka keberhasilan pengobatan pasien TB yang berobat di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau periode 1 Januari 2008 sampai dengan 31 Desember.

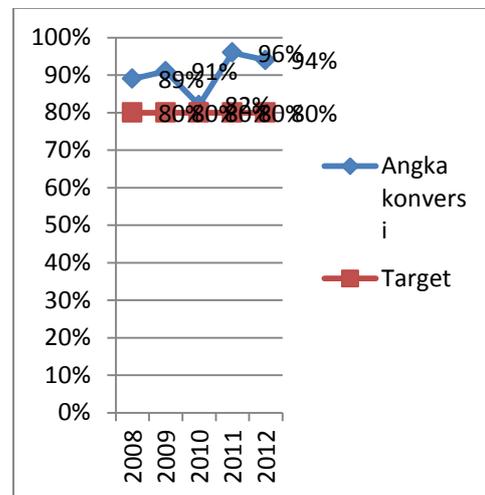


Gambar 5.1: Grafik angka keberhasilan pengobatan BTA per tahun

4.2 Angka konversi

Angka konversi pasien TB BTA positif yang berobat di RSUD

Arifin Achmad Provinsi Riau semuanya telah melebihi target nasional yaitu 80%. Angka konversi pada tahun 2011 adalah 96%, tahun 2012 adalah 94%, tahun 2009 adalah 91%, tahun 2008 adalah 89%, serta tahun 2010 adalah 82%. Berikut adalah grafik angka konversi BTA pasien TB yang berobat di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau per tahun.



Gambar 5.2: Grafik angka konversi per tahun

4.3 Peranan tim DOTS

a. Waktu mulai terbentuk program TB DOTS dan tim DOTS

Waktu mulai terbentuk program TB DOTS serta tim DOTS terbentuk pada tahun 2007. Namun SK pembentukan tidak dapat dilihat.

b. Perencanaan program TB DOTS

Informasi yang di dapat dari penelitian tentang perencanaan program TB DOTS meliputi hal berikut:

1. Tenaga terlatih

Seluruh tim DOTS telah mendapatkan pelatihan tenaga dari Dinas Kesehatan setiap tahun, tidak ada yang menolak untuk ikut serta pelatihan karena sudah merupakan tugas/kewajiban dari RSUD Arifin Achmad, peserta yang akan ikut pelatihan dipilih oleh rumah sakit yang telah berkoordinasi dengan ketua tim DOTS, tidak ada kriteria khusus untuk pemilihan peserta pelatihan. Kendala yang dihadapi adalah adanya mutasi. Petugas baru setelah mutasi merupakan petugas baru yang belum mendapatkan pelatihan sebelumnya, petugas tersebut akan diikuti sertakan dalam pelatihan.

2. Anggaran program TB DOTS

Anggaran program TB DOTS berasal dari Dinas kesehatan dan dari *global fund*. Tidak ada sumber dana dari tempat lainnya.

3. Ketersediaan OAT

ketersediaan OAT untuk kategori 1 tidak pernah kosong dikarenakan adanya stok yang banyak, sementara untuk OAT kategori 2 pernah kosong dikarenakan stok yang sedikit. Sebelum habis OAT diminta ke Dinas Kesehatan. Stok OAT kategori 2 sedikit dikarenakan kasus yang jarang untuk pemakaian OAT kategori 2. Waktu permintaan OAT ke Dinas Kesehatan sampai OAT didapat tidak lebih dari 2 hari, OAT dapat dijemput atau diantar oleh petugas Dinas kesehatan. OAT kategori 1 akan habis dalam waktu sekitar kurang lebih 6 bulan,

sementara untuk OAT kategori 2 akan habis dalam waktu kurang lebih 3 bulan.

4. Formulir Pencatatan dan pelaporan

Formulir TB untuk pencatatan dan pelaporan didapat dari dinas kesehatan, dan ketersediaannya selalu ada, formulir TB yang tersedia adalah TB.01, TB.02, TB.05, TB.06, TB.09, TB.010, kendala di tempat pencatatan adalah tidak adanya petugas khusus dari rumah sakit untuk pencatatan, sehingga untuk pencatatan masih belum optimal.

5. Fasilitas peralatan dan reagensia

Fasilitas peralatan baik di ruangan dan di laboratorium memadai untuk menunjang pelayanan TB, begitu juga dengan reagensia ketersediaannya selalu ada, dikarenakan adanya stok, peralatan dan reagensia diperoleh dari rumah sakit. Mikroskop yang telah digunakan dibersihkan kembali. Tidak ada perawatan khusus untuk mikroskop, petugas laboratorium berjumlah 3 orang, latar belakang petugas laboratorium adalah analis.

c. Pelaksanaan program TB DOTS

Informasi yang di dapat dari penelitian tentang pelaksanaan program TB DOTS meliputi hal berikut:

1. Pelaksanaan rapat rutin

Rapat rutin tidak dilaksanakan di rumah sakit, rapat rutin hanya berlangsung dengan dinas kesehatan dan puskesmas lainnya yang diadakan sekali 3 bulan

untuk evaluasi. hal ini dikarenakan kurangnya koordinasi dan sosialisasi. Hal yang dibahas pada rapat rutin dengan dinas kesehatan adalah tentang pencapaian DOTS, kendala-kendala yang didapat selama berjalannya program, evaluasi kerja RSUD dan puskesmas. Salah satu perbaikan dari Dinas Kesehatan dalam rapat tersebut adalah masalah *cross chek*, laporan yang tidak diantar oleh petugas rumah sakit ataupun puskesmas akan di jemput oleh petugas Dinas kesehatan.

d. Monitoring dan evaluasi program DOTS

Informasi yang di dapat dari penelitian tentang monitoring dan evaluasi program TB DOTS meliputi hal berikut:

1. Jejaring internal dan jejaring eksternal

Jejaring internal tim dots belum berjalan sesuai dengan yang diinginkan, hal ini terlihat dari tidak adanya rapat rutin di rumah sakit, sedangkan untuk jejaring eksternal telah berjalan yaitu dengan melakukan kerja sama dengan puskesmas dalam merujuk pasien, pasien dirujuk jika rumah pasien jauh untuk mempermudah pasien dalam menyelesaikan pengobatan.

2. Laporan monitoring dan evaluasi kepada direktur rumah sakit

Laporan monitoring dan evaluasi selalu di sampaikan secara tertulis kepada direktur rumah sakit tapi tidak ada tindak lanjut, laporan tersebut diberikan setiap 3 bulan/pertriwulan. Isi laporan

tersebut berupa pengantar, jumlah pasien yang berobat, pasien suspek TB paru, pasien BTA positif, pasien yang sembuh, pasien yang pengobatan lengkap serta pasien yang konversi, laporan tersebut disajikan dalam bentuk kolom berdasarkan kasus, laporan tidak dihitung dengan rumus indikator.

3. Penegakan diagnosis dengan menggunakan pemeriksaan mikroskopis.

Penegakan diagnosis TB menggunakan *Gold standar* yaitu pemeriksaan BTA sputum, namun tetap di dukung oleh pemeriksaan foto thoraks. Jika dahak pasien tidak ada maka diagnosis TB menggunakan foto thoraks.

4. Buku pedoman penanggulangan TB

Tim DOTS RSUD Arifin achmad memiliki buku yang digunakan sebagai pedoman dalam pelaksanaan program TB DOTS yaitu buku pedoman nasional penanggulangan TB yang didapatkan setiap ikut pelatihan.

5. Monitoring pengawas menelan obat (PMO) dan keteraturan pasien TB untuk menyelesaikan pengobatan

Tim DOTS RSUD Arifin Achmad memonitoring PMO dengan cara melihat keteraturan pasien dalam pengobatan, kemudian menelepon PMO bila pasien tidak teratur datang berobat. Sedangkan cara memonitoring keteraturan pasien berobat adalah dengan cara melihat tanggal datang pasien berobat yang terdapat di kotak yang telah disediakan, bila pasien tidak

datang sesuai tanggal berobat yang telah ditentukan maka PMO pasien akan dihubungi.

PEMBAHASAN

Berdasarkan penelitian didapatkan hasil bahwa angka keberhasilan pengobatan Di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau pada tahun 2009, tahun 2010, tahun 2011 serta tahun 2012 telah melebihi target nasional. Sedangkan angka keberhasilan pengobatan pada tahun 2008 belum mencapai target nasional. Target nasional untuk angka keberhasilan pengobatan adalah 85%.⁶ Sementara untuk angka konversi pada tahun 2008, tahun 2009, tahun 2010, tahun 2011 dan tahun 2012 telah melebihi target nasional. Target nasional untuk angka konversi adalah 80%.

Terdapat beberapa penelitian yang sama sebelumnya yaitu penelitian yang dilakukan oleh Ramadhani A tahun 2010 di RSUD Dr. Kariadi Semarang didapatkan hasil konversi sebesar 47,5% dan angka keberhasilan pengobatan sebesar 52,5%.¹⁰ kemudian penelitian oleh Chomisah E di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Moehamad Hoesin Palembang tahun 1999 didapatkan angka konversi sebesar 84,16%⁹ Lalu penelitian oleh Hasanah MN di Rumah Sakit Paru Surabaya tahun 2012 didapatkan angka konversi sebesar 77%.¹¹ Serta penelitian yang dilakukan oleh Bahagia IR tahun 2010 di puskesmas keramat jati

didapatkan angka keberhasilan pengobatan sebesar 73,3%.¹²

Di Indonesia angka keberhasilan pengobatan pada tahun 2011 adalah 90,3%, sementara angka konversi pada tahun 2011 adalah 84,4%, angka tersebut telah melebihi target nasional.⁵

Angka keberhasilan pengobatan adalah persentase pasien baru TB paru BTA positif yang menyelesaikan pengobatan (baik yang sembuh maupun yang lengkap).⁶ Sementara angka konversi adalah persentase pasien TB paru BTA positif yang mengalami perubahan menjadi BTA negatif setelah menjalani masa pengobatan intensif (2 bulan).⁶

Hal yang mempengaruhi rendahnya angka keberhasilan pengobatan pada tahun 2008 karena pada tahun tersebut masih merupakan tahun awal berjalan program TB DOTS sehingga perencanaan dan pelaksanaan program TB DOTS pada tahun 2008 masih kurang optimal. Sementara untuk perencanaan dan pelaksanaan pada tahun 2009, tahun 2010, tahun 2011 serta tahun 2012 tim DOTS RSUD Arifin Achmad menggunakan hasil evaluasi tahun awal agar mendapatkan hasil yang lebih baik lagi. Sehingga angka keberhasilan pengobatan pada tahun 2009, tahun 2010, tahun 2011 serta tahun 2012 dapat melebihi target nasional. Hal ini didukung oleh pernyataan informan kunci 1 yang mengatakan bahwa hal yang menyebabkan rendahnya angka keberhasilan

pengobatan pada tahun 2008 adalah karena pada tahun 2008 masih merupakan tahun-tahun awal berjalan program TB DOTS di RSUD Arifin Achmad, sehingga pelaksanaannya masih kurang efisien. Hal ini didukung oleh pernyataan informan kunci 2 yang mengatakan bahwa rendahnya angka keberhasilan pengobatan pada tahun 2008 disebabkan karena program TB DOTS baru dimulai pada pertengahan tahun 2007, sehingga pada tahun 2008 pelaksanaannya masih kurang optimal dikarenakan masih baru.

Angka keberhasilan pengobatan dari tahun 2009 sampai dengan tahun 2012 serta angka konversi dari tahun 2008 sampai dengan tahun 2012 telah melebihi target nasional, pencapaian ini didukung oleh tim DOTS yang telah melaksanakan tugasnya sesuai dengan protapnya masing-masing. Tugas tersebut meliputi perencanaan, pelaksanaan serta monitoring evaluasi. Namun tetap terdapat beberapa kendala yang ditemukan seperti anggaran program, kurangnya tenaga dibagian pencatatan, serta kurangnya koordinasi dan sosialisasi dari manajemen rumah sakit kepada setiap SMF sehingga jejaring internal belum berjalan sesuai dengan yang diinginkan.

Perencanaan program TB DOTS di RSUD Arifin Achmad meliputi pelatihan tenaga, anggaran, obat-obatan, formulir pencatatan dan pelaporan, serta peralatan di ruangan maupun di laboratorium. Buku

pedoman manajerial pelayanan tuberkulosis dengan strategi DOTS di rumah sakit mengatakan bahwa perencanaan program pelayanan TB di rumah sakit meliputi tenaga terlatih, anggaran, obat-obatan, reagensia, peralatan serta formulir pencatatan TB.¹³

Berikut adalah perencanaan, pelaksanaan serta monitoring evaluasi program TB DOTS di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau:

Seluruh tim DOTS RSUD Arifin Achmad telah mendapatkan pelatihan dari dinas kesehatan, baik petugas pencatatan, petugas labor serta petugas lainnya. Pelatihan tersebut diselenggarakan setiap satu tahun sekali. Petugas DOTS di pilih oleh pihak rumah sakit yang berkoordinasi dengan koordinator DOTS, tidak terdapat petugas yang menolak untuk pelatihan karena sudah merupakan kewajiban dari RSUD.

Teori mengatakan pelatihan merupakan salah satu upaya peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan petugas dalam rangka meningkatkan mutu dan kinerja petugas. Pelatihan pada tim DOTS adalah dengan memasukkan materi program penanggulangan tuberkulosis strategi DOTS dalam pembelajaran/ kurikulum institusi pendidikan tenaga kesehatan, dengan diberikan pelatihan diharapkan dapat meningkatkan mutu dan kinerja tim DOTS.⁶

Anggaran program TB DOTS diperoleh dari Dinas Kesehatan dan *Global fund*, anggaran tersebut

digunakan untuk semua kegiatan dalam pelaksanaan program TB DOTS.

Alokasi APBD untuk pengendalian TB secara umum rendah dikarenakan tingginya pendanaan dari donor internasional dan banyaknya masalah kesehatan masyarakat lainnya yang juga perlu didanai.⁶ Penelitian Suharjana pada tahun 2004 menyatakan bahwa penemuan TB rendah dapat disebabkan oleh pengalokasian dana yang belum optimal.¹⁴

Untuk ketersediaan OAT di dapat dari dinas kesehatan, ketersediaan OAT untuk kategori 1 tidak pernah kosong dikarenakan stok yang banyak, sedangkan ketersediaan OAT kategori 2 pernah kosong dikarenakan stok yang sedikit. Namun untuk kosong lama tidak pernah dijumpai dikarenakan permintaan OAT ke dinas kesehatan dilakukan sebelum OAT habis. Waktu permintaan sampai obat datang tidak lebih dari 2 hari, kategori 1 biasanya mampu bertahan hampir 6 bulan dikarenakan stok yang banyak, namun untuk kategori 2 akan habis dalam waktu kurang dari 3 bulan dikarenakan stok yang sedikit, stok sedikit dikarenakan kasus TB yang masih jarang untuk pemakaian OAT kategori 2.

Buku pedoman manajerial pelayanan tuberkulosis dengan strategi DOTS di rumah sakit mengatakan bahwa terdapat kebijakan/ketentuan/prosedur tentang OAT, ketersediaan obat, bila terjadi kekosongan.¹³ Kebijakan yang

dilakukan oleh tim DOTS RSUD Arifin Achmad ketika kategori 2 kosong sementara adalah dengan meminjam salah satu jenis OAT kategori 2 yaitu streptomycin kepada rumah sakit sampai kategori 2 dari Dinas Kesehatan datang. Dengan begitu kebutuhan pasien untuk kategori 2 tetap dapat terpenuhi.

Secara keseluruhan, sistem logistik obat belum berjalan dengan optimal dalam menjamin ketersediaan obat TB secara berkesinambungan. Penyediaan OAT kategori 2 untuk TB MDR masih impor, sedangkan proses pengeluaran obat dari bandara lama. Ketersediaan OAT kategori 2 untuk kasus MDR sedang diupayakan untuk mendapatkan persetujuan dari GLC (*Green Light Committee*). Perbaikan dalam manajemen obat TB di tingkat provinsi dan kabupaten/kota harus dilakukan secara kontinyu untuk mencegah stock-out.¹⁵

Penelitian Muninjaya menyebutkan logistik diperlukan untuk menunjang pelayanan. Ia juga menambahkan bahwa kekurangan dalam penyediaan logistik dapat mengganggu mutu pelayanan dikarenakan masalah ini menyangkut kebijakan pengadaan dan pemeliharaan.¹⁴

Formulir TB untuk pencatatan dan pelaporan diminta ke Dinas Kesehatan, serta ketersediaannya selalu ada. Formulir TB yang tersedia adalah TB.01, TB.02, TB.05, TB.06, TB.09, serta TB.010. Kendala di bagian pencatatan adalah tidak adanya

petugas khusus dari rumah sakit. Petugas pencatatan memiliki tugas rangkap, sehingga pencatatan berjalan kurang optimal. Pada tahun 2014 rumah sakit telah memberikan petugas khusus untuk pencatatan agar pencatatan dapat berjalan optimal.

Buku pedoman manajerial pelayanan tuberkulosis dengan strategi DOTS di rumah sakit menyatakan bahwa direktur/wakil direktur membentuk tim DOTS rumah sakit, salah satu anggota dari tim DOTS tersebut adalah petugas pencatatan dan pelaporan, agar pencatatan dan pelaporan dapat terlaksana dengan benar dan tepat waktu kepada direktur maupun dinas kesehatan kabupaten/kota.¹³

Fasilitas peralatan di ruangan poli, peralatan dilaboratorium, reagensia serta mikroskop didapatkan dari rumah sakit. Ketersediaan reagensia tidak pernah kosong dikarekan adanya stok. Tidak ada kendala di laboratorium dalam pemeriksaan BTA Sputum. Setelah digunakan mikroskop dibersihkan. Petugas yang berada dilabor berjumlah 3 orang, latar belakang petugas laboratorium adalah analis.

Menurut WHO, ketersediaan alat dan bahan yang cukup sangat berpengaruh untuk menunjang keberhasilan penanggulangan TB dengan strategi DOTS.¹⁶ Program Nasional pengendalian tuberkulosis akan memberikan kontribusi dalam hal pelatihan, OAT, mikroskopis dan bahan-bahan laboratorium.¹³ Buku pedoman manajerial pelayanan

tuberkulosis dengan strategi DOTS di rumah sakit menyatakan bahwa fasilitas yang cukup harus tersedia bagi staf medis sehingga dapat tercapai tujuan dan fungsi pelayanan DOTS yang optimal bagi pasien TB.¹³

Penelitian manaf 1996 membuktikan adanya hubungan bermakna antara kelengkapan sarana dengan kepatuhan bidan terhadap standar operasional pelayanan (SOP) layanan antenatal di Puskesmas Jakarta Pusat. Oleh karena itu dapat disimpulkan ada hubungan antara ketersediaan logistik, sarana dan prasarana dengan kontinuitas pelayanan.¹⁴

Pada pelaksanaan program TB DOTS tidak terdapat rapat rutin yang diadakan di rumah sakit, rapat rutin hanya berlangsung dengan dinas kesehatan dan puskesmas lain, hal yang menyebabkan tidak adanya rapat rutin di jejaring internal tim DOTS dikarenakan masih kurangnya koordinasi dan sosialisasi antara setiap SMF lain dan unit DOTS. Pembahasan dalam rapat bersama dinas kesehatan adalah tentang pencapaian DOTS, kendala-kendala yang didapat selama berjalannya program serta evaluasi kerja RSUD, puskesmas. Rapat tersebut dihadiri oleh semua rumah sakit dan puskesmas yang menggunakan DOTS dalam pengobatan TB.

Buku pedoman manajerial pelayanan tuberkulosis dengan strategi DOTS di rumah sakit menjelaskan bahwa untuk evaluasi dan monitoring program TB DOTS

adalah adanya pertemuan berkala secara formal antara pimpinan rumah sakit dan komite medik/Tim DOTS untuk membahas, merencanakan dan mengevaluasi pelayanan medis serta upaya peningkatan mutu pelayanan medis TB.¹³

Jejaring internal tim DOTS belum berjalan sesuai dengan yang diinginkan, hal ini dapat dilihat dari tidak adanya rapat rutin di rumah sakit, untuk jejaring eksternal tim DOTS RSUD Arifin Achmad menjalin kerja sama dengan puskesmas dalam merujuk pasien agar mempermudah menyelesaikan pengobatan dan juga agar pasien tidak terkendala dengan jarak yang jauh.

Penelitian Namursa AR di BP4 Palembang mengatakan jarak tempat pengobatan berpengaruh terhadap keteraturan berobat. Semakin dekat jarak tempat pengobatan maka keteraturan pasien dalam menyelesaikan pengobatan semakin baik.¹⁷

Tim DOTS RSUD Arifin Achmad telah memberikan laporan kepada rumah sakit, laporan tersebut diberikan pertriwulan, namun tidak di tindaklanjuti. Isi laporan tersebut meliputi kata pengantar, jumlah pasien yang berobat, suspek TB, pasien BTA positif, pasien sembuh, pasien pengobatan lengkap serta pasien konversi. Laporan tersebut disajikan dalam bentuk kolom berdasarkan jumlah kasus tanpa menggunakan rumus indikator. Buku pedoman manajerial pelayanan tuberkulosis dengan strategi DOTS

di rumah sakit menjelaskan bahwa ada laporan dan hasil evaluasi pelaksanaan jejaring internal dan ada rencana tindak lanjut dari hasil evaluasi.¹³

Diagnosis pasien tuberkulosis di poli RSUD Arifin Achmad adalah dengan menggunakan pemeriksaan BTA sputum, namun tetap didukung oleh pemeriksaan foto thoraks sebagai pemeriksaan tambahan. Buku pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis menyatakan bahwa *gold standard* diagnosis pasien TB adalah dengan pemeriksaan dahak BTA sputum.⁶

Tim DOTS rumah sakit juga memiliki buku panduan nasional penanggulangan tuberkulosis yang didapat setiap ikut pelatihan, buku tersebut digunakan sebagai pedoman dalam penanggulangan TB.

Pedoman pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis sangat penting dalam melakukan setiap kegiatan dan tindakan. Berdasarkan teori, seringkali suatu pelayanan menjadi tidak menentu karena pedoman pelaksanaannya tidak jelas. Oleh sebab itu, untuk mencapai hasil kerja yang optimal diperlukan pedoman pelaksanaan program yang jelas.¹⁴

Buku pedoman manajerial pelayanan tuberkulosis dengan strategi DOTS di rumah sakit menyatakan bahwa setiap pelayanan TB dengan strategi DOTS bagi pasien TB harus berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh Program Penanggulangan Tuberkulosis Nasional.¹³

Tim DOTS RSUD Arifin Achmad juga melakukan monitoring terhadap PMO dan pasien. Monitoring PMO dilakukan dengan cara menelepon PMO apabila pasien tidak datang untuk berobat, sebelum menelepon PMO petugas pencatatan bekerja sama dengan petugas apotik untuk memastikan pasien benar-benar tidak datang ke poli maupun ke apotik untuk mengambil obat. Setelah pasien dipastikan tidak datang petugas pencatatan menelepon PMO pasien agar dapat mengingatkan pasien untuk datang berobat. Selain itu monitoring PMO bisa dilihat dari keteraturan pasien dalam berobat, jika pasien teratur berarti PMO tersebut jalan. Untuk monitoring keteraturan pasien dalam pengobatan dilakukan dengan cara melihat tanggal pasien datang berobat, jika pasien tidak datang pada tanggal yang telah ditentukan, maka PMO dari pasien tersebut akan ditelepon oleh petugas pencatatan TB.

Teori mengatakan bahwa pengawasan dan perhatian dari tenaga kesehatan maupun pihak keluarga yang telah dipercaya merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien tuberkulosis dalam menjalani pengobatan yang membutuhkan waktu yang cukup lama. Walaupun panduan obat yang digunakan baik tetapi bila penderita tidak berobat dengan teratur maka umumnya hasil pengobatan mengecewakan.¹⁸

Dukungan emosioanal PMO pada penderita TB paru sangat

dibutuhkan karena salah satu tugas PMO adalah memberikan dorongan kepada penderita agar mau berobat secara teratur dan mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak pada waktu yang ditentukan.¹⁹ Selain dipengaruhi kinerja PMO, keteraturan pasien berobat juga dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, mutu pelayanan kesehatan, sarana dan prasarana pelayanan, efek samping obat, dan regimen pengobatan.²⁰

Penelitian Hapsari JR mengatakan bahwa terdapat hubungan antara kinerja PMO dengan keteraturan berobat pasien TB paru strategi DOTS di RSUD dr.moewardi Surakarta. Semakin baik kinerja PMO maka semakin tinggi keteraturan berobat pasien TB paru strategi DOTS di RSUD dr. Moewardi Surakarta.²¹ Menurut Retnaningsih meskipun petugas sudah terlatih dan alat serta sarana untuk penanggulangan TB terjamin ketersediaannya, namun bila pasien yang mau berobat tidak ada tetap saja tidak akan berguna.²²

SIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa angka keberhasilan pengobatan di poli paru RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau pada tahun 2009, tahun 2010, tahun 2011 serta tahun 2012 telah melebihi target nasional, namun pada tahun 2008 masih belum mencapai target nasional. Sedangkan angka konversi di poli paru RSUD Arifin Achmad

Provinsi Riau pada tahun 2008, tahun 2009, tahun 2010, tahun 2011 serta tahun 2012 telah melebihi target nasional.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Fakultas Kedokteran Universitas Riau dan poli paru RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau atas segala fasilitas kemudahan yang diberikan kepada penulis selama melaksanakan penelitian ini.

DAFTAR RUJUKAN

1. Poa, Chaulet P. Tuberculosis handbook. Geneva: Global tuberculosis program; World Health Organization. 1998.
2. Perkumpulan Pemberantasan Tuberculosis Indonesia. Tuberculosis: Simposium Nasional World TB day 2012. 31 maret 2012. 3-13. Jakarta.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Tuberculosis. Available from: <http://www.cdc.gov/tb/topic/basics/default.htm> [diakses pada 4 juni 2013]
4. Zumla A, Raviglione M, Hafner R, Von RF. Tuberculosis. N Engl J Med 368; 8 nejm. org february 21, 2013.
5. Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehat Lingkungan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan situasi terkini perkembangan Tuberculosis di Indonesia Januari-Desember 2012. Jakarta; hlm 12-21.
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman penanggulangan tuberkulosis, Edisi dua. Jakarta: Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan; 2011; hlm 1-92.
7. Departemen Kesehatan. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehat Lingkungan. Pedoman Penerapan DOTS di Rumah Sakit. Jakarta: Dapertemen Kesehatan; 2007; hlm 4-11.
8. World Health Organization. Global Tuberculosis control report 2012. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/. [diakses tanggal 4 juni 2013]
9. Chomisah E. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita TB paru BTA positif di Rumah Sakit Umum Dr. Moehammad Hoesin Palembang tahun 1998-2000. Universitas Indonesia.
10. Rahmadani A. Pengaruh pelaksanaan pmo terhadap konversi BTA (+) pada pasien tuberkulosis paru di RSDK tahun 2009-2010. Fakultas kedokteran universitas diponegoro. 2012.
11. Hasanah NM. Analisis faktor yang berhubungan dengan kegagalan konversi BTA (+) pada akhir pengobatan fase intensif penderita tuberkulosis paru di Rumah Sakit paru Surabaya. 2013. Fakultas

- kesehatan masyarakat
universitas airlangga.2013.
- Pascaserjana Fakultas
Kedokteran Universitas
Indonesia. 2000.
12. Bahagia IR. Hubungan penerapan strategi DOTS terhadap keberhasilan terapi TB di Puskesmas Kramat Jati periode Januari 2010-Oktober 2010. Fakultas kedokteran universitas pembangunan nasional “Veteran” Jakarta. 2010.
 13. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Dapertemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman manajerial pelayanan tuberkulosis dengan strategi DOTS di rumah sakit Direktorat Jendral bina pelayanan medik; Jakarta. 2010.
 14. Farietny. Kontinuitas pelayanan dalam tatalaksana pengobatan penderita tuberkulosis paru di kabupaten Tanah datar Provinsi Sumatera Barat. KMPK, working paper series Oktober 2007.
 15. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Rencana aksi nasional logistik pengendalian tuberkulosis. Jakarta: Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan; 2011; hlm 5-6.
 16. WHO. Strategic approach for the strengthening of laboratory services for tuberculosis control 2006-2009. United states: WHO, 2006. 1-22.
 17. Namursa AR. Faktor-faktor yang berhubungan dengan keteraturan berobat penderita tuberkulosis paru di BP4 Kota Palembang tahun 1999. Tesis Magster Pascaserjana Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2000.
 18. Senewe FP. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan berobat penderita tuberkulosis paru di puskesmas Depok. Buletin kesehatan volume 3 nomor 1. Jakarta. 2002.
 19. Dapertemen kesehatan Repuplik indonesia. Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis. Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan. Jakarta; 2002.
 20. Mukhsin, Yodi, Riris. Faktor-faktor yang mempengaruhi keteraturan minum obat pada penderta TBC paru yang mengalami konversi di kota jambi. Universitas Gajah mada Yogyakarta. 2009.
 21. Hapsari JR. Hubungan kinerja pengawas minum obat (PMO) dengan keteraturan berobat pasien TB paru strategi DOTS di RSUD DR Moewardi Surakarta. Fakultas kedokteran universitas sebelas maret Surakarta.2010.
 22. Retnaningsih e. Pengaruh kemiskinan kontekstual terhadap akses layanan kesehatan suspek penderita TB di Indonesia. Jurnal pembangunan indonesia.2005.