

EVALUASI PROGRAM PENGENDALIAN TUBERKULOSIS PARU DENGAN STRATEGI DOTS DI PUSKESMAS TANAH KALIKEDINDING SURABAYA

*Evaluation the Pulmonary Tuberculosis Control Program with Strategy DOTS
in Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya*

Adistha Eka Noveyani¹, Santi Martini²

¹FKM Universitas Airlangga, adishvian@gmail.com

²Departemen Epidemiologi FKM Universitas Airlangga, santi279@yahoo.com

Alamat Korespondensi : Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga,
Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

ABSTRAK

Strategi pengawasan langsung pengobatan jangka pendek (DOTS) merupakan program pengendalian tuberkulosis. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan program DOTS di Pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) Tanah Kalikedinding yang hasilnya dikaitkan dengan capaian indikator tuberkulosis. Penelitian ini menggunakan rancang bangun deskriptif dengan populasi yaitu semua dokter spesialis paru, petugas tuberkulosis, dan petugas laboratorium serta pasien tuberkulosis paru. Teknik sampling dengan *purposive sampling*. Pengumpulan data dengan wawancara kuesioner dan *checklist*. Variabel penelitian ini adalah penemuan kasus, pengobatan, faktor pendorong dan faktor penghambat, pencatatan dan pelaporan, dan capaian berdasarkan indikator tuberkulosis. Hasil penelitian menunjukkan Angka deteksi kasus (CDR) tahun 2013 adalah 112% memenuhi target nasional $\geq 70\%$. Keberhasilan tersebut karena dilakukan penjarangan hingga 87,5% pada suspek tuberkulosis (batuk >2 minggu) dan semua pasien dilakukan pemeriksaan sesuai alur diagnosis dalam pedoman Depkes RI, sedangkan Angka keberhasilan pengobatan (SR) tahun 2013 adalah 65,5% belum memenuhi target yaitu minimal $\geq 85\%$. Hal ini disebabkan masih ada pasien yang tidak memiliki Pengawas Menelan Obat (PMO). Faktor pendorong berupa penyuluhan rutin oleh petugas di puskesmas. Faktor penghambat yaitu jarak menuju puskesmas sebagian besar pasien adalah lebih dari 1 km (65,6%). Pencatatan dan pelaporan menggunakan sistem elektronik dan dilaporkan secara online. Kesimpulan penelitian adalah perlunya pengawas menelan obat untuk meningkatkan keberhasilan pengobatan diharapkan semua pasien tuberkulosis memiliki PMO.

Kata kunci: strategi pengawasan langsung pengobatan jangka pendek, angka penemuan kasus, angka keberhasilan pengobatan, evaluasi, tuberkulosis

ABSTRACT

The Directly Observed Treatment, Short-course (DOTS) Strategy is a tuberculosis control program. This study aims to evaluate the implementation of the DOTS program in Public Health Center (PHC) of Tanah Kalikedinding whose results are associated with the achievement of tuberculosis indicators. This study uses a descriptive design with a population that is all lung specialist doctors, tuberculosis officers, laboratory workers, and pulmonary tuberculosis patients. Sampling technique with purposive sampling. Data collection by interview questionnaire and checklist. The variables of this study are case finding, treatment, driving and inhibiting factors, recording and reporting, and outcomes based on tuberculosis indicators. The results showed the Case Detection Rate (CDR) at 2013 was 112% meeting the national target $\geq 70\%$. This success was due to the selection of up to 87.5% in suspected tuberculosis (cough > 2 weeks) and all patients were examined according to the diagnosis flow in the guidelines of the Ministry of Health of the Republic of Indonesia, while the Success Rate (SR) at 2013 was 65.5% under the target $\geq 85\%$. This is due to the fact that there are still patients who do not have a Drug Supervisor (PMO). The reinforcing factor is routine counseling by staff at the Public health center (PHC). The inhibiting factor is the distance to the PHC which most of the patients are more than 1 km (65.6%). Recording and reporting using an electronic system and reported online. The conclusion of the study is the need for drug swallowing supervision to improve the success of the treatment is expected that all tuberculosis patients have PMO.

Keywords: directly observed treatment short-course strategy, case detection rate, success rate, evaluation, tuberculosis

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) paru adalah infeksi paru yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Penderita TB dengan status BTA positif dapat menularkan sekurang-kurangnya kepada 10–15 orang setiap tahunnya. Sejak tahun 1993, WHO menyatakan bahwa TB merupakan kedaruratan global bagi kemanusiaan. Dengan berbagai kemajuan yang dicapai sejak tahun 2003, diperkirakan masih terdapat sekitar 9,5 juta kasus baru TB, dan sekitar 0,5 juta orang meninggal akibat TB di seluruh dunia (WHO, 2009).

Pada 1994 WHO meluncurkan strategi pengendalian TB untuk diimplementasikan secara internasional, disebut DOTS (*Direct Observed Treatment Short-course*). Strategi DOTS telah berhasil membantu tercapainya dua sasaran yang dideklarasikan *World Health Assembly* (WHA) pada tahun 1991, yaitu deteksi kasus baru BTA positif sebesar 70%, dan penyembuhan sebesar 85% dari kasus pada tahun 2000 (WHO, 2009). Sampai tahun 2009, keterlibatan dalam program Pengendalian TB dengan Strategi DOTS meliputi 98% Puskesmas, sementara rumah sakit umum, Balai Kesehatan Paru mencapai sekitar 50%. Penerapan program DOTS yang dititikberatkan pada puskesmas ternyata belum menuai hasil yang menggembirakan, karena baru menjangkau sebagian kasus TB yang ada. Indikator utama dalam strategi DOTS adalah angka penemuan kasus (CDR) dan angka keberhasilan pengobatan (SR).

Kawasan Asia Tenggara dengan 5 dari 22 negara dengan beban penyakit TB yang tertinggi di dunia. Indonesia sekarang berada pada ranking kelima negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Sedangkan, Provinsi Jawa Timur merupakan penyumbang jumlah penemuan penderita TB Paru terbanyak kedua di bawah Provinsi Jawa Barat (Kemenkes, 2011). Data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2012 menunjukkan kasus TB mencapai 41.404 kasus, sementara Jawa Barat mencapai 62.563 kasus.

Kota Surabaya memiliki kasus TB terbanyak di Provinsi Jawa Timur dengan angka penemuan kasus (CDR) antara 30–69% dengan jumlah kasus yaitu 3990 kasus, diikuti Kabupaten Jember dengan 3334 kasus. Kematian TB di Kota Surabaya diperkirakan mencapai 10.108 penderita BTA positif. Pencapaian suspek TB per 100.000 penduduk pada triwulan 1 adalah 99 (di bawah rata-rata suspek di Jawa Timur yakni 178) sedangkan pada triwulan 2 adalah 110 (di

bawah rata-rata suspek di Jawa Timur yakni 183). Proporsi BTA (+) triwulan 1 dan 2 sama 15% (diatas rata-rata Jawa Timur yaitu 9%). Proporsi TB anak yakni 3% (di bawah rata-rata di Jawa Timur yaitu 4%) (Dinkes Jatim, 2012).

Capaian angka penemuan kasus (CDR) pada Puskesmas Rujukan Mandiri (PRM) dan Puskesmas Pelaksanaan Mandiri (PPM) seluruh kota Surabaya menunjukkan Puskesmas Tanah Kalikedinding menduduki urutan tertinggi dan melebihi target nasional yaitu 93,65%. Namun belum mencapai target dalam capaian angka keberhasilan pengobatan (SR) dan menduduki urutan terendah pada Puskesmas Rujukan Mandiri (PRM) dan Puskesmas Pelaksanaan Mandiri (PPM) seluruh kota Surabaya yakni 76,60%. Dalam hal ini pengendalian TB dengan strategi DOTS dipandang berhasil. Tetapi laju penurunan prevalensi dan mortalitas TB belum cukup cepat untuk menjadi separoh pada tahun 2015 sesuai target *Millenium Development Goals* (MDGs) (Dye *et al.*, 2005 dan Depkes RI, 2010). Diperlukan kontinuitas dan perluasan implementasi strategi DOTS agar program itu dapat mencapai target dan bahkan meningkatkan target indikator keberhasilan program hingga tahun 2015. Pemantauan dan evaluasi merupakan salah satu fungsi manajemen yang vital untuk menilai keberhasilan pelaksanaan program penanggulangan TB. Pemantauan yang dilakukan secara berkala dan kontinu berguna untuk mendeteksi masalah secara dini dalam pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan, agar dapat dilakukan tindakan perbaikan segera. Dalam mengukur keberhasilan tersebut diperlukan indikator dan standar. Hasil evaluasi berguna untuk kepentingan perencanaan program dan perbaikan kebijakan program penanggulangan TB.

Penelitian ini bertujuan mengevaluasi strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) terhadap kasus TB paru di Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya tahun 2013 dengan tujuan khusus menggambarkan pelaksanaan strategi DOTS berdasarkan penemuan kasus meliputi penjarangan suspek, diagnosa pasien, petugas penjarangan suspek, ketepatan menentukan tipe pasien, alur diagnosa, dan pemeriksaan dahak, menggambarkan pelaksanaan strategi DOTS berdasarkan pengobatan meliputi PMO, jenis PMO, fungsi PMO, evaluasi PMO, ketepatan pengobatan, perubahan komposisi obat anti tuberkulosis kombinasi dosis tetap pada fase lanjutan, dan frekuensi pengambilan obat anti tuberkulosis, menggambarkan faktor pendorong meliputi penyuluhan dan media informasi dan

penghambat meliputi jarak dan alat transportasi, menggambarkan pencatatan dan pelaporan program DOTS, dan mengidentifikasi capaian Puskesmas Tanah Kalikedinding tahun 2013 berdasarkan indikator program tuberkulosis.

METODE

Rancang bangun penelitian menggunakan pendekatan deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah semua petugas kesehatan yang terdiri dari pemegang program TB Paru, dokter spesialis paru, petugas pelaksana pengobatan TB dan petugas laboratorium di puskesmas Tanah Kalikedinding sebanyak 8 orang serta semua pasien TB paru yang didiagnosis dan ditegakkan diagnosanya oleh petugas kesehatan melalui pemeriksaan dahak serta menjalani pengobatan di Puskesmas Tanah Kalikedinding pada bulan April 2014 sebanyak 32 orang. Sampel pada penelitian ini adalah semua responden petugas TB yaitu sebanyak 8 orang. Sedangkan pada responden pasien menggunakan sampel penelitian dengan metode *purposive sampling* sebanyak 32 responden. Penentuan sampel berdasarkan kriteria inklusi di Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya yaitu pasien TB paru yang menjalani pengobatan di ruang TB Puskesmas Tanah Kalikedinding bulan April 2014 dan umur minimal pasien 15 tahun. Lokasi penelitian di Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya. Waktu penelitian dimulai sejak bulan November 2013 sampai April 2014.

Variabel pada penelitian ini adalah penemuan kasus (penjaringan suspek, diagnosa pasien, petugas penjaringan suspek, alur diagnosa, alur pemeriksaan dahak), pengobatan (PMO, fungsi PMO, evaluasi PMO, perubahan komposisi OAT KDT pada fase lanjutan, dan frekuensi pengambilan OAT), faktor pendorong (penyuluhan dan media informasi) dan faktor penghambat (jarak dan alat transportasi), pencatatan dan pelaporan program DOTS, dan capaian puskesmas Tanah Kalikedinding tahun 2013 berdasarkan indikator program TB.

Pengumpulan data dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif. Pengumpulan data kuantitatif melalui formulir pelaporan TB, wawancara dengan kuesioner tertutup, dan *checklist*. Sedangkan pengumpulan data secara kualitatif dengan kuesioner gabungan tertutup dan terbuka. Wawancara dengan kuesioner diberikan kepada petugas pemegang program TB, sedangkan *checklist* diberikan pada petugas laboratorium untuk mengetahui proses pelaksanaan pemeriksaan

dahak di puskesmas dan kepada petugas terkait alur diagnosa TB serta pencatatan dan pelaporan. Selain itu, wawancara dengan kuesioner juga ditujukan kepada pasien TB. Kemudian hasil dari kuesioner pasien dibandingkan dengan data sekunder dan kuesioner serta *checklist* yang ditujukan pada petugas TB dan petugas laboratorium. Instrumen yang digunakan adalah *checklist* berdasarkan Pedoman Nasional Pengendalian TB dan lembar kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya dengan aplikasi komputer SPSS.

Analisis data dilakukan secara deskriptif yaitu menggambarkan suatu keadaan yang sebenarnya yang diteliti berdasarkan hasil yang telah didapatkan dan dibandingkan dengan capaian indikator program TB di puskesmas.

HASIL

Gambaran penemuan kasus di Puskesmas Tanah Kalikedinding dijelaskan pada tabel 1 sebagai berikut:

Tabel 1. Penemuan Kasus di Puskesmas Tanah Kalikedinding Menurut Pasien

Penemuan kasus	Frekuensi	Persentase
Penjaringan Suspek:		
Batuk berdahak > 2 minggu	28	87,5
Keluhan lainnya	4	12,5
Pemeriksaan Dahak		
Ya	28	87,5
Tidak	4	12,5
Alur diagnosa TB :		
Dilakukan sesuai pedoman alur diagnosa TB	32	100
Tidak dilakukan sesuai pedoman alur diagnosa TB	0	0

Gejala yang digunakan untuk penjaringan suspek saat pasien pertama kali datang ke puskesmas adalah hampir seluruhnya (87,5%) adalah batuk > 2 minggu kadang disertai darah dan 12,5% sisanya mengeluh radang tenggorokan, sesak nafas, batuk darah selama 3 hari dan demam disertai penurunan berat badan. Begitu juga dengan tanda klinis saat penjaringan suspek menurut responden petugas kesehatan, semua (100%) petugas menjawab batuk berdahak > 2 minggu.

Semua (100%) petugas puskesmas mengatakan selalu melakukan 3× pemeriksaan dahak yakni sewaktu datang, pagi dan sewaktu datang kembali sebagai diagnosa pasti TB. Begitu juga menurut sebagian besar (87,5%) pasien, mereka diperiksa

dahak saat pertama kali pengobatan di Puskesmas Tanah Kalikedinding. Sedangkan 4 pasien mengatakan tidak diperiksa dahak karena sudah diperiksa dahak dan atau *foto rontgen* di rumah sakit dan membawa bukti hasil pemeriksaan dahak dan atau *foto rontgen* saat pertama kali berobat di puskesmas.

Menurut pemegang program TB di Puskesmas Tanah Kalikedinding, semua (100%) pasien diperiksa dengan alur diagnosis sesuai dengan pedoman pengendalian TB dari Depkes RI kecuali pemeriksaan rontgen, dikarenakan tidak tersedia alat rontgen dan teknisinya.

Menurut petugas laboratorium semua (100%) pasien diperiksa dahaknya mengikuti alur pemeriksaan dahak mikroskopis dilakukan sesuai pedoman pengendalian TB Depkes RI.

Sebagian besar (57,1%) petugas TB pernah mengikuti pelatihan TB DOTS sesuai standart WHO, sedangkan petugas kesehatan yang belum pernah mendapat pelatihan TB DOTS dikarenakan belum mendapat giliran mengikuti pelatihan.

Semua (100%) petugas menjawab dengan tepat dalam menentukan tipe pasien yang pertama kali melakukan pengobatan yakni tipe kasus baru, namun semua (100%) tidak tepat dalam menjawab pertanyaan kedua yang juga merupakan tipe kasus baru. Untuk pertanyaan ketiga yaitu tipe pasien pengobatan lengkap, sebagian besar (71,4%) menjawab dengan tepat untuk menentukan tipe pasien pengobatan lengkap.

Gambaran pengobatan di Puskesmas Tanah Kalikedinding sebagai berikut:

Tabel 2. PMO Pasien TB di Puskesmas Tanah Kalikedinding Menurut Pasien

Pengobatan	Frekuensi	Persentase
PMO:		
Ada	25	78,1
Tidak ada	7	21,9
Perubahan Komposisi Obat Anti Tuberkulosis Kombinasi Dosis Tetap pada Fase Lanjutan:		
Ya	24	91,7
Tidak	7	8,3

Sebagian besar (78,1%) pasien di Puskesmas Tanah Kalikedinding memiliki PMO. Namun 7 pasien diantaranya tidak memiliki PMO, dengan alasan memiliki motivasi tinggi untuk sembuh sehingga merasa tidak memerlukan PMO dan

berobat rutin tanpa diingatkan atau dimotivasi PMO, hanya tinggal dengan istri dan istri sudah tua sehingga lebih pelupa, sudah mengetahui aturan pakai obat, tinggal sendiri di rumah, dan penyakit dirahasiakan.

Hasil penelitian menunjukkan semua PMO pada pasien TB di Puskesmas Tanah Kalikedinding berasal dari keluarga dan sebagian besar (60%) adalah suami atau istri.

Hasil penelitian menunjukkan dari 25 responden pasien yang memiliki PMO, sebagian besar (76%) responden pasien mengatakan adanya fungsi PMO dalam mengingatkan dan atau mendampingi PMO saat minum obat dan sisanya (24%) tidak ada.

Menurut hampir seluruhnya (84%) pasien mengatakan ada evaluasi pada PMO dalam keteraturan menelan obat pada pasien dengan ada bukti secara tertulis dan sisanya mengatakan tidak dievaluasi dengan bukti tertulis oleh petugas. Begitu juga dengan jawaban semua (100%) petugas kesehatan. Mereka menjawab pelaksanaan PMO dievaluasi dalam hal keteraturan menelan obat pada penderita dengan ada bukti secara tertulis.

Hampir seluruhnya (85,7%) petugas menjawab dengan tepat pada pertanyaan jenis obat untuk pasien baru TB fase intensif, begitu juga dengan pertanyaan kedua dan ketiga yaitu frekuensi menelan obat anti tuberkulosis pada fase intensif dan fase lanjutan selama 1 minggu. Semua (100%) petugas menjawab dengan tepat untuk pertanyaan keempat yaitu kapan dilakukan pemeriksaan dahak ulang untuk memantau hasil pengobatan.

Hasil penelitian menunjukkan 24 responden pasien merupakan pasien TB fase lanjutan dan 8 lainnya merupakan pasien TB fase intensif.

Hampir semua (91,7%) dari pasien TB fase lanjutan mendapat obat anti tuberkulosis komposisi baru. Sedangkan 8,3% masih meneruskan Obat Anti Tuberkulosis Kombinasi Dosis Tetap fase intensif karena belum periksa dahak dan masuk fase sisipan karena hasil pemeriksaan dahak masih positif. Selain itu, semua (100%) responden pasien mengatakan pernah lupa tidak menelan obat anti tuberkulosis.

Frekuensi pengambilan obat di Puskesmas Tanah Kalikedinding sebagian besar (75%) 2×/bulan. Pada fase intensif frekuensi pengambilan obat di Puskesmas Tanah Kalikedinding 1x/minggu dan fase lanjutan menjadi 2×/bulan.

Gambaran faktor pendorong di Puskesmas Tanah Kalikedinding sebagai berikut:

Tabel 3. Faktor Pendorong di Puskesmas Tanah Kalikedinding Menurut Pasien

Faktor pendorong	Frekuensi	Persentase
Jarak:		
≤1 km	11	34,4
>1 km	21	65,6
Alat Transportasi:		
Jalan kaki	5	15,6
Kendaraan pribadi	26	81,3
Kendaraan umum	1	3,1

Semua (100%) responden petugas kesehatan mengatakan rutin dilakukan penyuluhan kesehatan tentang TB di Puskesmas Tanah Kalikedinding dengan frekuensi > 4× dalam 1 tahun. Sebagian besar (68,8%) pasien saat berkunjung ke Puskesmas Tanah Kalikedinding belum pernah mendapat penyuluhan tentang TB selain dari petugas saat di ruang TB. Pasien yang mengatakan mendapat penyuluhan tentang TB selain di ruang TB yaitu dari mahasiswa.

Hampir seluruh (84,4%) responden pasien pertama kali mendapat informasi tentang TB dari petugas kesehatan saat memeriksakan kesehatannya di fasilitas pelayanan kesehatan.

Gambaran faktor penghambat di Puskesmas Tanah Kalikedinding sebagai berikut:

Tabel 4. Faktor Penghambat di Puskesmas Tanah Kalikedinding Menurut Pasien

Faktor penghambat	Frekuensi	Persentase
Penyuluhan TB:		
Ya	10	31,3
Tidak	22	68,8
Media Informasi:		
Petugas kesehatan	27	84,4
Televisi, radio dan koran	1	3,1
Keluarga	2	6,3
Tetangga	2	6,3

Jarak rumah ke Puskesmas Tanah Kalikedinding pada sebagian besar (65,6%) pasien adalah > 1 km dan alat transportasi yang digunakan oleh hampir semua (81,3%) responden pasien adalah kendaraan pribadi yang terdiri dari sepeda motor 21 responden dan sepeda 5 responden. Sedangkan kendaraan umum yang digunakan adalah becak.

Tabel 5. Pencatatan dan Pelaporan berdasarkan Kartu Register TB di Puskesmas Tanah Kalikedinding

Kartu Register	Ada	Kelengkapan	Keterangan
TB 01	√	√	Ada TB 01 dari 32 responden pasien dan semua kolom diisi sesuai pedoman
TB 02	√	√	Ada TB 02 dari 32 responden pasien dan semua kolom diisi sesuai pedoman
TB 03	√	√	Terdapat pada TB elektrik
TB 04	√	√	Semua kolom diisi sesuai pedoman
TB 05	√	√	Digunakan hanya untuk pemeriksaan dahak follow up
TB 06	√	√	Semua kolom diisi sesuai pedoman
TB 07	√	√	Terdapat pada TB elektrik
TB 08	√	√	Terdapat pada TB elektrik
TB 09	√		Hanya ada form TB 09, sedangkan yang sudah terisi dikirim ke rumah sakit yang bersangkutan
TB 10	-		Tidak ada balasan dari tempat pindahan/ rujukan pada akhir pengobatan pasien
TB 11	√	√	Terdapat pada TB elektrik

Gambaran sistem pencatatan dan pelaporan TB yaitu berdasarkan keberadaan dan kelengkapan kartu register TB01 hingga TB12. Pada kartu TB01 hingga TB08 serta TB11 ada dan lengkap. Namun TB09 ada namun tidak ada bukti kelengkapannya dan TB10 tidak ada karena belum pernah mendapat balasan dari tempat rujukan mengenai hasil akhir pengobatan pasien.

Capaian pada sebagian besar indikator TB di Puskesmas Tanah Kalikedinding telah mencapai target nasional. Namun pada *success rate* yang merupakan salah satu indikator utama strategi DOTS masih belum mencapai target nasional.

Tabel 6. Capaian Puskesmas Tanah Kalikedinding tahun 2013 Dibandingkan Target Nasional

Indikator	Target nasional	Capaian	Hasil
Angka Penjarangan suspek	-	788	
Proporsi BTA (+) diantara suspek	5–15%	15,3%	Tidak tercapai
Proporsi BTA (+) diantara semua pasien TB Paru	> 65%	75,5%	Tercapai
Proporsi pasien TB Anak	< 15%	0%	Tercapai
Angka Penemuan Kasus/ <i>Case Detection Rate (CDR)</i>	> 70%	112,4%	Tercapai
Angka konversi	≥ 80%	62,1%	Tidak tercapai
Angka kesembuhan / <i>Cure Rate</i>	≥ 85%	39,7%	Tidak tercapai
Angka keberhasilan pengobatan / <i>SUCCESS Rate (SR)</i>	> 85%	65,5%	Tidak tercapai
Angka kesalahan laboratorium/ <i>error rate</i>	< 5%	0%	Tercapai

PEMBAHASAN

Penemuan kasus

Pelayanan TB pemegang program dibantu oleh perawat poli umum, sehingga bila pemegang program sedang berhalangan pelayanan pengobatan TB dilakukan oleh perawat dari poli umum. Penjarangan suspek atau dengan kata lain pasien yang datang ke puskesmas, semua responden petugas dan hampir seluruh pasien di Puskesmas Tanah Kalikedinding menjawab suspek pasien dengan gejala klinis TB yaitu batuk selama ≥ 2 minggu atau batuk darah. Sedangkan sisanya yang merupakan 3 pasien rujukan dari rumah sakit dengan keluhan utama radang tenggorokan, sesak nafas, dan demam disertai penurunan berat badan.

Tahap awal penemuan suspek dilakukan dengan menjangkau mereka yang memiliki gejala utama pasien TB paru yaitu batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan (Depkes RI, 2011). Sesuai

dengan penelitian terdahulu dari Jurcev-Savicevic *et al* (2013), gejala yang paling sering dilaporkan oleh pasien di Kroasia adalah batuk, kelelahan dan penurunan berat badan.

Pasien diminta oleh petugas untuk melakukan pemeriksaan dahak SPS (sewaktu datang-pagi-sewaktu datang) sebagai diagnosa pasti TB, sesuai dengan jawaban semua responden petugas dan pasien yang mengatakan dilakukan 3x pemeriksaan dahak yakni sewaktu datang, pagi dan sewaktu datang kembali sebagai pemeriksaan awal suspek di Puskesmas Tanah Kalikedinding.

Sebagian besar petugas pernah mengikuti pelatihan TB DOTS sesuai standart WHO. Dokter maupun perawat yang bertugas di fasilitas pelayanan kesehatan merupakan ujung tombak penemuan tersangka TB, karena setiap hari berhadapan dengan pasien. Dengan bekal pelatihan yang cukup akan sangat membantu meningkatkan penemuan pasien TB. Pelatihan bisa meningkatkan kualitas tenaga kesehatan dalam hal pengetahuan, sikap dan keterampilan.

Sesuai dengan hasil penelitian Arisandi (2011), bahwa terdapat hubungan antara pelatihan petugas TB dengan kualitas pelayanan TB dengan koefisien korelasi (ρ_s) sebesar 0,50 yang berarti kuat hubungannya cukup. Begitu juga dengan hasil penelitian Suharjana (2005), bahwa kurangnya pelatihan petugas paramedis berpengaruh pada rendahnya hasil kegiatan penemuan penderita TB. Berbeda dengan hasil penelitian Syafe'i (2006), menunjukkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara pelatihan dengan dengan semua variabel kinerja petugas, termasuk pelatihan.

Menurut Notoatmodjo (2005), pelatihan merupakan cara untuk membekali seseorang yang mempunyai pendidikan formal sesuai dengan tugasnya, sehingga dapat meningkatkan kualitas pekerjaannya dengan harapan agar seseorang lebih mudah melaksanakan tugasnya. Pelatihan juga merupakan suatu proses pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan atau keterampilan khusus seseorang atau kelompok orang agar kinerjanya meningkat. Tetapi manakala petugas TB belum menunjukkan kualitas yang lebih baik, dimungkinkan karena adanya beban tugas tambahan yang diberikan oleh atasannya.

Kompetensi dokter spesialis dan perawat dapat dilihat berdasarkan ketepatan petugas dalam menentukan tipe pasien. Dokter spesialis dan semua perawat menjawab salah pada pertanyaan kedua yang juga merupakan tipe kasus baru. Menurut mereka

klasifikasi untuk pasien yang berobat kembali setelah pernah berobat selama 3 minggu merupakan tipe pasien putus berobat (*default*). Pasien baru adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan atau empat minggu (Depkes RI, 2011). Sehingga petugas masih kurang kompeten dalam menentukan tipe pasien. Kompetensi dalam menentukan tipe pasien penting sebagai penentu katagori obat anti tuberkulosis.

Menurut Kemenkes RI (2011) dalam buku Strategi Nasional Pengendalian TB di Indonesia, bahwa tujuan yang ingin dicapai yaitu kapasitas manajerial dan teknis dalam tata kelola dan pengendalian TB yang efektif diperkuat dengan mutu pelayanan TB di fasyankes dalam jumlah yang memadai. Tenaga kesehatan setiap jenjang dan sistem kesehatan yang harus memiliki kompetensi guna mendukung keberhasilan implementasi dan kesinambungan strategi pengendalian TB nasional. Pelaksanaannya berdasar uraian tugas dan didukung dengan sistem yang memotivasi untuk menggunakan kompetensi mereka dalam penyelenggaraan pelayanan preventif dan kuratif berkualitas bagi seluruh populasi berdasar kebutuhan. Hasil penelitian berbeda dari Arisandi (2011), menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara kompetensi dengan kualitas pelayanan tuberkulosis.

Semua alur diagnosis tuberkulosis dilakukan sesuai dengan pedoman pengendalian TB dari Depkes RI. Jika dibandingkan dengan hasil capaian Proporsi BTA (+) di antara semua pasien TB Paru di puskesmas Tanah Kalikedinding hasilnya sesuai yaitu 75,5% dapat memenuhi target yang diharapkan yaitu >65%. Namun, proporsi BTA (+) di antara suspek di puskesmas Tanah Kalikedinding 15,3% targetnya 5–15%.

Departemen Kesehatan RI (2011) dalam bukunya Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis apabila hasilnya lebih dari 15% artinya penjarangan yang dilakukan terlalu ketat atau ada masalah pada pemeriksaan laboratorium (positif palsu), dalam hal ini angka kesalahan laboratorium (*error rate*) puskesmas adalah 0% dan petugas laboratorium mengatakan semua pasien telah diperiksa dahak sesuai pedoman pengendalian TB Depkes RI. Sehingga dapat disimpulkan capaian yang melebihi target dikarenakan penjarangan terlalu ketat, sehingga banyak pasien TB yang tidak terdeteksi di wilayah kerja puskesmas Tanah Kalikedinding. Sabri (2011), mengemukakan bahwa dengan memberikan pelatihan untuk meningkatkan

pengetahuan kepada kelompok kemitraan dapat berpartisipasi untuk meningkatkan cakupan penjarangan suspek.

Meskipun demikian, capaian Angka Penemuan Kasus/*Case Detection Rate (CDR)* di puskesmas Tanah Kalikedinding 112,4% sudah memenuhi target minimal yaitu $\geq 70\%$. CDR mencapai yang ditargetkan menandakan dengan penjarangan suspek secara efektif dapat meminimalisir penyebaran penyakit tuberkulosis di wilayah kerja puskesmas Tanah Kalikedinding.

Angka penemuan kasus yang juga merupakan salah satu indikator utama untuk menilai kemajuan atau keberhasilan pengendalian tuberkulosis (Depkes RI, 2011). Metode penemuan pasien TB yaitu penjarangan suspek dilakukan secara pasif dengan promosi aktif (Depkes RI, 2011). Hal ini dikarenakan pengobatan TB yang cukup lama yakni 6 bulan, harus didasari kesadaran kedua belah pihak yaitu kesadaran pasien TB untuk berobat rutin dan fokus petugas kesehatan dalam pelaksanaan pengobatan, juga komunikasi kedua belah pihak yang terus terjalin dengan baik selama pengobatan.

Pelaksanaan Pengobatan

Sebagian besar pasien di Puskesmas Tanah Kalikedinding memiliki PMO. Di mana semua PMO berasal dari keluarga pasien dan sebagian besar adalah suami atau istri pasien. Namun adanya beberapa pasien yang tidak memiliki PMO dengan alasan memiliki motivasi tinggi untuk sembuh sehingga merasa tidak memerlukan PMO dan berobat rutin tanpa diingatkan atau dimotivasi PMO serta sudah mengetahui aturan pakai obat.

Pengobatan pasien tuberkulosis dengan sistem DOTS, salah satu yang dianjurkan adalah adanya PMO untuk mengingatkan pasien dalam keteraturan menjalani pengobatan tuberkulosis yang membutuhkan waktu lama (Depkes RI, 2011). Ada hubungan yang sangat bermakna antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pasien TB ($r = 0,675$; $p < 0,01$). Arah korelasi positif menunjukkan bahwa semakin besar dukungan sosial maka kualitas hidupnya akan semakin meningkat. Dukungan sosial yang kuat pada pasien terutama dari pihak keluarga sangat membantu proses penyembuhan penyakit TB paru, misalnya terkait dengan kepatuhan menelan obat yang berlangsung selama 6 bulan. Pengaruh tidak langsung dukungan sosial adalah menurunkan stres yang dihadapi pasien yang selanjutnya mempengaruhi kesehatan jiwa seseorang (Ratnasari, 2012). Hasil temuan Rintiswati *et al* (2009), bahwa

pasien tidak merasa tersingkir dalam lingkungan keluarga atau masyarakat karena baik pasangan, kerabat dan teman-teman mendukung atau tidak menunjukkan perubahan perilaku ketika diketahui pasien menderita TB.

Sebagian besar responden mengatakan PMO melaksanakan fungsinya yaitu selalu mengingatkan dan atau mendampingi saat menelan obat. Selain itu, berdasarkan pengamatan peneliti, sebagian besar responden mengambil sendiri obat di puskesmas, responden yang mengambil obat anti tuberkulosis ditemani PMO dikarenakan pasien berusia lanjut dan tidak mampu mengendarai kendaraan pribadi (sepeda motor). Sedangkan responden yang pengambilan obat anti tuberkulosis di puskesmas dilakukan oleh PMO dikarenakan pasien bekerja, pasien berusia lanjut, dan sakit.

Fungsi PMO mengawasi secara langsung menelan obat, mengingatkan jadwal menelan obat dan jadwal berobat ke fasyankes dan memberi motivasi ke pasien. Namun bukan berarti PMO sebagai pengganti kewajiban pasien mengambil obat di fasyankes. Karena sedapat mungkin pasien datang sendiri ke fasyankes sebagai tolak ukur kepatuhan pasien dan mengetahui perkembangan kondisi pasien. Fungsi penting PMO yakni dalam mengingatkan dan memotivasi pasien untuk menelan obat anti tuberkulosis sesuai jadwal meskipun kondisinya sudah merasa sehat. Pada pengobatan tuberkulosis sangat diperlukan kesadaran pasien bahwa fase pengobatan yang dijalani merupakan fase yang berkaitan antara satu dengan yang lain. Dengan kata lain jika kepatuhan pengobatan fase intensif tidak diikuti dengan kepatuhan fase lanjutan akan mengakibatkan pasien mengalami kegagalan pengobatan.

Komunikasi antar petugas kesehatan dan pasien TB terjalin dengan baik dari awal pengobatan di puskesmas, terbukti selalu ada persetujuan dalam pemilihan PMO dari pasien dan petugas kesehatan. Semua petugas kesehatan menjawab pelaksanaan PMO dievaluasi dalam hal keteraturan menelan obat pada penderita dengan ada bukti secara tertulis. Sesuai dengan jawaban pasien, hampir seluruhnya mengatakan ada evaluasi pada PMO dalam keteraturan menelan obat pada pasien dengan ada bukti secara tertulis.

Hampir seluruh petugas menjawab benar pada pertanyaan macam obat untuk pasien TB, frekuensi menelan Obat Anti Tuberkulosis, dan kapan dilakukan pemeriksaan dahak ulang untuk memantau hasil pengobatan. Sehingga dapat

disimpulkan pengetahuan petugas baik dalam tahap pengobatan. Terbukti dari semua jawaban responden pasien mengatakan pasien diminta untuk melakukan pemeriksaan dahak kembali setelah 2 bulan pengobatan.

Hampir semua dari pasien TB fase lanjutan mendapat obat baru yang terdiri dari Rifampicin dan Isoniazid. Jenis obat yang diterima pasien berupa 1 paket obat anti tuberkulosis kombinasi dosis tetap (OAT-KDT). 1 Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 2 jenis obat (Isoniasid dan Rifampisin) untuk fase lanjutan atau 4 jenis obat (Isoniasid, Rifampisin, Pirazinamid dan Ethambutol) untuk fase intensif dalam satu tablet. Sedangkan 2 pasien masih meneruskan OAT KDT fase intensif karena belum periksa dahak dan hasil pemeriksaan dahak masih positif. Adanya pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya masih positif dapat disebabkan karena pasien sudah merasa batuknya sembuh, sehingga tidak teratur menelan obat atau berhenti menelan obat. Jika dibandingkan dengan angka konversi di puskesmas Tanah Kalikedinding hasilnya sesuai yakni 62,1% belum mencapai target yaitu $\geq 80\%$. Hal ini dapat disebabkan karena kurangnya kepatuhan dan kesadaran pasien dalam minum obat anti tuberkulosis secara teratur pada fase intensif. Terbukti dari hasil penelitian menunjukkan, jawaban semua responden pasien mengatakan pernah lupa tidak menelan obat anti tuberkulosis.

Sesuai dengan penelitian Hasanah (2013), dengan nilai $p = 0,013$ yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kepatuhan minum obat dengan terjadinya kegagalan konversi sebesar 5,182 kali dibanding kelompok yang patuh minum obat. Keteraturan menelan obat diukur dari kesesuaian dengan aturan yang ditetapkan yaitu pengobatan lengkap sampai selesai dalam jangka waktu 6 bulan. Obat anti tuberkulosis harus ditelan teratur sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan oleh petugas kesehatan terutama pada fase awal pengobatan untuk menghindari terjadinya kegagalan (Depkes RI, 2009).

Pada fase intensif frekuensi pengambilan obat di puskesmas Tanah Kalikedinding 1×/minggu dan fase lanjutan menjadi 2×/bulan. Pada saat telah memasuki fase lanjutan frekuensi pengambilan obat menjadi 2×/bulan dan pasien mengonsumsi obat anti tuberkulosis 3×/minggu, tidak setiap hari seperti fase intensif, sehingga menyebabkan lupa atau malas menelan obat. Jika dibandingkan dengan indikator angka kesembuhan / *Cure Rate* di puskesmas Tanah Kalikedinding adalah 39,7% belum memenuhi target

yaitu $\geq 85\%$. Begitu juga dengan angka keberhasilan pengobatan / *Success Rate* (SR) di puskesmas Tanah Kalikedinding adalah 65,5% belum memenuhi target yaitu $\geq 85\%$.

Angka kesembuhan berguna untuk mengetahui efektivitas obat anti tuberkulosis standar DOTS ketika diberikan kepada pasien TB di suatu komunitas. Angka kesembuhan yang rendah merupakan indikator awal kemungkinan kekebalan/resistensi bakteri tuberkulosis terhadap OAT standar, sehingga perlu dilakukan surveilans kekebalan/resistensi. Angka keberhasilan pengobatan ini juga merupakan salah satu indikator utama untuk menilai kemajuan atau keberhasilan pengendalian tuberkulosis (Depkes RI, 2011). Apabila capaian *success rate* memenuhi target artinya di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut lebih dapat meminimalisir resistensi terhadap obat anti tuberkulosis secara efektif. Rendahnya angka keberhasilan pengobatan dapat dikarenakan kurangnya kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan, dan pasien kurang teratur dalam menelan obat. Menurut Sagbakken (2008), kepatuhan terhadap pengobatan TB adalah suatu pertimbangan penting dalam program pengendalian TB karena pengobatan yang tidak lengkap dapat menyebabkan infeksi berkepanjangan, resistensi obat, kambuh, dan kematian.

Responden dalam penelitian ini sebagian besar merupakan pasien pada fase lanjutan, yang terdiri dari 20 pasien fase intensif langsung menjadi fase lanjutan dan 4 pasien pernah mengalami fase sisipan lalu fase lanjutan. Pada fase lanjutan gejala penyakit yang timbul sudah tidak terlalu dirasakan oleh pasien, sehingga respons penderita terhadap pelaksanaan pengobatan akan menurun pula karena pasien sudah merasakan kesembuhan seperti yang diharapkan meskipun sebenarnya belum. Hal ini yang menjadi faktor signifikan terhadap kepatuhan penderita dalam menjalankan pengobatan. Pada fase awal, keyakinan penderita untuk mampu patuh menjalani pengobatan akan tinggi disebabkan keinginan untuk sembuh masih tinggi, tetapi ketika sudah memasuki fase lanjutan dan gejala berkurang maka pasien sudah tidak ada ancaman terhadap kesehatannya. Selain itu keaktifan petugas kesehatan juga mempengaruhi angka keberhasilan pengobatan. Berdasarkan hasil pengamatan peneliti saat penelitian berlangsung, pemegang program TB tidak hanya memegang program TB, tapi juga beberapa program lain di puskesmas.

Beban kerja yang tinggi dari petugas TB memengaruhi fokus petugas dan merupakan

salah satu penyebab belum tercapainya target keberhasilan pengobatan TB. Beban kerja berlebihan dapat menimbulkan kelelahan dan hal ini akan mempengaruhi produktivitas kerja. Sesuai dengan hasil penelitian Arisandi (2011), di mana petugas pelayanan TB dengan *success rate* mempunyai hubungan dengan koefisien korelasi (ρ_s) 0,795 yang berarti berhubungan kuat. Hal ini dikarenakan petugas pelayanan TB selalu lebih aktif dalam memantau perkembangan pengobatan TB, terutama petugas TB yang melakukan pelacakan ke tempat tinggalnya bagi pasien yang tidak datang mengambil obat. Namun berbeda dengan hasil penelitian Ratu (2009), pada puskesmas di Kabupaten Flores Timur petugas yang memiliki beban kerja tinggi maupun rendah tidak dapat mencapai target penemuan BTA (+). Sehingga tidak ada hubungan antara beban kerja petugas TB dengan capaian target penemuan BTA (+). Berdasarkan hasil penelitian Amo-Adjei dan Awusabo-Asare (2013), keberhasilan pengobatan selain karena kepatuhan pasien dalam berobat juga petugas TB yang dengan meningkatnya keberhasilan pengobatan menjadikan petugas lebih berkomitmen pada program TB.

Faktor pendorong dan faktor penghambat

Semua responden petugas kesehatan mengatakan rutin dilakukan penyuluhan kesehatan tentang TB di Puskesmas Tanah Kalikedinding. Begitu juga menurut responden pasien saat berkunjung ke Puskesmas Tanah Kalikedinding mengatakan mendapat penyuluhan tentang TB dari perawat atau dokter spesialis paru saat di ruang TB dan beberapa pasien mengatakan mendapat penyuluhan tentang TB selain dari petugas juga dari mahasiswa yang dilakukan di puskesmas Tanah Kalikedinding. Media informasi yang pertama kali pada hampir seluruh responden pasien mengenai TB didapat dari petugas kesehatan saat memeriksakan kesehatannya di fasilitas pelayanan kesehatan.

Keteraturan pengobatan dapat dipengaruhi oleh edukasi yang dilakukan petugas kesehatan dan dokter, serta peningkatan komunikasi pada saat pasien berobat. Petugas kesehatan juga diharapkan menghubungi pasien untuk mengontrol keteraturan berobat. Sesuai dengan hasil penelitian Muarif (2010), bahwa ada hubungan antara informasi yang didapat pasien dengan kesembuhan pengobatan TB Paru dan mempunyai risiko sembuh sebesar 0,70 kali dibanding tidak mendapat informasi tentang TB. Selain itu informasi tentang TB kepada pasien dapat mengubah mitos tentang TB di

masyarakat yaitu “TB adalah penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan memalukan” menjadi “TB adalah suatu penyakit yang berbahaya tapi bisa disembuhkan”. Begitu juga dengan hasil penelitian Ariyanto (2010), bahwa tingkat pengetahuan rendah merupakan faktor risiko keterlambatan penemuan kasus TB. Sehingga pola penyuluhan lebih berkonsentrasi pada pasien dan keluarganya, di mana kelompok risiko tinggi TB adalah keluarga pasien. Karena berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan WHO (2006), menyatakan bahwa pasien dengan pengetahuan rendah lebih besar peluangnya untuk terlambat di diagnosa.

Penyuluhan merupakan langkah petugas kesehatan untuk memberikan pemahaman dan pengetahuan tentang penyakit tuberkulosis paru pada pasien. Dengan memiliki pengetahuan yang baik, pasien cenderung teratur menjalani pengobatan. Pendidikan kesehatan adalah suatu usaha untuk membantu individu, keluarga dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuannya untuk mencapai kesehatan secara optimal. Pendidikan kesehatan adalah upaya menterjemahkan sesuatu yang telah diketahui tentang kesehatan kedalam perilaku yang diinginkan dari perseorangan ataupun masyarakat melalui proses pendidikan. Tidak semua penderita tuberkulosis paru mengetahui akan penyakit tuberkulosis secara benar dan pengobatan secara benar. Untuk itulah peran petugas kesehatan sangat diperlukan agar penderita tuberkulosis dapat memahami dan sekaligus dapat menjalani proses penyembuhan penyakit tuberkulosis dengan benar (Notoatmodjo, 2002).

Sebagian besar jarak rumah pasien ke Puskesmas Tanah Kalikedinding lebih dari 1 km. Alat transportasi yang digunakan oleh hampir semua responden pasien adalah kendaraan pribadi. Sedangkan kendaraan umum yang digunakan adalah becak. Sehingga dibutuhkan kendaraan dan biaya untuk berobat ke puskesmas.

Sesuai dengan hasil penelitian Munir (2010), di Rumah Sakit Persahabatan yang menunjukkan bahwa persentase keteraturan pasien untuk datang berobat mencapai 78,9%. Kenyataan ini mungkin disebabkan karena letak Rumah Sakit Persahabatan berada pada tengah kota dan dapat diakses dengan mudah oleh angkutan umum dan kendaraan pribadi. Hasil penelitian Ariyanto (2010), yang menyatakan bahwa sisa penghasilan rumah tangga yang rendah dan lokasi tempat tinggal yang jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan menghambat pasien TB untuk segera memeriksakan kesehatannya dan

mempengaruhi keteraturan berobat karena harus ada biaya yang dikeluarkan untuk transportasi. Karena beban biaya transportasi ini tidak hanya pada pra pengobatan, namun akan tetap melekat pada pasien hingga pengobatan selesai.

Pencatatan dan Pelaporan

Lengkapya pencatatan dan pelaporan di Puskesmas Tanah Kalikedinding didukung oleh sistem pelaporan tuberkulosis yang memakai sistem elektronik dan dilaporkan secara online bernama SITT (Sistem Informasi Terpadu Tuberkulosis), sehingga dapat meminimalisir terjadinya laporan hilang, pencatatan ganda serta lebih efisien & efektif sehingga lebih cepat pula mendapat *feedback* dari dinas kesehatan. Pencatatan dan pelaporan yang lengkap dan baik tentunya akan berhubungan dengan kualitas petugas TB yang baik.

Pengendalian TB di Indonesia Depkes RI telah menetapkan suatu metode melalui Pedoman Pelaksanaan dan Prosedur Tetap Surveilans TB yaitu pengelolaan data tuberkulosis dengan sistem elektronik dan jalur *online* dengan aplikasi *software* yang sudah diberikan oleh Program Pengendalian TB Nasional melalui Dinas Kesehatan Provinsi kepada fasilitas pelayanan kesehatan di wilayahnya. Keuntungan pemrosesan data dengan menggunakan program tersebut selain hanya membutuhkan waktu yang relatif singkat juga menjamin data memiliki sifat reliabilitas dan availabilitas yang tinggi.

Sesuai dengan hasil penelitian Arisandi (2005), bahwa peralatan non OAT (formulir pencatatan seperti TB 01, TB 02 dan sebagainya) berhubungan dengan kualitas petugas TB dengan koefisien korelasi (ρ_s) sebesar 0,522 yang artinya mempunyai kuat hubungan yang cukup. Begitu juga dengan hasil penelitian Hutahaean (2009), berdasarkan salah satu atribut surveilans yaitu stabilitas, data pasien TB yang dilaporkan di BP4 Surabaya memiliki stabilitas yang tinggi karena pelaporannya menggunakan komputer dan aplikasi *software* yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Provinsi, sehingga data memiliki sifat reabilitas dan availabilitas yang tinggi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Proses penemuan kasus di Puskesmas Tanah Kalikedinding yang efektif didukung oleh penjangkaran suspek yang sesuai gejala utama TB oleh petugas yang telah mengikuti pelatihan sesuai

standart WHO, dan pasien didiagnosis sesuai alur diagnosa TB Depkes RI. Sesuai dengan capaian indikator utama TB yaitu angka penemuan kasus (CDR) 112,4% sudah memenuhi target minimal yaitu $\geq 70\%$. CDR mencapai target menandakan dengan penemuan kasus efektif dapat meminimalisir penyebaran penyakit tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Tanah Kalikedinding.

Pelaksanaan pengobatan di Puskesmas Tanah Kalikedinding kurang efektif dikarenakan masih ada pasien yang tidak memiliki PMO, kurangnya kepatuhan dan kesadaran pasien dalam minum OAT secara teratur, perubahan jadwal kunjungan pada fase lanjutan menjadi 2x/bulan dan konsumsi obat anti tuberkulosis pada fase lanjutan yang tidak setiap hari seperti fase intensif menyebabkan pasien lupa menelan obat. Selain itu petugas kesehatan kurang fokus, karena pemegang program TB juga beberapa program lain di puskesmas. Sesuai dengan angka keberhasilan pengobatan/*Success Rate* (SR) adalah 65,5% belum memenuhi target yaitu $\geq 85\%$ yang juga merupakan indikator utama TB.

Faktor pendorong berupa penyuluhan dilakukan oleh petugas secara rutin saat pasien berobat di puskesmas dan media informasi yang pertama kali didapat oleh hampir seluruh (84,4%) responden pasien adalah dari petugas kesehatan. Sedangkan faktor penghambat yaitu jarak rumah ke Puskesmas Tanah Kalikedinding pada sebagian besar (65,6%) pasien adalah > 1 km dan alat transportasi yang digunakan oleh hampir semua (81,3%) responden pasien adalah kendaraan pribadi. Sehingga dibutuhkan kendaraan dan biaya untuk menuju ke puskesmas. Karena beban biaya transportasi tidak hanya pada pra pengobatan, namun akan tetap melekat pada pasien hingga pengobatan selesai.

Pencatatan dan pelaporan di puskesmas Tanah Kalikedinding cukup lengkap karena telah menggunakan sistem pelaporan tuberkulosis dengan sistem elektronik dan dilaporkan secara online bernama SITT (Sistem Informasi Terpadu Tuberkulosis).

Saran

Pasien diharapkan lebih aktif mencari informasi TB melalui membaca berita atau buku mengenai TB dan bertanya pada petugas kesehatan, karena pemahaman tentang pengobatan TB efektif meningkatkan kepatuhan pasien dalam berobat. Juga petugas TB mewajibkan setiap pasien memiliki PMO untuk mengawasi secara langsung menelan

obat, mengingatkan jadwal menelan obat dan jadwal berobat ke fasyankes serta memberi motivasi ke pasien. Selain itu, evaluasi tidak hanya pada PMO, tapi juga pada pasien ketika berobat dengan membawa bukti *grenjeng* obat yang sudah diminum beserta sisa obat sehingga dapat mengetahui OAT diminum secara teratur atau tidak.

Diharapkan lebih meningkatkan komunikasi antar petugas dan pasien pada fase lanjutan, karena merupakan risiko putus berobat semakin tinggi di fase lanjutan sehingga dapat meningkatkan angka kesembuhan dan angka keberhasilan pengobatan.

Diharapkan juga petugas menjadwalkan 1 hari dalam 1 minggu untuk pengobatan TB (kecuali pasien fase intensif kategori 2 (injeksi streptomisin)), sehingga petugas program TB lebih fokus dan pengobatan TB di puskesmas lebih efektif dan efisien.

Kemudian diharapkan petugas TB berkoordinasi dengan kader kesehatan di masing-masing RW sehingga dapat mengingatkan dan memotivasi pasien yang putus berobat di wilayahnya, atau penjarangan suspek TB oleh kader atau berbasis masyarakat. Selain itu, petugas juga berkoordinasi dengan bidan di wilayah kerja Puskesmas Tanah Kalikedinding untuk pemberian obat anti tuberkulosis, sehingga bagi pasien dengan jarak rumah ke puskesmas lebih dari 1 km dan kesulitan transportasi menuju puskesmas dapat mengambil obat di bidan terdekat.

REFERENSI

- Amo-Adjei, Joshua, Awusabo-Asare, Kofi, 2013. Reflections on tuberculosis diagnosis and treatment outcomes in Ghana. *Archives of Public Health*, vol. 71; 7–8.
- Arisandi, Pipin, 2011. Analisis Kualitas Petugas dalam Pelayanan Tuberkulosis di Puskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2011. *Tesis*. Surabaya; Universitas Airlangga.
- Ariyanto, Yunus, 2010. Analisis Faktor Resiko Keterlambatan Penemuan Kasus TB di Wilayah Kabupaten Jember. *Tesis*. Surabaya; Universitas Airlangga.
- Depkes RI, 2009. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Cetakan Pertama. Jakarta; Depkes RI.
- Depkes, 2010. *Pengendalian TB di Indonesia Mendekati Target Millenium Development Goals (MDGs)*. <http://www.depkes.go.id> (sitasi 19 Oktober 2013).

- Depkes, 2011. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta: Depkes RI.
- Dinkes Jatim, 2012. *Program Pengendalian Penyakit Menular di Jawa Timur*. Surabaya: Dinkes Jatim. <http://dinkes.jatimprov.go.id/> (sitasi 24 Januari 2014).
- Dye C, Watt CJ, Bleed DM, Hosseini SM, Raviglione MC., 2005. *Evolution of Tuberculosis Control and Prospects for Reducing Tuberculosis Incidence, Prevalence, and Deaths Globally*. JAMA, 293: 2767–2775.
- Hasanah, Nur Mailatul. 2013. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kegagalan Konversi BTA (+) pada Akhir Pengobatan Fase Intensif Penderita Tuberkulosis Paru di Rumah Sakit Paru Surabaya. *Skripsi*. Surabaya; Universitas Airlangga.
- Hutahaean, Eraswati, 2009. Evaluasi Sistem Surveilans Tuberkulosis Berdasarkan Komponen dan Atribut Sistem Surveilans di BP4 Surabaya. *Skripsi*. Surabaya; Universitas Airlangga.
- Jurcev-Savicevic, Anamarija; Mulic, Rosanda; Kozul, Karlo; Ban, Bozica; Bacun-Ivcek, Ljiljana; Gudelj, Ivan; Popijac-Cesar, Gordana; Marinovic-Dunatov, Snjezana; Simunovic, Aleksandar, 2013. Health System Delay in Pulmonary Tuberculosis Treatment in a Country with an Intermediate Burden of Tuberculosis: A Cross-Sectional Study. *BMC Public Health*, vol. 13; 6.
- Kemenkes RI. 2011. *Stop TB Menuju Akses Universal Strategi Nasional Pengendalian TB di Indonesia Tahun 2010–2014*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Muarif, Syamsul, 2010. Faktor yang Berhubungan Antara Kesembuhan Pengobatan TB Paru dengan OAT Strategi DOTS di Puskesmas Burneh Bangkalan. *Skripsi*. Surabaya; Universitas Airlangga.
- Munir, Arifin, 2010. Pengamatan Pasien Tuberkulosis Paru dengan Multidrug Resistant (TB-MDR) di Poliklinik Paru RSUP Persahabatan. *J Respir Indo* vol. 30: 92–102.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Edisi kedua. Jakarta; Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Cetakan pertama. Jakarta; Rineka Cipta.
- Ratnasari, Nita Yuniarti, 2012. Hubungan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup pada Penderita Tuberkulosis Paru (TB Paru) di Balai Pengobatan Penyakit Paru (BP4) Yogyakarta Unit Minggiran. *Jurnal Tuberkulosis Indonesia, Vol. 8: 7–11*.
- Ratu, Pain, 2009. Upaya Peningkatan Kinerja Petugas Puskesmas dalam Penemuan BTA (+) Tuberkulosis Paru di Kabupaten Flores Timur. *Skripsi*. Surabaya; Universitas Airlangga.
- Rintiswati N, Mahendradhata Y, Suharna, Susilawati, Purwanta, Subronto Y, Varkevisser CM, and Van der Werf, MJ. 2009. Journeys to tuberculosis treatment: a qualitative study of patients, families and communities in Yogyakarta, Indonesia. *BMC Public Health*, vol. 8; 8–9.
- Sabri, Rika, 2011. The Community Participation in the Case Detection of the Suspect Pulmonary Tuberculosis in the District of Tanah Datar, West Sumatra, Indonesia. *International Journal of Public Health Research Special Issue*, p. 219–223
- Sagbakken M, Frich JC, Bjune G. 2008. Barriers and enablers in the management of tuberculosis treatment in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study. *BMC Public Health*, vol. 8; 11.
- Suharjana B. 2005. Pelaksanaan Penemuan Penderita Tuberkulosis di Puskesmas Kabupaten Sleman. *First Draft Working Paper Series No. 3*.
- Syafe'i, Hari Kusnanto, 2006. Kinerja Petugas P2TB Paru Puskesmas (Studi Analisis Faktor Kinerja Petugas di Kota Jambi). *First Draft Working Paper Series No. 19*.
- WHO. 2006. *Diagnostic and Treatment Delay in Tuberculosis*. Cairo; WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- WHO. 2009. *WHO Report 2009: Global Tuberculosis Control Epidemiology, Strategy, Financing*. Geneva, Switzerland: WHO Press. whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563802_eng.pdf (sitasi 18 Oktober 2013).