

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta dengan melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan strategi DOTS dalam pelaksanaan pelayanan TB. Adapun jumlah pasien TB yang menjalani pengobatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta pada periode januari-maret 2016 sampai januari-maret 2017 adalah sebanyak 118 pasien. Berikut tabel jumlah pasien berdasarkan periode per 3 bulan:

Tabel 2. Jumlah Pasien TB berdasarkan periode per 3 bulan

No.	Periode Waktu	Jumlah Pasien
1.	Januari-maret 2016	30
2.	April-juni 2016	16
3.	Juli-september 2016	25
4.	Oktober-desember 2016	26
5.	Januari-maret 2017	21
Total		118

Sumber Data Sekunder

Hasil penelitian akan disajikan dengan menguraikan komponen pada manajemen yang menunjang program TB yang meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta kebijakan. Kemudian 5 komponen dalam strategi DOTS yaitu komitmen politik, diagnostik mikroskopis, pengobatan, pengelolaan ketersediaan OAT, serta pencatatan dan pelaporan. Dan selanjutnya akan menguraikan jumlah pasien pada capaian indikator keberhasilan yaitu

angka konversi, angka kesembuhan, angka *default*, angka gagal, dan angka pengobatan lengkap.

1. Manajemen yang menunjang pelaksanaan strategi DOTS di Rumah Sakit

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

1) Tim DOTS TB

Berdasarkan telaah dokumen yang telah dilakukan, tim DOTS TB di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta dibentuk pada tanggal 18 Desember 2015 yang dinyatakan dalam Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II No. 0946/SK.3.2/XII/2015. Petugas dalam tim DOTS TB di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping berjumlah 11 orang yang terdiri dari 2 orang dokter umum, 1 perawat poli, 1 perawat IGD, 2 orang perawat unit rawat inap, 1 perawat hemodialisa, 1 petugas laboratorium, 1 petugas radiologi, 1 apoteker, dan 1 petugas rekam medis serta 2 dokter spesialis paru sebagai dokter yang mengobati pasien TB. Namun, untuk petugas apoteker mengaku sudah tidak aktif dalam kegiatan pelayanan tuberkulosis, dikarenakan petugas dipindahkan ke unit farmasi rawat inap. Sehingga mengakibatkan pengelolaan OAT di rumah sakit menjadi tidak maksimal. Tenaga dalam tim DOTS TB ini merupakan tenaga gabungan dari berbagai unit yang ada

dilingkup RS PKU Muhammadiyah Gamping, sehingga tugas sebagai tim DOTS TB merupakan tugas rangkap disamping tugas pokok di unit pelayanan mereka bertugas. Hal ini membuat petugas menjadi tidak fokus terhadap tugas mereka sebagai tim DOTS TB dan hanya petugas pelaksana di poli paru yang akhirnya melaksanakan sebagian besar kegiatan pelayanan TB di rumah sakit.

Tim DOTS TB di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping di ketuai oleh dokter umum yang bertugas di unit IGD, dengan sekretaris dipegang oleh perawat poli TB yang juga bertugas sebagai perawat pelaksana sekaligus penanggung jawab pencatatan dan pelaporan ke Dinas Kesehatan serta bertugas untuk mengambil kelengkapan pelayanan TB seperti OAT, reagen, pot dahak, dan lain-lain, sedangkan petugas yang lain merupakan anggota tim yang membantu dalam penjarangan kasus di unit masing-masing. Penjarangan dimulai dengan melakukan skrining terlebih dahulu untuk mengenali gejala-gejala TB. Jika gejala yang ditunjukkan pasien mengarah ke TB maka pasien akan diarahkan ke poli paru untuk dilakukan pemeriksaan dan penanganan lebih lanjut. Seperti pada kutipan wawancara berikut:

“Kalau di IGD penemuan kasus di skrining pasiennya, kalau untuk penanganannya hanya untuk simptomatik. Jadi di IGD hanya penemuan kasus dan asimptomatically, karena kalau

untuk dia benar-bener e...misalnya sudah ada TB positif itu memang harus di treatment di...semuanya di poli paru.”

Fungsi sebagian besar anggota tim di unit lain memang hanya sebagai penjangkaran kasus membantu perawat poli paru dalam menemukan pasien TB. Setelah dilakukan anamnesa dan mengenali gejala TB, pasien akan dialihkan ke poli paru untuk menjalani pemeriksaan dan pengobatan hingga tuntas.

2) Pengembangan Sumber Daya Manusia

Pengembangan sumber daya manusia dalam program TB disini adalah peningkatan pengetahuan dan keterampilan petugas dengan mengikuti pelatihan agar dapat meningkatkan kompetensi dan kinerja petugas. Petugas tim DOTS di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping sebagian besar belum mengikuti pelatihan dari Dinas, namun diberikan pelatihan internal dari rumah sakit, hal ini bisa dilihat dari hasil penelitian:

Tabel 3. Hasil Penelitian Wawancara dan Telaah Dokumen tentang Pengembangan SDM

Subtema	Hasil Telaah Dokumen	Tema
Banyak petugas belum mendapatkan pelatihan tentang strategi DOTS TB, peningkatan keterampilan dan pengetahuan tim DOTS didapatkan melalui pelatihan internal dari rumah sakit dan sosialisasi dari Dinas Kesehatan	Dari hasil penelitian didapatkan data yaitu dari 11 petugas yang tergabung dalam tim DOTS TB, hanya 3 petugas (27,3%) yang sudah pernah mengikuti pelatihan strategi DOTS, yaitu dokter dan petugas laboratorium	Pengembangan SDM tim DOTS TB Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping belum terlaksana dengan baik.

Terhitung dari 11 anggota Tim DOTS hanya 3 petugas, yaitu 2 dokter umum IGD dan petugas laboratorium yang sudah mengikuti pelatihan pengendalian tuberkulosis, sedangkan petugas yang lain diberikan pelatihan internal dan pengarahan dari rumah sakit. Ada beberapa perawat senior rumah sakit yang sudah diikutkan pelatihan, tapi tidak dimasukkan ke dalam tim DOTS. Hal ini karena kurangnya sosialisasi dari pemegang program ke rumah sakit sehingga petugas yang sudah diberikan pelatihan tidak dimanfaatkan secara maksimal, kondisi ini yang pada akhirnya membuat petugas poli khususnya harus berusaha belajar sendiri karena belum pelatihan, selain itu sebagian besar tugas pelayanan petugas poli yang melakukan. Belum banyaknya petugas yang diikutkan dalam pelatihan adalah karena terkendala oleh dana. Seperti yang terdapat dalam kutipan wawancara dengan informan “A7” berikut :

“Hahaha...padahal nek...apa?pelatihan itu ya, pelatihan itu kan maksime..maksimal yo 5 hari toh?...3 sampai 5 hari, itu saya belum pernah. Dulu pernah mbak tak ajukan, terus karena mungkin biayanya terlalu besar ya nah terus di suruh nunggu dari Dinas, tapi dari Dinas sampai sekarang belum ada. Ya udah sampai aku ngelotok, sudah bisa sendiri toh?”

Pemerataan pelatihan dalam tim akan dapat meningkatkan keseriusan tenaga pelaksana dalam melayani pasien TB. Dengan pelatihan, kesalahan dalam memberikan pelayanan terhadap pasien TB akan semakin kecil.

b. Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana adalah tempat, fasilitas dan peralatan yang secara tidak langsung mendukung pelayanan untuk pasien. Dari hasil pengamatan, sarana dan prasarana kegiatan pelayanan untuk pasien TB di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping sudah cukup baik. Rumah sakit sudah memiliki fasilitas laboratorium yang baik yang dapat menunjang pemeriksaan mikroskopis. Kemudian pelayanan TB dilakukan di ruang rawat jalan atau pelayanan di poli. Ruangan poli untuk melayani pasien TB terletak di belakang dengan akses masuk yang berbeda dengan pasien lain. Terdapat pojok dahak sebagai tempat bagi pasien untuk mengambil dahak.

Hanya saja poli TB masih tergabung dengan poli paru. Dengan kata lain poli TB tidak hanya melayani pasien TB saja melainkan pasien dengan penyakit lain seperti asma, bronkitis, pneumonia dan penyakit paru lainnya. Hal ini dapat meningkatkan resiko penularan kuman tuberkulosis pada pasien paru yang lain. Tapi untuk mengantisipasi hal ini rumah sakit menyediakan masker bagi pasien TB dan ruang tunggu pasien sengaja di tempatkan di luar ruangan agar kuman TB terpapar sinar matahari langsung dan keluar bersama udara sehingga dapat meminimalisir resiko penularan.

Selain fasilitas ruangan dan laboratorium, sarana dan prasarana dalam pelayanan TB juga terdiri dari kebutuhan logistik dan kebutuhan non logistik. Kebutuhan logistik di Rumah Sakit PKU

Muhammadiyah Gamping terdiri dari 2 jenis OAT, yaitu OAT kombinasi dosis tetap dan OAT kombipak atau sediaan lepas. Sedangkan sarana non logistik yang tersedia adalah mikroskop, reagen, pot dahak, masker, kartu formulir TB, buku register TB, dan buku pedoman TB.

c. Kebijakan Pemerintah dan Rumah Sakit

Untuk melaksanakan program DOTS, suatu unit pelayanan kesehatan memerlukan suatu kebijakan, baik itu dalam bentuk dukungan dana maupun pemenuhan kebutuhan program agar pelaksanaan program dapat dilaksanakan secara maksimal. Kebijakan pemerintah bagi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping ialah memenuhi kebutuhan logistik dan kebutuhan non logistik, seperti yang diungkapkan informan “A5” dalam kutipan wawancara berikut:

“setahu saya lancar, karena yang utama kan komponennya kan yang rutin ya obat sama reagen kan disubsidi dari Dinas, dari Pemerintah.”

Kebutuhan-kebutuhan ini akan diambil dari Dinas Kesehatan setiap 3 bulan sekali saat petugas pelaksana rumah sakit melakukan validasi data ke Dinas Kesehatan. Sedangkan kebijakan rumah sakit ialah membangun jejaring internal dan eksternal seperti yang dapat dilihat dari hasil penelitian wawancara berikut :

Tabel 4. Hasil Penelitian tentang Kebijakan Pemerintah dan Rumah Sakit

Subtema	Tema
Kebijakan RS : 1. Pembentukan Tim 2. Pembuatan pojok DOT 3. Pembuatan pojok dahak 4. Membangun kerjasama dengan Dinas Kesehatan dan Puskesmas 5. Menyediakan anggaran untuk pelatihan petugas di tim DOTS Kebijakan Pemerintah : 1. Memberikan ketersediaan OAT 2. Memberikan ketersediaan kebutuhan pemeriksaan dahak	Kebijakan Pemerintah dan Rumah Sakit sudah sesuai dengan aturan dan buku pedoman nasional penanggulangan TB.

Berdasarkan penelitian di atas bahwa Rumah Sakit telah membuat kebijakan dalam melaksanakan program DOTS TB di Rumah Sakit. Hal ini dimulai dengan adanya jejaring eksternal dibentuk dengan membangun kerjasama antara Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan dan juga membangun kerja sama dengan UPK lainnya yaitu Puskesmas yang ada di wilayah Sleman. Selain itu Rumah Sakit juga telah membentuk jejaring internal yaitu dengan menyediakan fasilitas pojok DOTS dan pojok dahak serta membentuk tim DOTS yang bertugas dalam melaksanakan pelayanan TB, serta menyediakan anggaran untuk pelatihan petugas. Hanya saja ada hasil wawancara di atas yang tidak sesuai dengan hasil pengamatan peneliti, yaitu fasilitas pojok DOTS atau unit DOTS masih tergabung dengan poli paru.

2. Komponen dalam strategi DOTS

a. Komitmen Politik

Dalam program DOTS diperlukan suatu komitmen yang kuat dari pihak manajemen maupun petugas tim DOTS Rumah Sakit, serta peranan Dinas Kesehatan dalam pelaksanaannya. Untuk itu diperlukan evaluasi melalui kegiatan supervisi, baik dari pihak manajemen Rumah Sakit maupun dari Dinas untuk melihat keseriusan ataupun bentuk komitmen dari UPK ataupun Dinas dalam pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis. Berikut ini merupakan hasil dari penelitian wawancara tentang komitmen politik yaitu:

Tabel 5. Hasil Penelitian tentang Komitmen Politik

Subtema	Tema
Komitmen pelaksanaan pelayanan TB di RS: 1. Pertemuan antar tim tidak rutin. 2. RS tidak melakukan supervisi pelayanan TB. 3. Petugas tidak membuat laporan pelayanan TB ke RS. 4. Dinas mengevaluasi pelaksanaan pelayanan TB saat petugas TB rumah sakit melakukan validasi data ke Dinas.	Komitmen Politik dalam pelaksanaan program TB di RS belum baik.

Dari hasil penelitian diatas, komitmen dari rumah sakit maupun Dinas belum begitu baik. Hal ini dapat dilihat dari tidak adanya kegiatan supervisi dari Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan ke Rumah Sakit, tidak adanya laporan tentang pelaksanaan pelayanan TB ke Rumah Sakit, serta tidak adanya pertemuan rutin antara tim DOTS

Rumah Sakit. Supervisi harus dilaksanakan di semua tingkat dan unit pelaksana, karena dimanapun petugas bekerja akan tetap memerlukan bantuan untuk mengatasi masalah dan kesulitan yang mereka temukan. Komitmen ini lah yang belum dimiliki oleh pihak manajemen Rumah Sakit, Dinas dan tim DOTS Rumah Sakit sendiri.

b. Diagnostik Mikroskopis

1) Penemuan Kasus

Penemuan kasus merupakan langkah pertama dalam pelaksanaan pelayanan TB, dengan penemuan kasus penanganan pasien TB akan lebih cepat dan tepat, selain itu dapat menurunkan resiko penularan. Di rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping penemuan pasien TB dilakukan di seluruh unit pelayanan, yaitu di unit IGD, unit rawat inap dan unit rawat jalan. Penemuan kasus dilakukan secara pasif yaitu menjaring pasien yang datang ke rumah sakit. Berikut hasil penelitian penemuan kasus TB di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping:

Tabel 6. Hasil Penelitian Tentang Penemuan Kasus Pasien TB

Selective Coding/Subtema	Tema
<ul style="list-style-type: none"> - Penemuan kasus pasien TB di rumah sakit dilakukan di unit IGD, rawat inap dan rawat jalan yang dipastikan diagnosanya dengan pemeriksaan dahak, pemeriksaan radiologi dan mantok test. - Petugas mampu mengenali gejala penyakit TB yaitu batuk lama atau > 2 minggu, berat badan menurun, dan batuk darah. Untuk ekstra paru terdapat benjolan di bagian tubuh pasien. 	<ul style="list-style-type: none"> - Penemuan kasus di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping sudah sesuai standar dan buku pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis.

Dari hasil penelitian di atas bahwa dalam proses penemuan kasus semua petugas tim DOTS TB telah mampu mengenali gejala pasien TB sehingga memudahkan dalam proses penjarangan kasus. Selain itu, proses penemuan kasus di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping sudah sesuai standar yang berlaku yaitu dengan memastikannya melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopis, pemeriksaan radiologi, dan mantok tes untuk pasien TB anak. Tetapi dalam pelaksanaannya belum dilaksanakan secara maksimal, hal ini akan dibahas di poin pemeriksaan mikroskopis.

2) Pemeriksaan Mikroskopis

Pemeriksaan mikroskopis sangatlah penting dalam pelaksanaan pelayanan TB. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis merupakan *Gold Standard* dalam menegakkan diagnosa TB. Untuk itu setiap pasien yang dicurigai TB harus melakukan pemeriksaan mikroskopis untuk memastikan diagnosa dan agar mendapatkan penanganan yang tepat. Namun dalam pelaksanaannya, tidak semua pasien diperiksa dahak secara mikroskopis karena petugas kerap menemui kendala bahwa pasien tidak dapat mengeluarkan dahak sehingga untuk membantu menegakkan diagnosa dilakukan pemeriksaan radiologi dan tes mantok. Untuk itu pasien dari poli biasanya langsung mendapatkan surat pengantar untuk melakukan

pemeriksaan dahak dan pemeriksaan radiologi sekaligus. Hal ini sama seperti yang diungkapkan oleh informan “A5” dalam wawancara berikut :

“Biasanya dari poli sana pemeriksaannya sudah dua, radiologi sama sini (laboratorium).”

Namun dalam pelaksanaannya pemeriksaan ini belum terlaksana secara maksimal. Masih banyak pasien yang bahkan tidak melakukan pemeriksaan dahak dan radiologi di awal pemeriksaan. hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian berikut:

Tabel 7. Hasil Penelitian Tentang Pemeriksaan Mikroskopis

Selective Coding/Subtema	Hasil Telaah Dokumen	Tema
<p>- pemeriksaan dahak dilakukan setelah pasien mendapatkan pengantar dari poli untuk cek dahak. Pasien akan diminta memberikan 3 spesimen dahak dalam waktu 1X24 jam.</p> <p>- Jika sampel berupa air liur maka akan dilihat apakah terdapat nanah atau darah pada air liur, dan jika pemeriksaan menunjukkan hasil negatif maka pemeriksaan dahak akan diulang.</p> <p>- Di poli pasien akan diberi pengantar untuk pemeriksaan dahak dan radiologi sekaligus. Pemeriksaan radiologi sebagai pemeriksaan penunjang, dilakukan jika pasien tidak dapat mengeluarkan dahak</p> <p>Evaluasi unit Lab:</p> <p>Dinas belum melakukan Pemantapan Mutu Eksternal di Laboratorium Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping. Petugas Laboratorium sudah pernah konfirmasi ke Dinas hanya saja belum mendapatkan respon.</p>	<p>Hasil pemeriksaan di awal pendiagnosaan tuberkulosis, dari 118 pasien didapatkan data berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pemeriksaan dahak secara mikroskopis sebanyak 43 (36,4%) - pemeriksaan radiologi sebanyak 15 (12,7%) - pemeriksaan laboratorium dan radiologi sekaligus sebanyak 8 (0,7%) - pasien yang melakukan mantok tes sebanyak 7 (0,6%) - pemeriksaan radiologi dan mantok sekaligus sebanyak 2 (0,2%) - pasien yang tidak melakukan pemeriksaan sebanyak 43 (36,4%) 	<p>- Diagnostik mikroskopis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping belum terlaksana secara maksimal.</p>

Dapat dilihat dari hasil wawancara proses penegakan diagnosis sudah sesuai standar yang berlaku, hanya saja hal ini kontras dengan hasil telaah dokumen yang peneliti lakukan. Dari telaah dokumen didapatkan hasil bahwa dari 118 pasien terduga TB hanya 43 (36,4%) pasien yang melakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis, pasien yang melakukan pemeriksaan radiologi sebanyak 15 (12,7%) pasien dan terdapat 8 (0,7%) pasien yang melakukan pemeriksaan mikroskopis dan pemeriksaan radiologi secara bersamaan serta sebanyak 7 (0,6) pasien yang melakukan pemeriksaan mantok tes serta yang dilakukan pemeriksaan mantok dan radiologi sekaligus hanya 2 (0,2%) orang. Kemudian untuk sisanya terdapat 43 pasien yang tidak melakukan pemeriksaan atau sekitar 36,4%. Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan proses pendiagnosaan TB dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis belum terlaksana secara maksimal dan tentu membutuhkan proses evaluasi lebih lanjut untuk menilai pelaksanaan pemeriksaan mikroskopis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping.

3) Evaluasi Unit Laboratorium

Unit laboratorium merupakan satu komponen penting bagi Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) yang menyelenggarakan program penanggulangan TB. Unit ini membutuhkan petugas yang terlatih dan peralatan yang mendukung agar dalam

pemeriksaan mikroskopis tidak ditemukan kesalahan. Untuk itu dalam salah satu kegiatan pelayanan TB di laboratorium ada kegiatan pemantapan mutu laboratorium TB. Pemantapan mutu ini meliputi pemantapan mutu internal (PMI), pemantapan mutu eksternal (PME) dan peningkatan mutu.

Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping, dalam pelaksanaan pelayanan TB di unit laboratorium sudah melakukan pemantapan mutu internal. Hal ini dapat dilihat dari ketersediaan petugas yang sudah terlatih, serta ketersediaan alat dan bahan pemeriksaan mikroskopis. Selain itu unit laboratorium juga memiliki SPO tentang pemeriksaan dahak SPS, adanya buku regisiter pemeriksaan dahak SPS, dan pemeliharaan mikroskop. Namun untuk pemantapan mutu eksternal dan peningkatan mutu belum dilaksanakan. Hal ini dapat dilihat dari hasil petikan wawancara dengan Informan “A5” berikut :

“Sejauh ini sih...belum pernah mbak dilakukan PME dari Dinas”.

Kegiatan ini membutuhkan kerjasama yang baik antara Dinas Kesehatan dan tim laboratorium Rumah Sakit. Petugas laboratorium Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping sudah pernah konfirmasi ke Dinas, hanya saja belum mendapatkan tanggapan, hal ini juga diungkapkan oleh informan “A5” dalam kutipan wawancara berikut :

“Gak ada, kita udah tanya sejak awal tapi belum ada responnya.”

Hal ini tentunya menjadi perhatian bagi Rumah Sakit untuk memperkuat jejaring eksternal khususnya jejaring dengan Dinas Kesehatan agar dapat dilakukan kegiatan evaluasi pada unit laboratorium Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping sehingga pemeriksaan mikroskopis dapat terlaksana dengan optimal.

c. Pengobatan

1) Sistem Pengobatan dan PMO

Pengobatan Tuberkulosis merupakan suatu proses yang cukup sulit, karena membutuhkan waktu yang cukup lama dan keteraturan berobat. Berikut ini hasil penelitian tentang sistem pengobatan TB di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping :

Tabel 8. Hasil Penelitian tentang sistem pengobatan

Selective Coding/Subtema	Hasil Telaah Dokumen	Tema
<ul style="list-style-type: none"> - Sistem pengobatan TB diberikan berdasarkan berat badan pasien. Jadwal kontrol dilakukan pada tahap intensif yaitu setiap 2 minggu, sedangkan ditahap lanjutan dilakukan 1 bulan sekali. Jika pasien mengalami alergi maka OAT akan diganti dengan obat lepasan. - Evaluasi pengobatan melalui pemeriksaan dahak atau radiologi yang dilakukan pada 2 bulan dan akhir pengobatan. - Untuk pasien mangkir petugas pelaksana akan menelfon pasien, jika tidak ada respon maka petugas akan menghubungi wasor untuk melacak pasien. - Pemilihan PMO petugas memilih dari keluarga pasien dengan kriteria satu rumah dengan pasien dan sanggup mengawasi pasien menelan obat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi pengobatan di fase intensif didapatkan hasil dari 92 pasien hanya 26 (28,3%) yang melakukan evaluasi, sedangkan sisanya yaitu 71 (77,1%) pasien tidak melakukan pemeriksaan ulang baik secara mikroskopis maupun radiologi. - Evaluasi di akhir pengobatan, dari 92 pasien yang telah selesai masa pengobatan hanya 8 (0,9%) yang melakukan pemeriksaan di akhir pengobatan dan sisanya yaitu 84 (91,3%) pasien tidak melakukan evaluasi pengobatan. 	<p>Sistem pengobatan pasien TB sudah sesuai dengan standar dan buku pedoman, hanya saja pelaksanaan evaluasi pengobatan belum dilakukan secara maksimal</p>

Sistem pengobatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping sudah baik dan sesuai buku pedoman penanggulangan TB, yang pengobatannya dilakukan melalui 2 tahapan yaitu tahap intensif dan tahap lanjutan. Perhitungan obat yang ditelan disesuaikan dengan berat badan pasien, di tahap intensif obat ditelan setiap hari selama 2 bulan, sedangkan di tahap lanjutan obat ditelan 3 kali dalam seminggu sampai 6 bulan atau 9 bulan pengobatan. Pasien akan dijadwalkan untuk kontrol setiap 2 minggu di tahap intensif untuk melihat adanya alergi pasien terhadap OAT dan 1 bulan sekali di tahap lanjutan untuk melihat keteraturan pasien berobat. Jika pasien mengalami alergi maka OAT akan diganti dengan obat lepasan, dan bagi pasien yang tidak sembuh akan dirujuk ke RS Sardjito.

Pasien mangkir akan dihubungi petugas via telfon, jika pasien tidak merespon maka petugas akan menghubungi petugas Puskesmas yang tergabung dalam grup TB wilayah Sleman melalui aplikasi di handphone yaitu *Whatsapp* (WA), dan jika petugas Puskesmas juga tidak bisa menemukan pasien maka petugas akan menyerahkan pasien ke wasor untuk dilacak keberadaannya. Hal ini seperti diungkapkan Informan "A7" dalam kutipan wawancara berikut:

"Ditelfon...kalo gak diangkat sama pasiennya nanti biasanya tak share dulu di grup, nanti kalau gak ada

yang...apa, gak ada yang merespon nah nanti saya langsung ke Wasornya.”

Kelemahan dari rumah sakit ialah tidak memiliki petugas khusus yang dapat melacak pasien seperti Puskesmas, sehingga petugas rumah sakit kesulitan dalam palacakan pasien.

Pengobatan tuberkulosis yang membutuhkan jangka waktu yang cukup lama tentunya membutuhkan kerja sama antara petugas dan pasien sendiri serta keluarga pasien. Petugas harus mampu memastikan pasien tidak putus obat karena dampaknya akan sangat membahayakan bagi jiwa pasien. Oleh sebab itu petugas harus menentukan PMO untuk mengawasi keteraturan pasien dalam menjalani pengobatan. Berdasarkan hasil wawancara petugas memilih PMO dengan kriteria yaitu, anggota keluarga yang satu rumah dengan pasien dan sanggup untuk mengawasi pasien menelan obat.

Kemudian dalam sistem pengobatan TB terdapat evaluasi pengobatan. Evaluasi pengobatan dilakukan pada akhir tahap intensif dan akhir pengobatan. Tetapi dalam pelaksanaan evaluasi pengobatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping belum dilaksanakan secara maksimal. Hal ini terdapat pada hasil telaah dokumen kunjungan pasien TB yaitu dari 92 pasien hanya 26 (28,3%) pasien yang dilakukan evaluasi di 2 bulan pengobatan dan sebanyak 71 (77,2%) tidak dilakukan pemeriksaan ulang atau

evaluasi pengobatan. Selain itu di akhir pengobatan juga hampir sebagian besar pasien yang sudah menyelesaikan pengobatannya tidak dilakukan evaluasi yaitu sebanyak 84 (91,3%). Evaluasi pengobatan dapat dilakukan dengan pemeriksaan ulang dahak atau pemeriksaan radiologi. Evaluasi pengobatan dilakukan untuk melihat kemajuan pasien dalam menelan obat dan dapat menentukan status pasien di akhir pengobatan.

2) Penyuluhan

Penyuluhan merupakan salah satu kegiatan dalam program pengendalian tuberkulosis. Dengan penyuluhan petugas dapat memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang tuberkulosis. Berikut hasil penelitian tentang penyuluhan tuberkulosis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping:

Tabel 9. Hasil Penelitian tentang Penyuluhan Tuberkulosis

Selective Coding/Subtema	Tema
Sebagian besar penyuluhan dilakukan di poli saat pelayanan TB, petugas yang di unit lain hanya memberikan edukasi penggunaan APD agar tidak menular kan ke pasien lain. Selain itu petugas tidak memberikan edukasi tentang TB secara rinci kepada pasien maupun keluarga hanya berisi tentang garis besarnya saja seperti TB penyakit menular, lama pengobatan, penggunaan APD, membuang air liur di air mengalir, dan tidak untuk putus obat	Banyak petugas yang tidak begitu memahami tentang TB sehingga edukasi dan penyuluhan tidak dijelaskan secara rinci kepada pasien maupun keluarga.

Dari hasil penelitian di atas dapat dilihat bahwa Proses penyuluhan dilakukan di unit rawat jalan atau di poli paru saat pasien melakukan pengobatan. Namun edukasi yang diberikan tidak secara rinci, dan kebanyakan petugas dalam tim DOTS hanya memberikan edukasi pada pasien sedangkan penyuluhan untuk keluarga jarang dilakukan. Penyuluhan sangatlah penting untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pasien tentang pentingnya berobat secara teratur.

d. Ketersediaan OAT

Salah satu strategi dalam pelaksanaan program DOTS TB adalah menjamin ketersediaan obat anti tuberkulosis (OAT) bagi pasien. OAT merupakan paduan obat tuberkulosis yang harus selalu ada ketersediaannya dan tidak boleh terputus. Pengelolaan OAT merupakan suatu kegiatan yang dilakukan untuk menjamin agar OAT tersedia dengan jumlah yang cukup dan kualitas yang baik. Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping OAT diperoleh melalui subsidi dari Dinas Kesehatan Sleman. Namun dalam pelaksanaannya pengelolaan ketersediaan OAT di Rumah Sakit ini belum berjalan secara maksimal, hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian dibawah ini:

Tabel 10. Hasil Penelitian tentang Ketersediaan OAT

Subtema	Tema
<p>- Pengelolaan OAT di rumah sakit disediakan dari subsidi pemerintah melalui Dinas Kesehatan. Petugas yang bertugas mengambil OAT adalah petugas pelaksana pelayanan TB di poli. Ketersediaan OAT berdasarkan data pasien baru, namun seringkali jumlah OAT yang diberikan tidak sesuai dengan kebutuhan yang diminta sehingga pasien ada yang dialihkan ke Puskesmas, karena Dinas lebih mengutamakan kebutuhan OAT di Puskesmas.</p> <p>- Jenis OAT di Rumah Sakit ialah kategori I dalam bentuk paket obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT) untuk pasien dewasa dan pasien anak dan paket kombipak (pritilan) untuk pasien yang mengalami efek samping terhadap OAT.</p> <p>- Beberapa kendala yang dihadapi adalah belum baiknya pengelolaan OAT di farmasi, tidak adanya ketersediaan OAT untuk pasien rawat inap, tidak adanya petugas khusus yang mengelola OAT di unit farmasi, kurangnya koordinasi antara petugas pelaksana dengan petugas farmasi, dan kurangnya respon manajemen untuk mengatasi masalah pengelolaan OAT khususnya. Selain itu tidak adanya pencatatan dan pelaporan ketersediaan OAT di rumah sakit.</p>	<p>Pengelolaan OAT di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping belum terlaksana secara maksimal dan tidak sesuai dengan standar pengelolaan OAT</p>

Berdasarkan hasil penelitian diatas ketersediaan OAT didapatkan dari Dinas Kesehatan yang diambil oleh petugas pelaksana, jumlah OAT didasarkan pada data pasien baru. OAT yang tersedia di Rumah Sakit adalah OAT kategori satu yang diberikan dalam bentuk paket kombinasi dosis tetap (KDT) juga tersedia dalam bentuk lepasan. Hanya saja dalam pengelolaannya masih terdapat beberapa kendala diantaranya, jumlah OAT seringkali tidak sesuai dengan jumlah yang diminta, tidak adanya OAT untuk rawat inap, tidak ada petugas khusus farmasi yang mengelola OAT, kurangnya koordinasi antara petugas pelaksana dan petugas farmasi, kurangnya respon dari manajemen tentang masalah pengelolaan OAT dan tidak adanya pencatatan dan pelaporan ketersediaan OAT di rumah sakit, sehingga pengelolaan OAT tidak berjalan secara baik dan maksimal.

e. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan akan menyajikan data pasien mulai dari pasien masuk, proses pengobatan, sampai pasien selesai melakukan proses pengobatan. Berikut hasil penelitian wawancara dengan informan “A7” tentang pencatatan dan pelaporan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping:

Tabel 11. Hasil Penelitian tentang Pencatatan dan Pelaporan

Subtema	Hasil Telaah Dokumen	Tema
<p>1. Pencatatan pelayanan TB Rumah Sakit menggunakan buku register dan program Sistem Informasi Tuberkulosis Terpadu (SITT) dari Dinas Kesehatan, namun buku register tetap menjadi pedoman Dinas dalam pelaporan kasus TB.</p> <p>2. Verifikasi kekurangan data diberitahukan Dinas melalui WA (<i>WhatsApp</i>) dan dilengkapi melalui SITT sehingga petugas tidak perlu kembali ke Dinas untuk melengkapi catatan pelaporan. Selain itu SITT berfungsi bagi provinsi untuk melihat pelaporan kasus TB di tiap-tiap unit kesehatan secara online. Hanya saja program SITT ini belum maksimal dan masih menyulitkan petugas yang harus merekayasa data agar data bisa diinput.</p> <p>3. Jenis buku register yang ada di rumah sakit adalah TB 01, TB 02, TB 03, TB 04, TB 05, TB 06, TB 09 dan TB 10.</p> <p>4. Validasi data dilakukan secara berkala yaitu 3 bulan sekali</p>	<p>Dari 92 pasien yang sudah menyelesaikan pengobatan, terdapat 31 (33,7%) pasien yang tidak memiliki keterangan di akhir pengobatan.</p>	<p>Pencatatan dan pelaporan dilakukan secara berkala 3 bulan sekali menggunakan buku register dan SITT. Namun dalam pelaksanaannya sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan TB di RS PKU Muhammadiyah Gamping belum cukup baik.</p>

Dari hasil diatas didapatkan bahwa pencatatan dan pelaporan, Rumah Sakit menggunakan buku register TB. Pasien yang terdiagnosa TB dicatat dalam kartu TB 01. Kartu TB 02 untuk jadwal pasien kontrol, kartu ini akan dibawa pulang oleh pasien. TB 03 merupakan buku register pasien di poli paru, TB 04 merupakan buku register pasien yang melakukan pemeriksaan dahak di laboraturium. Untuk kartu TB 05 merupakan formulir atau kartu

pengantar pasien dari poli ke laboratorium untuk cek dahak. TB 06 yaitu daftar terduga TB, Kartu TB 09 merupakan kartu yang digunakan untuk merujuk pasien ke UPK lain yang lebih dekat dengan tempat tinggal pasien misal Puskesmas. Kartu ini harus dikirim kembali oleh pasien agar petugas Rumah Sakit tahu pasien yang dirujuk telah melanjutkan pengobatan di UPK tempat rujukan. Hanya saja bukti formulir TB 09 jarang diterima Rumah Sakit dan petugas hanya mendapat konfirmasi dari petugas rujukan melalui media komunikasi *Whatsapp* atau dikonfirmasi saat validasi ke Dinas. Begitu juga dengan formulir TB 10 petugas tidak pernah mendapat balasan dari tempat rujukan pada akhir pengobatan pasien dan hanya mendapat konfirmasi saat petugas validasi ke Dinas.

Sedangkan untuk pelaporan, petugas Rumah Sakit akan datang ke Dinas Kesehatan setiap 3 bulan atau setiap triwulan. Petugas akan melakukan pelaporan melalui buku register dan sistem informasi tuberkulosis terpadu (SITT). Pelaksanaan pencatatan dan pelaporan pasien tuberkulosis di Rumah Sakit ini sudah berjalan cukup baik, namun masih terdapat beberapa kekurangan. Hal ini dapat dilihat dari hasil telaah dokumen yang menunjukkan bahwa pencatatan yang dilakukan kurang lengkap. Dari 92 pasien yang sudah menyelesaikan pengobatan terdapat 31 (28,5%) pasien yang tidak ada keterangan hasil pengobatannya dengan status pasien pindah sebanyak 8 orang. Hal ini dikarenakan petugas pelaksana memiliki tugas rangkap selain

sebagai petugas pencatatan dan pelaporan, yaitu sebagai perawat di poli penyakit dalam dan poli syaraf, petugas juga memiliki tugas dalam mengelola ketersediaan kebutuhan logistik dan non logistik sehingga proses pencatatan tidak maksimal.

3. Capaian Indikator Keberhasilan Program TB

Capaian 5 indikator keberhasilan program pelayanan TB di rumah sakit yaitu mencakup angka kesembuhan, angka pengobatan lengkap, angka konversi, angka *default*, dan angka gagal. Data capaian ini diperoleh melalui telusur dokumen yang mengambil data pasien dari buku register TB 03, yaitu buku kunjungan pasien TB yang berisi tentang perjalanan pasien mulai dari pasien masuk sampai pasien menyelesaikan pengobatan. Jumlah pasien TB yang berkunjung pada periode januari-maret 2016 sampai januari-maret 2017 adalah sebanyak 118 pasien. Berikut ini tabel jumlah pasien berdasarkan indikator keberhasilan program TB di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping, yaitu:

Tabel 12. Jumlah Capaian Indikator Keberhasilan Program TB di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta

No.	Indikator Keberhasilan	Jumlah	Persentase	Target Nasional	Hasil
1.	Angka Kesembuhan	11	21,1%	85%	Tidak Tercapai
2.	Angka Default	7	0,8%	10%	Tercapai
3.	Angka Gagal	3	0,3%	4%	Tercapai
4.	Angka Konversi	17	32,7%	80%	Tidak Tercapai
5.	Angka Pengobatan Lengkap	40	43,5%	85%	Tidak Tercapai

Sumber Data Sekunder

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dijabarkan diatas, didapatkan bahwa pelaksanaan program penanggulangan TB dengan strategi DOTS di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta belum optimal. Hasil capaian indikator keberhasilan program hanya angka *default* dan angka gagal yang mampu mencapai target nasional, sedangkan angka kesembuhan, angka konversi dan angka pengobatan lengkap belum bisa mencapai target nasional. Berikut akan dijabarkan pembahasan tentang pelaksanaan strategi DOTS dan sistem manajemen yang menunjang program terhadap capaian indikator keberhasilan program TB di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta.

Angka *default* merupakan angka pasien yang tidak datang pada jadwal kontrol di tahap 2 bulan pengobatan atau sering disebut dengan pasien mangkir. Jumlah pasien *default* di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping hanya 7 pasien (0,8%). Hasil ini berhasil mencapai target dimana berdasarkan target WHO angka *default* tidak boleh lebih dari 10%. Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan, keberhasilan capaian ini dikarenakan peran petugas yang selalu meminta nomor telepon setiap pasien TB pada proses pengobatan. Jadi jika ada pasien mangkir atau tidak datang pada jadwal kontrol, petugas akan mengirimkan pesan singkat kepada pasien melalui sms atau WA untuk mengingatkan jadwal kontrol atau jadwal pengambilan obat. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian dari Saad & Chandra (2014) bahwa tim DOTS RSUP Arifin Achmad akan

menelfon pasien dan PMO jika pasien tidak datang berobat pada waktu yang telah ditentukan. Penelitian lain juga mengungkapkan bahwa penggunaan ponsel mudah dan efektif dalam memonitor pasien, teks SMS dapat digunakan sebagai pengingat untuk pasien mengambil obat dan pasien dapat menjadi termotivasi untuk mematuhi perawatan pengobatan (Barclay, 2009). Peran petugas yang mengawasi jadwal pengobatan pasien melalui telepon sangat efektif dalam menekan angka pasien *default* dan dapat melihat keteraturan pengobatan pasien TB.

Selain peran petugas, tercapainya angka *default* juga disebabkan karena salah satu kebijakan rumah sakit yang berjalan dengan baik, yaitu kerjasama jejaring eksternal antara Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan serta Puskesmas. Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa, jika petugas menemui pasien mangkir dan pasien tidak dapat dihubungi, petugas rumah sakit akan menghubungi petugas TB Puskesmas yang sudah tergabung dalam grup TB wilayah Sleman melalui aplikasi *whatsApp* (WA), kemudian jika petugas Puskesmas juga tidak dapat menemukan pasien maka petugas akan menyerahkan pasien ke wasor untuk dilacak keberadaannya. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2011) menyatakan bahwa setiap pasien TB yang mangkir mengambil obat (OAT) akan dilaporkan ke wasor yang memegang wilayah tempat tinggal pasien, kemudian wasor akan melacak dan menemukan pasien mangkir secara dini. Dengan memperkuat jejaring eksternal yaitu dengan meningkatkan kerjasama antara petugas Rumah

Sakit, petugas Puskesmas, dan Dinas Kesehatan merupakan salah satu cara yang dapat menekan angka pasien *default* sehingga proses pelacakan pasien menjadi lebih mudah. Seperti yang diungkapkan oleh Trisna & Ilyas (2013) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa dengan kerjasama yang baik antara lintas program diharapkan kegiatan program penanggulangan tuberkulosis dapat berhasil dengan peningkatan cakupan indikator keberhasilan.

Kemudian capaian indikator lain yang berhasil mencapai target adalah angka gagal. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan jumlah angka gagal pasien TB di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping adalah hanya 3 pasien (0,3%), dengan target nasional untuk angka pasien gagal adalah tidak boleh lebih dari 4%. Angka pasien gagal ini didapat dari pasien yang tidak meneruskan pengobatan dikarenakan komplikasi penyakit, sehingga OAT dihentikan. Seperti dalam penelitian yang dilakukan oleh Bagiada & Putri (2010) bahwa kegagalan penderita TB dalam pengobatan diakibatkan oleh banyak faktor seperti obat, penyakit, dan penderita sendiri. Faktor penyakit biasanya disebabkan oleh lesi yang terlalu luas, adanya penyakit lain yang mengikuti dan adanya gangguan imunologis.

Selain faktor-faktor yang telah dijabarkan di atas, kedua capaian indikator yang berhasil juga dikarenakan adanya Pengawas Menelan Obat (PMO) yang ditentukan oleh petugas Rumah Sakit. Sesuai dengan penelitian dari Silvani (2016) yang menyatakan bahwa salah satu program

keberhasilan pengobatan TB paru dilakukan PMO. Hasil penelitian lain juga menyatakan bahwa peran PMO yang baik akan berpengaruh terhadap meningkatnya kepatuhan berobat, sehingga penderita cenderung mengkonsumsi obat secara teratur sehingga mendorong kesembuhan penderita TB paru atau keberhasilan pengobatan (Muniroh, 2013).

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping juga menentukan PMO bagi setiap pasien tuberkulosis untuk membantu pasien dalam proses pengobatan. Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa petugas Rumah Sakit menentukan PMO berdasarkan kriteria yaitu, PMO merupakan anggota keluarga yang satu rumah dengan pasien dan sanggup untuk mengawasi pasien menelan obat. Sejalan dengan penelitian Adhista & Santi (2014) yang menyatakan bahwa sebagian besar pasien di Puskesmas Tanah Kalikedinding memiliki PMO, dimana semua PMO berasal dari keluarga pasien dan sebagian besar adalah suami dan istri pasien. Hal ini menunjukkan bahwa penentuan keluarga sebagai PMO ternyata cukup efektif sehingga angka *default* dan angka gagal di Rumah Sakit ini tidak melebihi target yang ditentukan oleh Pemerintah. Menurut Nurhayati (2014) mengungkapkan bahwa keberhasilan pengobatan TB dengan strategi DOTS pada pasien dalam penelitian ini didukung oleh sebagian PMO mempunyai hubungan keluarga dengan pasien.

Kemudian dengan adanya PMO, peran petugas Rumah Sakit dalam mengawasi keteraturan pengobatan dan mengawasi keteraturan jadwal kontrol pasien TB menjadi lebih mudah, karena jika petugas tidak dapat

menghubungi pasien maka petugas akan menghubungi keluarga pasien untuk memberitahukan jadwal pengambilan obat, sehingga angka *default* dan angka gagal rendah dan mencapai target. Penelitian ini sejalan dengan Elangovan (2013) yang mengungkapkan bahwa telepon seluler (Hp) digunakan untuk melacak pasien ketika mereka pindah atau ketika pasien salah memberikan alamat, terkadang petugas kesehatan menasehati anggota keluarga pasien melalui telepon dan memberikan edukasi tentang pencegahan serta pentingnya pengobatan.

Dengan melibatkan keluarga sebagai PMO pasien mendapatkan bentuk dukungan dalam menjalani pengobatan dan tentunya dapat menunjang keberhasilan program. Hasil temuan Octavianus (2012) bahwa dukungan keluarga mempunyai hubungan yang signifikan dengan kejadian *drop out* yang dibuktikan dengan hasil perhitungan dengan *chy square* didapatkan nilai *continuity correction* sebesar 52,027 dan nilai $p=0,00001$ ($p<0,05$). Ramdaniati & Hassan (2017) juga mengungkapkan dalam penelitiannya bahwa pentingnya peranan keluarga dengan baik akan 7 kali lebih tinggi mempengaruhi tingkat kepatuhan pengobatan TB dibandingkan dengan pasien yang tidak mendapatkan dukungan keluarga dengan baik.

Kemudian menurut Silvani (2016) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa semakin PMO mendukung maka semakin berhasil pengobatan tuberkulosis, sehingga upaya yang dapat dilakukan adalah meningkatkan peran PMO untuk keberhasilan pengobatan tuberkulosis

paru melalui penyuluhan kepada keluarga sebagai PMO yang paling dekat dengan penderita dengan memberikan informasi mengenai penyakit, gejala dan pengobatan tuberkulosis paru. Namun dalam penelitian ini didapatkan hasil yang berbeda yaitu proses penyuluhan tidak berjalan dengan baik, dimana petugas tidak melakukan penyuluhan kepada keluarga pasien, kegiatan penyuluhan hanya diberikan pada pasien TB saja. Berdasarkan hasil tersebut peneliti berpendapat bahwa penyuluhan tidak berpengaruh terhadap keberhasilan capaian angka *default* dan angka gagal di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping. Sejalan dengan penelitian dari Ramdaniati & Hassan (2017) yang mengungkapkan bahwa tidak ada hubungan penyuluhan dengan kepatuhan pengobatan pasien TB dengan *P value* > 0,05. Namun hasil ini masih perlu dilakukan penelitian lebih lanjut karena penyuluhan juga penting diberikan kepada pasien dan keluarga mengenai TB agar penanganan dan proses pengobatan menjadi lebih efektif. Seperti pada hasil penelitian Malau & Rochadi (2015) yang menyatakan bahwa petugas kesehatan perlu meningkatkan penyuluhan untuk meningkatkan pemahaman dan motivasi bagi penderita agar penderita dan keluarga memahami tentang TB, cara pencegahan dan akibat dari tidak teraturnya menjalankan pengobatan, sehingga dapat meningkatkan kepatuhan penderita untuk datang berobat.

Selanjutnya akan dibahas capaian indikator keberhasilan yang belum tercapai yaitu angka kesembuhan. Dari telusur dokumen yang telah dilakukan angka kesembuhan pasien TB di Rumah Sakit PKU

Muhammadiyah Gamping belum tercapai dengan hanya mencapai jumlah 11 pasien (21,1%). Angka ini jauh dari target yang ditentukan secara nasional yaitu angka kesembuhan sebesar 85%. Rendahnya angka kesembuhan ini adalah karena pasien yang sudah berhasil menyelesaikan masa pengobatan tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak, seperti dalam buku pedoman penanggulangan tuberkulosis dijelaskan bahwa angka kesembuhan didapatkan pada pasien yang sudah menyelesaikan masa pengobatan secara tuntas dan dibuktikan dengan hasil pemeriksaan ulang dahak dengan hasil negatif (Kemenkes, 2014).

Berdasarkan telaah dokumen, diperoleh data bahwa dari 92 pasien yang telah menyelesaikan masa pengobatan terdapat 84 pasien atau 91,3% tidak melakukan evaluasi pemeriksaan dahak ulang di akhir pengobatan, sehingga hasil angka pasien sembuh menjadi rendah. Menurut Isbaniah (2011) pemeriksaan dan evaluasi pemeriksaan mikroskopis dilakukan sebelum pengobatan dimulai, setelah 2 bulan pengobatan, dan pada akhir pengobatan, hal ini juga berlaku pada pemeriksaan radiologi. Bahkan menurut Amin & Bahar (2010), pemeriksaan dahak sebaiknya tetap dilakukan untuk kontrol pada pasien yang sudah selesai pengobatan atau pasien yang sembuh, karena dikhawatirkan sewaktu-waktu mungkin terjadi *silent bacterial shedding* atau terdapat dahak BTA positif tanpa menimbulkan keluhan.

Kemudian angka kesembuhan yang rendah juga diakibatkan oleh rendahnya angka konversi pasien TB di Rumah Sakit PKU

Muhammadiyah Gamping Yogyakarta. Sama seperti yang diungkapkan oleh Supardi, dkk (2016) bahwa tingginya angka konversi akan diikuti dengan angka kesembuhan yang tinggi pula, begitu juga sebaliknya jika angka konversi rendah maka angka kesembuhan juga akan rendah. Selain itu pendapat dari Amaliah (2012) juga mengungkapkan bahwa rendahnya angka konversi pada pengobatan fase intensif merupakan hal yang perlu diperhatikan, karena berkaitan dengan proses penyembuhan pasien TB yang nantinya akan berdampak pada keberhasilan pengobatan.

Dalam penelitian ini diperoleh angka konversi pasien TB di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping adalah sebanyak 17 pasien atau hanya mencapai 32,7%. Sama seperti angka kesembuhan, angka konversi yang rendah diakibatkan karena pasien tidak memeriksakan dahak ulang di akhir fase intensif pengobatan. Berdasarkan data yang diperoleh dari 92 pasien terdapat 71 pasien atau sekitar 77,1% pasien tidak melakukan pemeriksaan ulang di akhir fase intensif pengobatan. Hal ini dikarenakan banyak pasien yang mengaku kesulitan dalam mengeluarkan dahak setelah mendapatkan pengobatan. Sejalan dengan penelitian dari Mansur (2015) menyatakan bahwa sebagian penderita tidak tahu cara menampung dahak yang benar dan sering menemui pasien yang kesulitan mengeluarkan dahak sehingga dapat terjadi kesalahan pembacaan hasil pemeriksaan yang akan menghambat proses pengobatan.

Kemudian berdasarkan hasil wawancara, petugas juga mengaku bahwa kebanyakan dari pasien merasa sudah sembuh sehingga tidak

memerlukan pemeriksaan ulang dan datang kembali untuk pengobatan. Sama seperti penelitian dari Firdaufan, dkk (2011) yang mengungkapkan bahwa salah satu faktor penghambat yang mempengaruhi keberhasilan pengobatan adalah pasien berhenti menjalani pengobatan karena merasa sudah enak. Penelitian dari Slama, *et al* (2013) juga menyatakan hal yang sama bahwa alasan utama pasien putus berobat yaitu pasien merasa sudah sembuh sehingga menghentikan pengobatan. Menurut Zoebir (1997) bahwa hilangnya atau kurangnya gejala penyakit merupakan ukuran kesembuhan bagi penderita sehingga penderita menghentikan pengobatannya, berat ringannya gejala penyakit mempengaruhi kepatuhan berobat (Musyarofah, 2013).

Dalam hal ini faktor yang mempengaruhi angka kesembuhan dan angka konversi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping adalah evaluasi pengobatan dengan pemeriksaan ulang dahak secara mikroskopis yang belum maksimal. Menurut Nurmadya, dkk (2015) menyatakan bahwa pelaksanaan pemeriksaan yang kurang baik akan meningkatkan persentase responden yang tidak berhasil pengobatan, hasil uji statistik didapatkan perbedaan bermakna dengan $p=0,05$.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, memang dibutuhkan evaluasi terhadap pelaksanaan pemeriksaan mikroskopis di laboratorium Rumah Sakit ini, karena berdasarkan data yang diperoleh dari proses penemuan kasus juga banyak pasien TB yang tidak didiagnosis dengan melakukan pemeriksaan secara mikroskopis yaitu dari 118 pasien terdapat

43 pasien atau 36,4% yang tidak melakukan pemeriksaan mikroskopis maupun pemeriksaan penunjang dalam proses diagnosis TB. Hal ini tentu tidak sesuai dengan standar prosedur yang berlaku, seperti diketahui mendiagnosis TB, pasien harus melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Menurut Kurniawan, dkk (2015) mengungkapkan bahwa pemeriksaan dahak penting dilakukan karena diagnosis TB paru dapat ditegakkan apabila didapatkan hasil BTA positif, disamping itu pemeriksaan dahak juga memberikan evaluasi terhadap keberhasilan pengobatan yang sudah dilakukan. Kemudian menurut Arifin & Nawas (2009) menyatakan bahwa penegakan diagnosis TB memerlukan beberapa cara yaitu gejala klinis, pemeriksaan fisik, radiologik, bakteriologik, dan pemeriksaan penunjang lainnya.

Belum maksimalnya pelaksanaan pemeriksaan mikroskopis ini mungkin diakibatkan karena belum dilakukannya evaluasi terhadap unit laboratorium Rumah Sakit oleh Dinas Kesehatan. Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan, laboratorium rumah sakit belum pernah melakukan evaluasi pemantapan eksternal dan peningkatan mutu dengan melakukan uji silang dahak. Hal ini yang mungkin menjadi salah satu faktor rendahnya angka kesembuhan dan angka konversi karena tidak maksimalnya pelaksanaan pemeriksaan mikroskopis pada tahap evaluasi pengobatan. Berdasarkan buku pedoman penanggulangan tuberkulosis tahun 2014 menyatakan bahwa pemantapan mutu pelayanan laboratorium TB merupakan suatu sistem yang disusun secara berkesinambungan untuk

meningkatkan reliabilitas dan efisiensi pemeriksaan sebagai alat diagnostik dan pemantauan hasil pengobatan, kegiatan ini sangat diperlukan agar diagnosis penyakit TB dapat dipertanggungjawabkan mutunya (Kemenkes, 2104).

Belum terlaksananya evaluasi di unit laboratorium Rumah Sakit ini juga karena belum dilakukannya supervisi Dinas Kesehatan dengan melakukan kunjungan langsung dan melakukan evaluasi di Rumah Sakit. Menurut petugas, evaluasi program hanya dilakukan saat petugas melakukan validasi data ke Dinas Kesehatan per 3 bulan, Dinas pernah melakukan kunjungan hanya pada saat awal pembentukan program dan keperluan akreditasi bukan untuk melakukan supervisi dan juga evaluasi di unit laboratorium Rumah Sakit. Menurut Zou, *et al* (2015) mengungkapkan bahwa untuk meningkatkan kerjasama antara Rumah Sakit dengan program TB ialah dengan menyelaraskan kepentingan kedua pihak, meningkatkan pelatihan petugas, dan meningkatkan supervisi terhadap program pengendalian TB di Rumah Sakit agar keberhasilan program dapat tercapai. Kemudian menurut Rahmawati & Budiono (2015) menyatakan bahwa ada hubungan antara faktor supervisi oleh Dinas Kesehatan dengan capaian *success rate* TB paru di Kabupaten Sragen dengan *P value* sebesar 0,041 ($0,041 > 0,05$).

Selanjutnya, hasil cakupan indikator keberhasilan yang belum berhasil adalah cakupan angka pengobatan lengkap. Angka pengobatan lengkap merupakan pasien yang mampu menyelesaikan masa pengobatan TB

hingga tuntas tetapi tidak ada bukti pemeriksaan dahak di akhir pengobatan. Berdasarkan telaah dokumen register kunjungan pasien TB bahwa angka pengobatan lengkap pasien TB di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping adalah sebanyak 40 pasien atau sekitar 43,5% dari 92 pasien TB yang telah menyelesaikan proses pengobatan. Angka ini belum mencapai target nasional, namun begitu jika dibandingkan dengan angka kesembuhan angka pengobatan lengkap lebih tinggi. Hal ini karena peran petugas yang selalu memantau jadwal pengobatan pasien dengan selalu menelfon pasien jika tidak datang pada jadwal yang telah ditentukan, sehingga pasien mampu menyelesaikan proses pengobatan secara teratur selama 6 bulan atau 9 bulan. Menurut Saad & Chandra (2014) mengungkapkan bahwa pengawasan dan perhatian dari tenaga kesehatan serta keluarga adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan yang membutuhkan waktu cukup lama.

Tetapi walaupun angka pengobatan lengkap lebih tinggi dari angka kesembuhan, angka ini masih jauh dari target nasional yaitu 85%. Menurut penulis hal ini dikarenakan kurang lengkapnya pencatatan data pasien TB. Dari hasil penelitian yang telah dilakukan terdapat data pasien yang tidak lengkap pencatatannya yaitu sebanyak 31 pasien (33,7%) dari 92 pasien. Angka ini tentunya bukan angka yang sedikit, karena status dari 31 pasien yang tidak lengkap pencatatannya tidak ada kejelasan apakah statusnya sembuh, gagal pengobatan, atau bahkan meninggal. Kelengkapan

pencatatan merupakan hal yang penting, mengingat fungsi dari pencatatan dan pelaporan merupakan proses yang dapat membantu memonitoring jalannya program dan mengevaluasi sehingga dapat mengawasi jalannya proses pengobatan pasien TB. Menurut Rahmawati & Budiono (2015) sistem pencatatan dan pelaporan sangat berguna dalam proses evaluasi program TB, mengantisipasi jika ada pasien mangkir dan membantu untuk mengurangi angka *drop out* pada pasien TB.

Berdasarkan pengamatan yang peneliti lakukan, kurang lengkapnya pencatatan data pasien TB dikarenakan petugas pencatatan memiliki tugas rangkap yaitu sebagai perawat poli penyakit dalam dan poli syaraf, kemudian selain itu petugas juga bertanggung jawab dalam mengambil kebutuhan pemeriksaan mikroskopis di laboratorium ke Dinas Kesehatan. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian dari Saad & Chandra (2014) bahwa pencatatan dan pelaporan berjalan kurang optimal disebabkan karena petugas pencatatan memiliki tugas rangkap.

Kemudian selain tugas-tugas di atas, perawat pencatatan semakin bertambah pada pengelolaan OAT di Rumah Sakit. Berdasarkan hasil penelitian yang didapat bahwa di Rumah Sakit ini tidak memiliki petugas khusus farmasi yang mengelola OAT serta tidak terdapat pencatatan dan pelaporan pengelolaan OAT di Rumah Sakit. Beban petugas pencatatan dan pelaporan yang banyak dapat mengganggu kinerjanya dalam menjalankan tugas sehingga proses pencatatan pasien TB tidak optimal. Menurut Trisna & Ilyas (2013) dalam penelitiannya menyatakan bahwa

tingginya beban kerja perawat puskesmas dalam penatalaksanaan TB merupakan salah satu faktor yang dapat menurunkan semangat kerja dan memberikan efek menurunkan prestasi kerja perawat.

Dari hasil di atas dapat disimpulkan bahwa petugas pencatatan memiliki tugas yang begitu banyak sebagai perawat pelaksana pelayanan TB Rumah Sakit., padahal Rumah Sakit memiliki tim DOTS yang sudah dibentuk. Hal ini menunjukkan bahwa kerjasama dalam tim DOTS TB Rumah Sakit tidak berjalan dengan baik. Tujuan dibentuknya tim adalah membangun kerjasama antar anggota DOTS di Rumah Sakit yang diharapkan bisa mencapai keberhasilan program TB di Rumah Sakit. Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan, tim DOTS TB Rumah Sakit tidak melakukan pertemuan rutin, selama dibentuknya tim DOTS TB anggota hanya bertemu 2 kali yaitu pada saat pembentukan dan pada saat Rumah Sakit akan akreditasi. Hasil di atas sudah menunjukkan bahwa jejaring internal yang di bentuk Rumah Sakit tidak maksimal sehingga mengakibatkan beban kerja yang hanya bertumpu pada satu petugas saja dan tidak membangun kerjasama tim dengan baik. Sejalan dengan penelitian Saad & Chandra (2014) menyatakan bahwa jejaring internal tim DOTS belum berjalan sesuai dengan yang diinginkan, hal ini dikarenakan kurangnya koordinasi dan sosialisasi. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan tahun 2010, menyebutkan bahwa dalam pelaksanaan program tim DOTS RS harus mengadakan rapat rutin untuk membicarakan semua

hal temuan terkait dengan pelaksanaan pelayanan terhadap pasien TB di Rumah Sakit (Kemenkes, 2010).

Kurangnya kerjasama antar tim DOTS ini mungkin dikarenakan kurangnya sosialisasi dan perhatian dari pihak manajemen Rumah Sakit sehingga pembagian tugas menjadi tidak merata dan bertumpu pada petugas pencatatan. Hal ini tentunya berkaitan dengan komitmen Rumah Sakit sendiri dalam penyelenggaraan program. Seperti hasil penelitian yang peneliti dapatkan, bahwa Rumah Sakit tidak melakukan supervisi terhadap pelaksanaan program TB di Rumah Sakit padahal fungsi dari supervisi adalah melakukan evaluasi terhadap jalannya program, mengidentifikasi kendala dan merencanakan tindak lanjut untuk menyelesaikan kendala-kendala dalam pelaksanaan program TB. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian Suarni, dkk (2013) bahwa salah satu faktor yang menyebabkan implementasi DOTS di RSMP belum berjalan dengan maksimal adalah monitoring dan evaluasi intern RSMP yang belum berjalan. Berbeda dengan hasil penelitian dari Aditama (2013) menunjukkan bahwa dilakukan supervisi oleh kepala Puskesmas dalam bentuk pertemuan rutin bulanan untuk melihat kemajuan dan hambatan setiap program termasuk program penanggulangan TB.

Jika kegiatan supervisi rutin dilakukan permasalahan beban tugas tentunya dapat segera diatasi dengan baik oleh pihak manajemen Rumah Sakit. Dengan keterlibatan dari manajemen Rumah Sakit tentunya akan dapat mengevaluasi beban kerja petugas pencatatan dan dapat membagi

tugas perawat secara merata. Seperti yang diungkapkan Trisna & Ilyas (2013) dalam penelitiannya menyatakan bahwa kemampuan kepala Puskesmas sangat penting dalam pembagian tugas, semua tenaga dibuatkan pembagian tugas yang proporsional serta tanggung jawab yang harus dikerjakan sehingga pembagian tugas merata, diperlukan kerjasama lintas program yang baik dalam kegiatan pelaksanaan program P2TB agar kegiatan program dapat berhasil dengan cakupan indikator tercapai terutama angka kesembuhan pasien.

Kemudian selain tidak melakukan supervisi, Rumah Sakit juga tidak menerima laporan pelayanan TB Rumah Sakit dari petugas, petugas hanya melakukan pelaporan kegiatan ke Dinas Kesehatan. Hal ini menunjukkan keterlibatan Rumah Sakit sebagai penyelenggara program kurang optimal. Padahal dalam buku pedoman penanggulangan TB sudah dijelaskan bahwa adanya laporan dan hasil evaluasi pelaksanaan jejaring internal serta ada rencana tindak lanjut dari hasil evaluasi (Kemenkes, 2010). Hasil ini tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian dari Saad & Chandra (2014) yaitu tim DOTS RSUD Arifin Achmad telah memberikan laporan kepada Rumah Sakit, laporan tersebut diberikan per triwulan namun tidak ditindaklanjuti.

Bagaimana pelaksanaan program akan menjadi optimal jika pemangku program sendiri tidak memiliki komitmen yang kuat dalam pelaksana program TB, jejaring internal yang tidak berjalan dengan optimal yang kemudian tidak ada evaluasi dan tindak lanjut dari jajaran manajemen Rumah Sakit sendirilah yang menyebabkan capaian indikator keberhasilan

belum bisa memenuhi target. Seperti yang diungkapkan oleh Sumantyo dan Probandari (2013) menyatakan bahwa komitmen individu yang kuat dari setiap profesional kesehatan, serta kebijakan yang relevan di Rumah Sakit dan program TB nasional sangat diperlukan untuk memperkuat implementasi DOTS di Rumah Sakit. Pendapat ini juga didukung oleh Harries (2008) mengungkapkan bahwa komitmen politik diperlukan untuk mengembangkan, melaksanakan, dan mengawasi standar pelayanan tuberkulosis agar pelaksanaannya dapat mencapai keberhasilan.

Dari pembahasan yang telah dijabarkan, selain masalah-masalah di atas masih ada beberapa kendala dalam pelaksanaan strategi DOTS di Rumah Sakit yakni diantaranya belum tersedianya ruangan khusus bagi pasien TB dan masih tergabung dengan pasien paru. Namun hal ini tidak menjadi kendala yang besar karena pelayanan terhadap pasien TB masih dapat dilakukan dengan baik. Sejalan dengan penelitian dari Sugihantoro & Rustamaji (2012) yang mengatakan bahwa keterbatasan pelayanan TB di RSD DR. Soebandi yakni belum berdirinya poli tersendiri bagi pelayanan pasien TB.

Faktor selanjutnya adalah belum banyaknya tenaga terlatih yang tergabung dalam tim DOTS TB. Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan banyaknya petugas yang belum diikutkan pelatihan dikarenakan terkendala oleh dana dan belum mendapatkan respon dari Dinas sebagai koordinator program. Hasil ini sejalan dengan penelitian Nugraini, dkk (2015) yang menyatakan bahwa Dinas Kesehatan kota maupun provinsi

belum mengadakan pelatihan TB paru karena adanya keterbatasan dana, hanya kegiatan *refreshing* setiap bulan sehingga pengetahuan, sikap dan keterampilan petugas dalam menemukan kasus baru masih kurang dan capaian CDR belum mencapai target. Kemudian dalam wawancara petugas mengatakan bahwa Dinas lebih mendahulukan petugas Puskesmas untuk diberikan pelatihan dibandingkan dengan petugas Rumah Sakit. Hasil ini didukung oleh hasil penelitian Aditama, dkk (2013) yang mengungkapkan bahwa petugas TB Puskesmas yang belum ikut pelatihan hanya sekitar 3,35%, lebih sedikit jika dibandingkan dengan petugas Rumah Sakit dan tenaga dokter yang belum pelatihan yaitu mencapai 57,14%. Hal ini tentunya butuh evaluasi terhadap kebijakan dari para pemangku program, karena dengan bekal pelatihan petugas dapat menjalankan pelayanan TB sesuai dengan standar, selain itu dengan pelatihan kemungkinan kesalahan dalam tugas dapat berkurang.

Selain itu terkait dengan kebijakan, selain pelatihan yang belum merata ketersediaan OAT di Rumah Sakit juga terkadang tidak sesuai permintaan. Berdasarkan wawancara yang dilakukan, Dinas Kesehatan lebih mengutamakan kebutuhan OAT di Puskesmas dibandingkan di Rumah Sakit. Hasil ini sama seperti hasil penelitian dari Sugihantoro & Rustamaji (2012) yang menyatakan bahwa terdapat selisih antara jumlah obat yang direncanakan dengan obat yang disediakan, hal ini karena OAT dari Dinas Kesehatan diprioritaskan untuk Puskesmas karena Puskesmas merupakan ujung tombak dalam pengendalian tuberkulosis. Kendala-

kendala yang kemudian tidak ada tindak lanjut dari para pemangku program, dalam hal ini Dinas Kesehatan dan jajaran manajemen Rumah Sakit membuat cakupan angka keberhasilan pengobatan TB akan sulit dicapai. Selain kendala pada capaian indikator keberhasilan, faktor-faktor ini yang mungkin secara tidak langsung juga mempengaruhi pelaksanaan strategi DOTS di Rumah Sakit menjadi tidak maksimal. Hal ini dibutuhkan evaluasi ulang dan segera melakukan perbaikan agar kedepannya program ini dapat membantu dalam menanggulangi kasus pasien TB secara nasional.