

KUMPULAN HASIL RISET OPERASIONAL TUBERKULOSIS TAHUN 2005 – 2009

KELOMPOK KERJA RISET OPERASIONAL TUBERKULOSIS
(*Tuberculosis Operational Research Group*)

DIREKTORAT JENDERAL PP DAN PL
KEMENTERIAN KESEHATAN RI



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

K N C V
TUBERCULOSIS FOUNDATION

Sambutan

Dewasa ini Tuberkulosis (TB) masih merupakan masalah kesehatan penting di Indonesia. Indonesia menduduki peringkat ke-5 negara dengan jumlah penderita TB terbanyak di dunia setelah India, China, Afrika Selatan, dan Nigeria. Jumlah pasien TB di Indonesia adalah sekitar 5,8% dari total jumlah pasien TB di dunia. Angka insiden TB di Indonesia pada tahun 2009 adalah 228 per 100.000 penduduk dan TB terjadi pada lebih dari 70% usia produktif. Sehingga kerugian ekonomi akibat TB cukup besar.

TB merupakan indikator keberhasilan MDG (*Millenium Development Goals*) yang harus dicapai oleh Indonesia, yaitu menurunnya angka kesakitan dan kematian menjadi setengahnya di tahun 2015 dibanding dengan tahun 1990. Angka prevalensi TB yang tahun 1990 sebesar 443 per 100.000 penduduk, pada tahun 2015 ditargetkan turun menjadi 222 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2009 angka tersebut adalah 244 per 100.000 penduduk. Sementara angka kematian TB pada tahun 1990 sebesar 92 per 100.000 penduduk, pada tahun 2009 telah turun menjadi 39 per 100.000 penduduk.

Implementasi strategi DOTS di Indonesia saat ini telah dilakukan secara ekspansif dengan hasil cukup baik. Pada tahun 2009 angka cakupan penemuan kasus mencapai 71 % dan angka keberhasilan pengobatan sebesar 90 %. Keberhasilan ini harus dapat kita tingkatkan agar kita mampu menurunkan prevalensi, insiden, dan kematian akibat TB.

Walaupun telah banyak kemajuan yang kita capai dalam Penanggulangan TB di Indonesia, tetapi tantangan masalah TB ke depan masih besar. Kita menyadari bahwa TB tidak bisa diberantas oleh pemerintah atau jajaran kesehatan saja, tetapi harus melibatkan dan bermitra dengan banyak sektor. Upaya terobosan lain yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan RI dalam mencapai target global maupun nasional, serta peningkatan mutu program nasional penanggulangan tuberkulosis yang tidak kalah pentingnya, adalah melaksanakan penelitian di bidang tuberkulosis, melalui pembentukan Pokja Riset Operasional TB (*Tuberculosis Operational Research Group/TORG*).

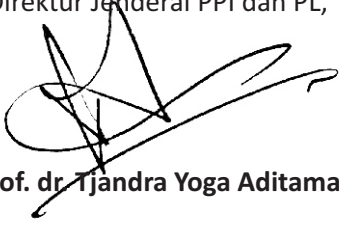
Kegiatan riset dapat meningkatkan kerjasama antara perguruan tinggi dan pengelola program masing-masing daerah. Masukkan dari perguruan tinggi akan dapat memperkaya program dengan ide dan terobosan baru. Sementara keterlibatan pelaksana program akan mempertajam pemilihan prioritas masalah serta meningkatkan komitmen pelaksana program dalam menerapkan rekomendasi dari hasil riset operasional.

Didasari bahwa dengan semakin banyak riset operasional yang dilakukan di Indonesia baik oleh LSM (lembaga swadaya masyarakat), perguruan tinggi atau institusi lain, maka perlu disusun Buku Kumpulan Hasil Riset Operasional TB yang

sangat dibutuhkan sebagai informasi strategis, akan digunakan sebagai acuan kebijakan dalam menyusun strategis pengembangan program TB, di samping itu diharapkan hasil riset operasional dapat tersebar dengan lebih luas, dan bisa menjadi masukan yang berarti bagi seluruh pihak yang terlibat dalam upaya Penanggulangan TB di Indonesia.

Akhirnya kami sampaikan selamat atas terbitnya Kumpulan Riset Operasional TB dan tak lupa saya mengucapkan terima kepada *TORG* Pusat serta *TORG* Provinsi dan semua pihak yang ikut berperan aktif dalam penyusunan Buku Kumpulan Hasil Riset Operasional TB ini.

Direktur Jenderal PPI dan PL,



Prof. dr. Tjandra Yoga Aditama

Sambutan

Pertama-tama marilah kita panjatkan puji dan syukur kehadiran Allah Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya Buku Kumpulan Hasil Riset Operasional Tuberkulosis ini dapat tersusun. Tersusunnya Kumpulan Hasil Riset Operasional TB ini, tentunya merupakan hasil kerja keras dari Kelompok Kerja Riset Operasional TB maupun pihak-pihak lain yang terkait.

Disadari bahwa masih banyak riset operasional TB yang dilakukan di Indonesia, baik oleh LSM (lembaga swadaya masyarakat), perguruan tinggi atau institusi lain yang belum tertampung dalam penyusunan Buku Kumpulan Hasil Riset Operasional TB ini, namun diharapkan Buku Kumpulan Hasil Riset Operasional TB dapat menjadi informasi strategis, yang akan digunakan sebagai acuan kebijakan dalam menyusun strategis pengembangan program TB. Di samping itu diharapkan hasil riset operasional dapat tersebar dengan lebih luas, dan bisa menjadi masukan yang berarti bagi seluruh pihak yang terlibat dalam upaya Penanggulangan TB di Indonesia.

Kepada pihak yang telah bekerja keras merampungkan buku Kumpulan Hasil Riset Operasional TB ini, kami mengucapkan banyak terima kasih. Kritik dan saran demi penyempurnaan pada edisi mendatang sangat kami harapkan.

Ketua Komite Ahli Gerdunas Tuberkulosis,

Prof. Dr. dr. Sydjianto Kasmu, SKM



Pengarah

1. dr. Iwan M. Muljono, MPH (Direktur P2ML)
2. Drg. Dyah Erti Mustikawati, MPH (Ka Subidt TB)

Tim Penyusun

1. dr. Bacht Alisjahbana, SpPD,PhD
2. dr. Yodi Mahendradhata, MSc,PhD
3. dr. Bagoes Widjanarko, MPH,MA
4. dr. Lukman Hakim Tarigan, MMed,Msc
5. Prof. Dr. Catharina Umbul W., dr,MS,MPH
6. dr. Sumanto Simon, SpPK
7. dr. Elisna Syahrudin, SpP,PhD
8. dr. Dina Bisara Lolong, MA
9. Surjana, SKM,MKes
10. Dra. Retno Budiati

Editor

1. dr. Bacht Alisjahbana, SpPD,PhD
2. dr. Yodi Mahendradhata, MSc,PhD
3. dr. Bagoes Widjanarko, MPH,MADaftar Isi

Daftar Isi

Editor	1
Daftar Isi	2
Bab 1. Upaya fasilitasi penelitian operasional dalam bidang pengendalian tuberkulosis di daerah	4
Bab 2. Perilaku pencarian pengobatan penderita TB di Yogyakarta	9
Bab 3. Perilaku masyarakat dan pasien TB dalam mencari pengobatan serta kemampuan pelayanan kesehatan luar gedung dalam mendukung program TB di kecamatan Tanjung Bintang	16
Bab 4. Pemberdayaan Tuha Peut (tokoh masyarakat) dalam program penanggulangan TB melalui peningkatan pengetahuan masyarakat di kabupaten Bireuen wilayah pemerintah Aceh tahun 2009	22
Bab 5. Efek promosi kesehatan pada kelompok masyarakat informal dalam mendeteksi suspek TB di kabupaten Gowa	28
Bab 6. Rendahnya kualitas dari sputum yang diperiksa untuk diagnosis Tuberkulosis dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, di Klaten.....	35
Bab 7. Kualitas proses diagnosis Tuberkulosis di puskesmas kabupaten Sidoarjo Jawa Timur	42
Bab 8. Variasi kinerja puskesmas terhadap penemuan kasus TB dan faktor yang mempengaruhinya di Kota Medan dan Kabupaten Karo	47
Bab 9. Deskripsi faktor-faktor pada penemuan kasus Tuberkulosis di kabupaten Minahasa Utara dan kota Bitung, Sulawesi Utara, 2008	52
Bab 10. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien TB yang diobati dengan strategi DOTS di kota Jayapura Provinsi Papua tahun 2008	59
Bab 11. Penyusunan Indikator Prediksi Kejadian Default TB Melalui PMO Di Poli DOTS Rumah Sakit Hasan Sadikin (RSHS) Bandung	64
Bab 12. Kajian proses deteksi pasien Tuberkulosis dalam upaya implementasi DOTS di rumah sakit Jawa Tengah	70
Bab 13. Deskripsi implementasi strategi DOTS pada rumahsakit di propinsi Kalimantan Selatan tahun 2007 - 2008	75

Bab 14. Kesiapan implementasi Hospital DOTS Linkage dan karakteristik pasien yang berobat di Rumah Sakit di Propinsi Banten	79
Bab 15. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kontribusi Praktisi Swasta Dalam Penjaringan Suspek Tuberkulosis di Provinsi Bali, Tahun 2008 ...	84
Bab 16. Penggunaan International Standard for Tuberculosis Care (ISTC) dalam penegakan diagnosis tuberkulosis paru oleh tenaga medis pada Rumah Sakit Umum di DKI Jakarta 2009	89
Bab 17. Kesimpulan dan Rekomendasi	95

Bab 1. Upaya fasilitasi penelitian operasional dalam bidang pengendalian tuberkulosis di daerah

Bachti Alisjahbana, Yodi Mahendradata, Bagoes Widjanarko

Di awal implementasi DOTS, Indonesia memiliki 590 ribu kasus TB setiap tahunnya dan menempati urutan ketiga di dunia¹ namun sekarang angka ini cenderung menurun menjadi sekitar 584 ribu kasus setiap tahunnya². Selama lima belas tahun implementasi DOTS, cakupan program telah meningkat dengan konsisten dan dari angka *case detection rate* (CDR) 28% pada tahun 2000 hingga mencapai 79% pada tahun 2005. Walaupun terdapat perbaikan indikator cakupan ini secara nasional, dari sejak tahun 2007 hingga 2009, angka pencapaian CDR kemudian menetap disekitar 75-79%². Disamping itu, dengan cakupan DOTS setinggi itu secara nasional, terdapat lebih dari 20 propinsi yang masih mempunyai cakupan dibawah 50%³.

Program Nasional Penanggulangan TB, Direktorat P2ML telah melakukan berbagai upaya untuk mencapai target diatas ini. Rencana Strategi penanggulangan TB Nasional Lima Tahun (2006-2010) telah mencanangkan program percepatan (*acceleration*) dan program perluasan (*expansion*) program. Namun untuk mengatasi stagnasi peningkatan target dan cakupan yang rendah di daerah, program pengendalian TB sering mengalami hambatan dalam mengembangkan upayanya. Berbagai faktor seperti diantaranya kekurang pahaman masyarakat, kesulitan akses, kurangnya sosialisasi dan lemahnya manajemen dan supervisi bisa berkontribusi dalam hal ini. Oleh karena masalah yang dihadapi dalam melaksanakan program sangat beragam, Subdit TB membentuk sebuah kelompok kerja riset operasional tuberkulosis (Tuberkulosis Operational Research Group- disingkat TORG) pada tahun 2004. Pokja ini bertugas memberikan masukan dan rekomendasi kepada program tuberkulosis nasional berdasarkan hasil kegiatan penelitian (*evidence based*). Dalam rangka mencapai tujuan tersebut, Pokja melaksanakan kegiatan peningkatan kapasitas penelitian operasional di propinsi-propinsi dengan cakupan rendah dan mensosialisasikan hasil studi dalam bentuk rekomendasi bagi para pemangku kepentingan untuk dipakai sebagai dasar pengambilan keputusan.

Sampai dengan saat ini, TORG telah membimbing 24 tim peneliti yang berasal dari 23 propinsi dalam melakukan penelitian operasional dalam bidang tuberkulosis. Tiap tim propinsi terdiri dari lima orang anggota yang merupakan gabungan dari akademisi dan pelaksana program atau Dinas Kesehatan yang terkait. Masing masing bimbingan dilakukan dalam bentuk rangkaian kegiatan yang terdiri dari 5 tahapan yaitu 1) sosialisasi dan rekrutment anggota tim, 2) pelatihan pengembangan rencana penelitian. 3) Pelaksanaan penelitian selama 6-9 bulan 4) pelatihan analisis data dan pembuatan laporan dan diakhiri dengan 5) laporan diseminasi hasil penelitian di propinsi masing masing dan pembuatan rencana tindak lanjut. Kegiatan

pertama dan terakhir dilaksanakan di ibu kota propinsi tersebut dan melibatkan sebanyak mungkin *stakeholder* yang terkait.

Mengingat besarnya manfaat dari hasil penelitian ini untuk pengembangan program, dan perlunya sosialisasi hasil lebih jauh lagi, maka disusunlah buku kumpulan laporan penelitian operasional ini. Buku ini menyajikan 15 laporan penelitian yang telah dilakukan oleh ke 15 kelompok yang pernah dibimbing oleh Pokja TORG sejak tahun 2004. Laporan disusun dalam tulisan singkat, sistematis dan praktis sehingga diharapkan pembaca dapat dengan cepat mengetahui tujuan dan metodologi penelitian yang telah dilaksanakan, dan mengerti hasil dan rekomendasi yang dihasilkannya dengan mudah. Untuk itu, permasalahan yang dibahas dalam buku ini dikelompokkan dalam pengelompokan yang logis mulai dari perilaku mencari pertolongan layanan kesehatan, upaya pemberdayaan masyarakat, upaya penemuan kasus, upaya peningkatan kepatuhan berobat, peningkatan kinerja pengelolaan penderita TB, upaya pelibatan rumah sakit dan praktisi swasta. Paparan selanjutnya memberikan ringkasan mengenai tujuan dan ruang lingkup penelitian yang telah dilakukan oleh 15 kelompok peneliti dalam tim penelitian operasional riset TB.

Perilaku masyarakat dalam mencari layanan kesehatan diulas dalam 2 penelitian pertama. Di **Bab 2**, kelompok peneliti di Yogyakarta mengeksplorasi perilaku penderita TB dalam mencari pengobatan untuk keluhannya. Penelitian yang dilakukan secara kualitatif ini telah mengidentifikasi beberapa jenis penderita dilihat dari tahapan pencarian pertolongan dan waktu yang diperlukan untuk sampai pada unit pelayanan DOTS. Kondisi seperti ini merupakan masukan bagi program untuk mengatasinya. Kelompok Lampung di **Bab 3** juga menggambarkan perilaku masyarakat dan penderita TB dalam mencari pertolongan tenaga kesehatan di level kecamatan daerah *urban-rural*. Kelompok ini memaparkan besarnya jumlah penderita yang menggunakan sarana layanan kesehatan non formal saat berobat pertama kali. Permasalahannya adalah hanya sedikit layanan kesehatan informal yang bisa memberikan arahan pasien untuk berobat ke unit layanan DOTS. Paparan ini memberikan alternatif pada pemecahan masalah yang bisa dilakukan di lapangan.

Perilaku masyarakat untuk mencari pertolongan tenaga kesehatan juga dipengaruhi pula oleh **peran tokoh atau individu kunci** yang berada di dalam masyarakat. Penelitian yang diulas pada **Bab 4** dari propinsi Aceh mengetengahkan peran Tuha Peut, sekelompok individu yang berpengaruh di masyarakat. Tuha Peut mempunyai

fungsi yang cukup signifikan dalam mengambil keputusan yang bijaksana berkenaan dengan kehidupan masyarakat. Di **Bab 5** kelompok peneliti propinsi Sulawesi Selatan telah menunjukkan peran dari kelompok masyarakat informal pada peningkatan penjarangan suspek TB. Kelompok masyarakat informal yang dimaksudkan adalah kader, guru SD, dukun, kelompok pengajian dan mantan penderita TB.

Dalam layanan DOTS, upaya **penemuan kasus berdasar pemeriksaan dahak** merupakan pilar pertama untuk program dan dasar untuk menghitung CDR. Berbagai faktor yang bisa mempengaruhi kualitas pemeriksaan ditengarai dalam 4 bab. Pada **Bab 6**, Kelompok Jawa Tengah 2 menunjukkan rendahnya kualitas sputum yang diserahkan pada petugas laboratorium untuk pemeriksaan mikroskopis. Penelitian ini juga telah mengidentifikasi faktor-faktor yang berpengaruh pada rendahnya kualitas dahak. Selanjutnya dalam **Bab 7** kelompok Jawa Timur menilai kinerja program penjarangan suspek dan upaya diagnosis TB oleh petugas di Puskesmas dan Rumah sakit. Penelitian ini menunjukkan banyaknya prosedur yang masih lemah dan perlu ditingkatkan untuk bisa menjalankan DOTS dengan optimal. Dalam **Bab 8** kelompok Sumatera Utara secara lebih spesifik menilai faktor sumber daya manusia pengelola dan sistem manajemen TB DOTS. Dalam hal ini secara detail di gambarkan beban aktivitas yang harus dilakukan oleh petugas Puskesmas, kepuasan kerja dan peran insentif dalam pencapaian kualitas kerja yang baik. Di **Bab 9** kelompok Sulawesi Utara mengkaji faktor-faktor di tingkat puskesmas yang mempengaruhi penemuan kasus TB.

Kepatuhan penderita TB dengan rejimen pengobatan selama 6 bulan selalu merupakan perhatian bagi banyak pelaksana program DOTS. Bagi daerah dan institusi yang belum berhasil mengelola penderita TB dengan angka kesembuhan diatas 85%, dianjurkan untuk tidak melakukan perluasan program. Khusus untuk hal ini, Propinsi Papua mendapatkan perhatian karena angka kesembuhan yang masih dibawah target. Penelitian yang di paparkan di **Bab 10** memaparkan faktor yang berhubungan dengan kepatuhan penderita berobat di Kota Jayapura. Rendahnya pengetahuan dan kurangnya KIE sebelum terapi adalah faktor yang dapat dimodifikasi. Disamping ini terdapat pula beberapa faktor resiko yang dapat membuat petugas jadi lebih waspada. Pengetahuan yang diperoleh ini diperkaya dengan penelitian dari kelompok Jawa Barat di **Bab 11** yang mengidentifikasi faktor-faktor pada Pemantau minum obat yang mempengaruhi kepatuhan seseorang penderita TB di Rumah Sakit rujukan. Kedua penelitian ini memberikan rekomendasi

yang praktis bagi program TB Nasional khususnya untuk meningkatkan keberhasilan pengobatan penderita TB.

Peran rumah sakit dan praktisi swasta dalam pengelolaan TB sangat penting khususnya di kota-kota besar. Kolaborasi dalam pengelolaan program TB sebaiknya di laksanakan dalam konsep *Hospital DOTS Linkage* (HDL). Dalam hal ini, kelompok propinsi Jawa Tengah 2 di **Bab 12** menilai seberapa besar penerimaan program DOTS di Rumah Sakit pada tahun 2004, sebelum program HDL di canangkan. Tampak bahwa pengertian petugas rumah sakit, khususnya dokter, perawat dan petugas laboratorium yang berhubungan dengan TB masih lemah. Sehingga tidak sedikit rumah sakit yang menolak program TB saat itu. Dalam **Bab 13**, Kelompok Kalimantan Selatan juga melakukan penelitian pada 6 Rumah Sakit untuk melaksanakan program TB. Dalam penemuan ternyata pemahaman pimpinan rumah sakit dan pelaksana masih terlalu beragam. Sebelum sampai pada kemajuan yang kondusif untuk pengembangan sistem,, tampaknya perbaikan pada pemahaman ini penting untuk dilakukan. Pada **Bab 14**, Kelompok Banten juga meneliti kesiapan rumah sakit Serang, Cilegon dan Tanggerang untuk melaksanakan HDL. Penelitian ini menunjukkan banyaknya hal yang masih harus diperbaiki untuk mempercepat pengembangan HDL. Satu hal yang positif adalah hasil telaah pada pasien TB yang berobat menunjukkan besarnya potensi jumlah pasien untuk mendongkrak cakupan dan masih besarnya potensi kerjasama untuk rujuk balik dan meningkatkan kualitas pelayanannya. Dalam **Bab 15** Kelompok DKI Jakarta mengarahkan perhatian pada *International Standard for Tuberculosis Care* atau ISTC. Penelitian ini mengukur seberapa besar kepatuhan dokter yang telah dilatih pada pelaksanaan penderita TB sesuai ISTC. Hasil ini juga menengarai hal-hal yang sering tidak dipatuhi dan bisa menjadi arah dari pemberdayaan selanjutnya. Upaya paling sulit untuk mencapai cakupan program TB total adalah **melibatkan praktisi swasta**. Telaah ke arah potensi khususnya praktek partikelir dokter sudah dilakukan oleh Kelompok Bali dan kelompok DKI Jakarta. Dalam **Bab 16** Kelompok Bali melakukan penelitian berdasarkan pertanyaan mengapa kontribusi praktisi swasta pada program TB sangat kecil padahal sebagian besar dari mereka telah dilatih program TB. Penelitian ini telah menengarai beberapa faktor penting yang berhubungan dengan partisipasi para praktisi ini mengirimkan pasiennya pada program TB.

Luasnya topik dan daerah penelitian yang berhasil dicakup oleh semua penelitian-penelitian operasional ini penting untuk didokumentasikan. Banyak hasil dan rekomendasi dapat diperoleh dari penelitian-penelitian ini yang dapat digunakan

untuk intensifikasi dan ekstensifikasi program TB. Setelah paparan dari masing masing penelitian, diakhir buku ini terdapat **Bab 17** yang berisi mengenai ringkasan kesimpulan penelitian dan rekomendasi yang diberikan kepada *stakeholder* terkait. Hal ini diharapkan dapat memberikan dampak pada perbaikan program TB selanjutnya.

Daftar Pustaka:

1. WHO. WHO Report 2006; Global Tuberculosis Control, Surveillance, Planning, Financing. Geneva: WHO; 2006.
2. WHO. WHO Global TB Report 2009: Epidemiology, Strategy, Financing. Geneva: WHO; 2009.
3. Sub-Dit TB. Kerangka Kerja Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial Sub-Dit TB tahun 2007 - 2011. Jakarta: Sub-Dit TB, Kementerian Kesehatan; 2007.

Bab 2. Perilaku pencarian pengobatan penderita TB di Yogyakarta

Ning Rintiswati¹, Suharna², Susilawati³, Purwanta¹, Yanri Wijayanti¹,
Yodi Mahendradhata¹, Marieke Van der Werf⁴

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, ²Dinas Kesehatan Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, ³Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, ⁴KNCV Tuberculosis Foundation

Latar Belakang

Meskipun telah banyak upaya yang dilakukan untuk memperkuat program pengendalian TB di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), *case detection rate* (CDR) di DIY tahun 2003 masih rendah yaitu 30%, kurang dari separuh target global (70%) yang diharapkan dicapai pada tahun 2005. Dengan demikian kemungkinan terdapat banyak penderita TB di DIY yang selama ini tidak datang ke unit pelayanan kesehatan yang menjalankan strategi DOTS (Puskesmas, BP4, RS pemerintah dan swasta), melainkan datang ke praktisi swasta (dokter, perawat, bidan) atau pengobatan alternatif yang tidak menggunakan sistem DOTS atau mengobati diri sendiri. Studi-studi di negara lain menunjukkan bahwa perilaku pencarian pengobatan ini berkaitan dengan banyak faktor, antara lain: kendala akses secara geografis, pendidikan, kesadaran masyarakat, ketidakmampuan tenaga kesehatan untuk mendeteksi TB, nasihat keluarga^{1, 2, 3}. Bervariasinya faktor-faktor yang terdokumentasi dalam studi-studi tersebut menunjukkan pentingnya pengaruh konteks lokal. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pola perilaku pencarian pengobatan pada penderita TB di DIY dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Metode

Studi *cross-sectional* ini menerapkan metode *purposive sampling* dengan menggunakan teknik variasi maksimum. Dua kabupaten di Propinsi Yogyakarta dipilih berdasarkan hasil CDR terendah dan tertinggi pada tahun 2003. Penderita TB dan anggota keluarga dipilih berdasarkan kehadiran mereka di fasilitas pelayanan kesehatan yang mereka datangi. Anggota masyarakat dipilih dari daerah kota dan daerah desa. Proporsi responden laki-laki dan perempuan diupayakan mencerminkan proporsi laki-laki perempuan pada register TB kabupaten/kota (2:1). Studi ini menggunakan dua strategi pengumpulan data kualitatif: (1) wawancara mendalam dengan penderita TB dan kerabat penderita TB; (2) *Focus Group Discussion* (FGD) dengan anggota masyarakat. Wawancara dilakukan oleh tim peneliti yang terdiri dari 5 peneliti dibantu oleh 5 asisten peneliti dari Fakultas Kedokteran dan Fakultas Antropologi, Universitas Gadjah Mada.

Tim peneliti dalam studi ini menargetkan wawancara pada 70 penderita TB: 30 penderita TB berasal dari pelayanan kesehatan dengan sistem DOTS (rumah sakit, puskesmas dan BP4); 30 penderita TB berasal dari pelayanan kesehatan tanpa menggunakan sistem DOTS (dokter spesialis dan dokter umum); dan 10 penderita TB

dari pengobatan tradisional. Enam FGD diadakan di 6 daerah berbeda (3 daerah perkotaan dan 3 daerah pedesaan).

Transkrip hasil wawancara dengan penderita TB dan keluarga diberi kode berdasarkan kabupaten, pelayanan kesehatan, dan jenis kelamin. Semua transkrip dari FGD disimpan di sekretariat. Sesudah itu, tim peneliti melakukan pembersihan data dan memasuk ke lembar data. Data diproses secara manual. Tim peneliti mengidentifikasi tema-tema melalui penyusunan matriks data transkrip. *Ethical clearance* diperoleh dari komite etik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.

Hasil

Tim peneliti mewawancarai 67 penderita TB di Kota Yogyakarta dan Kabupaten Kulon Progo. Kebanyakan responden adalah penduduk Kota Yogyakarta; hanya 17 yang berasal dari Kabupaten Kulon Progo. Responden dari Kota Yogyakarta dan Kabupaten Kulon Progo mempunyai kesamaan dalam hal jenis kelamin, umur dan tingkat pendidikan. Perbedaan yang paling mencolok adalah dalam hal tingkat pendapatan, dimana responden dari Yogyakarta dengan tingkat pendapatan lebih tinggi karena pendapatan mereka diatas UMR yang sebesar Rp 400.000,00. Perilaku responden mencari pengobatan dapat dikategorikan dalam beberapa jenis seperti yang ditampilkan dalam Tabel 1. "Kasus-kasus Impian" dimana penderita TB mendatangi fasilitas DOTS dalam 1 bulan, kurang dari 20%. Tipe "lambat tapi pasti" dan tipe "suka jalan-jalan" merupakan pola perilaku yang paling dominan. Hal ini menyiratkan bahwa kebanyakan penderita TB yang terdaftar oleh pelayanan DOTS terlambat didiagnosis dan banyak yang menerima perawatan yang kurang tepat.

Tabel 1. Pola perilaku pencarian pengobatan pada pasien TB di DIY

Pola Perilaku	Deskripsi	N (%)
Kasus “impian Program P2TB”	kasus yang mencerminkan bahwa pasien mendatangi fasilitas DOTS dalam 1 bulan, atau kurang, dari gejala awal, setelah melakukan pengobatan sendiri atau konsultasi dengan sebuah pelayanan non-DOTS	12 (17,9%)
Kasus “lambat tetapi pasti”	kasus yang mencerminkan bahwa pasien mendatangi fasilitas DOTS setelah lebih dari 1 bulan sejak gejala awal muncul setelah melakukan pengobatan sendiri atau konsultasi dengan sebuah pelayanan non-DOTS	23 (34,3%)
Kasus “suka jalan-jalan”	kasus yang menunjukkan bahwa pasien mendatangi fasilitas DOTS setelah lebih dari 1 bulan dari gejala awal, dan sebelumnya telah berkonsultasi dengan 2 atau lebih pelayanan non-DOTS	30 (44,8%)
Kasus “mimpi buruk P2TB”	kasus yang mencerminkan bahwa pasien tidak pernah mendatangi fasilitas DOTS	2 (3%)
Total		67 (100%)

Setelah kemunculan gejala-gejala awal, kebanyakan penderita TB pada awalnya memilih dokter praktek swasta (29,9%), puskesmas (25,4%), BP4 (14,9%), dan RS swasta (13,4%). Lainnya memilih pergi ke RS umum terlebih dulu, perawat atau bidan, atau pengobatan tradisional (dibeli di toko/pasar atau dari terapis tradisional). Pola ini banyak terjadi di Kotamadya Yogyakarta. Di Kabupaten Kulon Progo, pilihan pertama adalah puskesmas (29,4%), sedangkan dokter praktek swasta (23,5%), dan perawat atau bidan (23,5%) berada di rangking kedua. Kebanyakan pasien memilih pilihan-pilihan pelayanan kesehatan pertama dalam waktu kurang dari 1 bulan. Dokter praktek swasta dan puskesmas tampaknya merupakan pilihan

Bab 2. Perilaku pencarian pengobatan penderita TB di Yogyakarta

Ning Rintiswati, RK

pertama bagi penderita TB. Terdapat sejumlah penderita TB yang langsung berobat ke pelayanan DOTS.

Tabel 2. Pilihan awal pelayanan kesehatan, alasan dan pengalaman berobat penderita TB di DIY

Pelayanan Kesehatan pilihan utama	Alasan	Inisiatif	Akses	Tarif	Kualitas layanan
Dokter Umum	pengalaman awal (50%)	inisiatif pribadi (55%)	<15 menit dengan naik kendaraan bermotor (60%)	tidak mahal (75%)	baik (90%)
	jarak yang dekat, pendapatan, kemampuan (50%)	Nasihat orang tua + pasangan (45%)		mahal (25%)	buruk (10%)
Puskesmas	jarak yang dekat (53%)	inisiatif pribadi (53%)	<15 menit dengan naik kendaraan bermotor / jalan kaki (82%)	tidak mahal (100%)	cukup (70%)
	kemampuan, pengalaman awal (47%)	Nasihat orang tua + pasangan (47%)			buruk (24%)
BP4	pengalaman awal (30%)	inisiatif pribadi (70%)	>15 menit dengan naik kendaraan bermotor (50%)	tidak mahal (100%)	cukup (100%)
	kelengkapan (30%)	Nasihat teman, orang tua + pasangan (30%)			
RS Swasta	pengalaman awal (63%)	nasihat pasangan (77%)	>15 menit dengan naik kendaraan bermotor (50%)	tidak mahal (78%)	baik (89%)
	kelengkapan (38%)				mahal (22%)
Perawat / bidan	Jarak yang dekat (50%)	inisiatif sendiri (50%)	tidak spesifik	Tidak mahal (100%)	Cukup (100%)

Hampir semua kerabat pasien TB (93,8%) memberikan saran ketika gejala muncul pertama kali. Sebesar 87,5% menyarankan pasien untuk berkonsultasi ke pelayanan kesehatan, sedang lainnya menyarankan untuk berobat ke toko obat atau dengan obat-obat tradisional. Dokter praktek swasta paling sering disarankan oleh anggota keluarga (43,8%) diikuti oleh puskesmas (18,8%) dan RS swasta (18,8%). Sedikit yang menyarankan perawat atau bidan atau balai pengobatan. Kebanyakan menyatakan saran didasarkan pada pengalaman sebelumnya (33,3%) dan usaha yang telah dilakukan (33,3%). Hanya sedikit yang menganggap pelayanan kesehatan yang diterima mahal, tidak ada satupun yang mengungkapkan persepsi kualitas layanan yang buruk, namun kebanyakan (62,5%) mereka merasa tidak ada kemajuan setelah menjalani pengobatan yang diberikan oleh pelayanan kesehatan yang didatangi pertama kali. Seperti penderita TB, mereka juga berharap kesembuhan yang cepat setelah pengobatan.

Diskusi

Dari hasil studi dapat ditunjukkan ada 4 stereotipe dasar dari perilaku penderita TB mencari pengobatan. Banyak pasien menjalani pengobatan sendiri dengan menggunakan obat bebas (34%) atau obat-obatan tradisional (13%) sebelum mencari pelayanan kesehatan. Ini menunjukkan bahwa mereka merasakan gejala-gejala awal sebagai gejala sakit ringan dan membuat mereka mencoba pengobatan sendiri hingga menyebabkan pasien menunda mencari pelayanan DOTS. Pasien pergi ke pelayanan kesehatan setelah merasa tidak ada kemajuan dengan pengobatan sendiri. Pola penundaan yang terjadi menunjukkan bahwa hanya sedikit pasien didiagnosis oleh pelayanan DOTS dalam 1 bulan setelah gejala pertama muncul (17,9%). Penundaan selama 1 bulan atau lebih juga ditemukan diantara pasien di Lusaka⁴ dan India Selatan³. Survey dari Ethiopia dan Afrika Selatan melaporkan penundaan pasien yang lama⁵.

Studi di India Selatan contohnya, menunjukkan bahwa disamping penundaan oleh pasien sendiri sampai lebih dari 1 bulan, kebanyakan pasien juga mengalami tambahan penundaan lebih dari 7 hari karena faktor yang disebabkan oleh sistem kesehatan³. Dalam studi ini penundaan oleh sistem kesehatan tidak diamati secara khusus, tetapi data penelitian ini menunjukkan bahwa lebih dari separuh (56,7%) pasien TB tidak diperiksa dahak oleh pelayanan kesehatan yang mereka datangi pertama kali. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa fasilitas pelayanan DOTS ternyata tidak selalu melakukan pemeriksaan dahak pada pasien meski dicurigai menderita TB.

Pasien TB di daerah studi ini lebih suka datang ke dokter praktek swasta sebagai pelayanan pilihan pertama, terutama di Kota Yogyakarta. Di Kabupaten Kulon Progo, puskesmas tetap menjadi pilihan utama, diikuti dokter praktek swasta di tempat kedua. Perbedaan ini mungkin dapat dijelaskan oleh fakta bahwa penduduk di daerah pedesaan memikirkan kemampuan dan akses sebagai faktor kunci dalam memilih pelayanan atau karena ketersediaan dokter swasta di Kulon Progo lebih sedikit dibandingkan di Kota Yogyakarta. Berdasarkan penemuan, tampak nasehat keluarga seperti pasangan, orangtua atau teman berperan penting dalam perilaku mencari pengobatan tertentu. Anggota rumah tangga dan faktor masyarakat juga cukup mempengaruhi.

Hasil penelitian menggarisbawahi bahwa: (1) Kebanyakan pasien TB perlu waktu lebih dari 1 bulan untuk mendatangi pelayanan DOTS setelah gejala awal muncul dan berkonsultasi ke sejumlah pelayanan kesehatan terlebih dahulu; (2) Dokter praktek swasta merupakan pelayanan pilihan pertama pasien TB, terutama pada masyarakat kota; dan (3) Faktor yang mempengaruhi perilaku mencari pengobatan adalah tingkat pendapatan dan saran dari anggota keluarga atau teman.

Berdasarkan hasil penelitian ini tim peneliti menyarankan pada dinas kesehatan untuk: (1) Meningkatkan kolaborasi (jaringan) dengan dokter praktek swasta; (2) Meningkatkan promosi kesehatan kepada masyarakat mengenai TB; (3) Memberikan informasi kepada masyarakat bahwa puskesmas menyediakan pelayanan TB dan gratis; dan (4) Meningkatkan penyuluhan kepada pasien dan keluarganya mengenai TB dan pengobatannya.

Ucapan terima kasih

Terima kasih kami sampaikan pada semua pihak yang telah membantu terselenggaranya penelitian ini. Kegiatan ini dapat berlangsung karena dukungan yang kami peroleh dari Dinas Kesehatan Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo, Subdit tuberculosis, Kementerian Kesehatan RI, KNCV tuberculosis foundation dan USAID.

Daftar Pustaka

1. Lienhardt C, Rowley J, Manneh K, Lahai G, Needham D, Milligan P, Mc Adam KP. 2001 Factors affecting time delay to treatment in a tuberculosis control programme in a sub-Saharan African Country: the experience of The Gambia. *Int. J. Tuberculosis Lung Dis* 5(3):233-239.

2. Anandhi CL, Nagaraj VK, and Kumar R, 2002. Knowledge and practice pattern of non-allopathic indigenous medical practitioners regarding tuberculosis in a rural area of India. *Int. J. Tuberculosis Lung Dis* 6(6):553-555
3. Rajeswari R, Chandrasekaran V, Suhadev M, Sivasubramaniam S, Sudha G Renu G. 2002. Factors Associated with Patient and Health System Delays in the Diagnosis of Tuberculosis in South India. *Int. J Tuberc Lung Dis.* 6 (9): 789-795.
4. Godfrey-Faussett P, Kaunda H, Kamanga J, Van Beers S, Van Cleff M, Kumwenda-Phiri R, Tihon V. 2002. Why do Patients with a Cough Delay Seeking Care at Lusaka Urban Health Centres? A Health System Research Approach. *Int. J Tuberc Lung Dis.* 6 (9): 796-805.
5. Demissie M, Lindtjorn B, Berhane Y. 2002. Patient and Health Service Delay in the Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis in Ethiopia. *BMC Public Health*, 2(23) . page 1-7.

Bab 3. Perilaku masyarakat dan pasien TB dalam mencari pengobatan serta kemampuan pelayanan kesehatan luar gedung dalam mendukung program TB di kecamatan Tanjung Bintang

Haris Kadarusman¹ , Ferizal Maska², Nurul Islamy³ , Agus Setyo Widodo⁴, Darman Zayadan⁴, Endang Lukitosari⁵, Bachtis Alisjahbana⁶

¹Politeknik Kemenkes Tanjungkarang, ²Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) MITRA Lampung, ³Program Study Kedokteran Universitas Lampung, ⁴Dinas Kesehatan Proponsi Lampung, ⁵ Sub Direktorat Tuberkulosis, Dit Jen P2PL, Kementerian Kesehatan, ⁶ Bagian Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran, RS dr Hasan Sadikin, Bandung,

Latar belakang

Propinsi Lampung mulai melaksanakan strategi *Directly Observe Treatment Shortcourse* (DOTS) sejak tahun 2003. Pada Tahun 2007 sudah seluruh Puskesmas melaksanakannya, namun *Case Detection Rate* (CDR) pada akhir Tahun 2007 hanya mencapai 40.6%, lebih rendah dibandingkan dengan target nasional 70%. CDR Kabupaten Lampung Selatan pada tahun 2007 mencapai 40.4% dan CDR terendah ada di Kecamatan Tanjung Bintang, yaitu 27.8%. Hal ini menjadi perhatian karena sebenarnya Puskesmas Tanjung Bintang memiliki tenaga kesehatan dan sumber daya yang cukup untuk program TB.

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan perilaku masyarakat dan penderita TB di Kecamatan Tanjung Bintang dalam mencari pengobatan dan seberapa besar masyarakat dan penderita TB di Kecamatan Tanjung Bintang memanfaatkan tenaga pelayanan kesehatan luar gedung (tenaga yankes non formal), yaitu penyedia pelayanan kesehatan selain Puskesmas seperti Pustu, Dokter Praktek, Perawat, Bidan dan dukun. Selain itu penelitian ini juga mendeskripsikan kemampuan dan ketersediaan tenaga yankes non formal dalam mendukung pelayanan program TB.

Metode

Jenis Penelitian adalah eksploratif, data dikumpulkan dengan cara wawancara dengan kwesioner terstruktur dari 3 kelompok responden yaitu masyarakat umum, penderita TB dan petugas kessehatan yang memberikan pelayanan kesehatan selain di puskesmas.

Jumlah sampel dari masyarakat ditetapkan berdasarkan teknik *Rapid Survey* dimana wilayah Kecamatan Tanjung Bintang dibagi menjadi 30 klaster dengan berdasarkan jumlah penduduk. Dari setiap klaster diambil 10 sampel, sehingga jumlah sampel total mencapai 300 Rumah Tangga dan responden adalah Kepala Keluarga atau Ibu Rumah tangga.

Sampel penderita TB diambil untuk menggambarkan riwayat mencari pengobatan oleh penderita TB secara spesifik. Seluruh penderita TB yang ada dalam daftar yang tercatat di Puskesmas pada tahun 2001 – 2007 dijadikan responden walaupun statusnya sudah tidak berobat lagi. Wawancara terhadap penderita TB lebih ditekankan pada pencarian pengobatan TB sebelum akhirnya sampai pada program DOTS di Puskesmas.

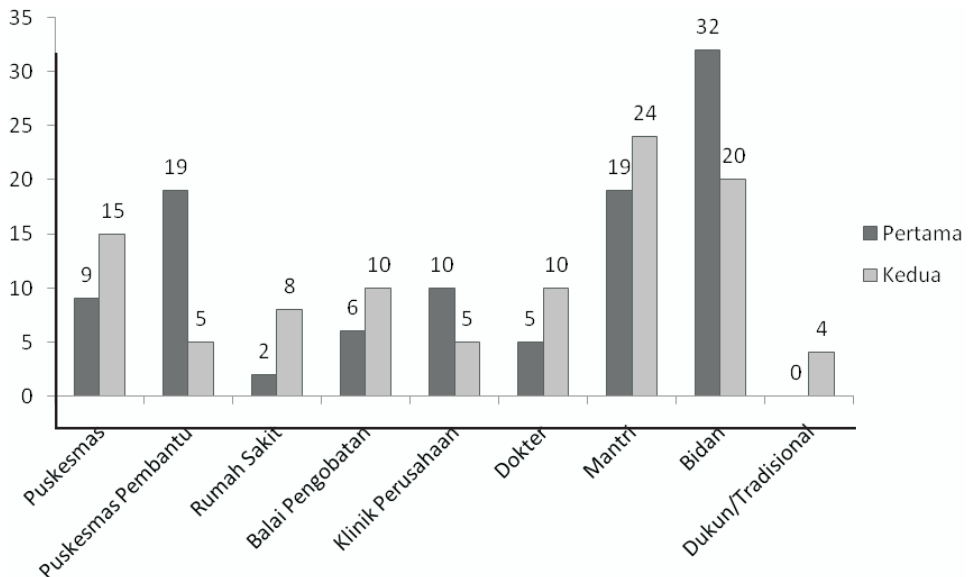
Survey pada Tenaga Pelayanan Kesehatan Non Formal; dilakukan pada seluruh tenaga yankes non formal yang tercatat di Puskesmas yang aktif memberikan pelayanan kesehatan di wilayah Kecamatan Tanjung Bintang. Wawancara pada tenaga yankes non formal lebih dititik beratkan pada pengetahuan dan sikap tenaga yankes non formal tentang program TB serta kesediaan tenaga yankes non formal untuk ikut serta dalam pelaksanaan program TB.

Pelatihan tenaga pengumpul data dan uji coba kwesioner dilakukan selama 3 hari di Kecamatan Natar. Pemetaan untuk menetapkan klaster bagi sampel masyarakat, tenaga yankes non formal serta pelacakan penderita TB Tahun 2001 – 2007. Pengumpulan data dilaksanakan pada bulan Juni – Juli 2007. Pengolahan dan analisa data dilakukan dengan program SPSS 12.

Hasil penelitian

Perilaku masyarakat dalam mencari pengobatan:

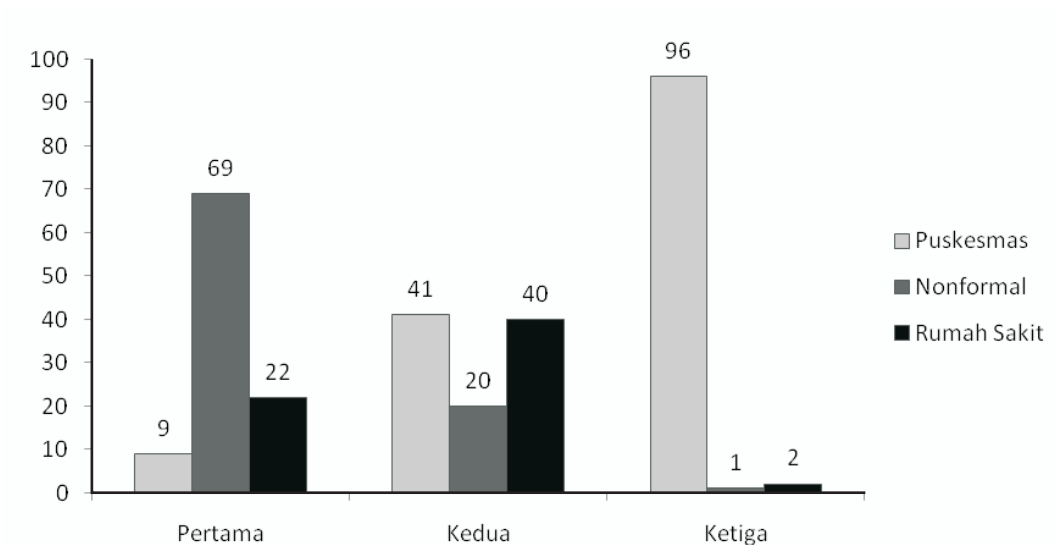
Wawancara dilakukan terhadap 293 sampel masyarakat dari rencana 300 sampel (98 %), Hasil penelitian menunjukkan 80 % masyarakat biasa membeli obat sendiri bila sakit ringan seperti batuk kurang dari 1 minggu atau panas kurang dari 2 hari, bila tidak sembuh atau mereka memerlukan tempat pelayanan kesehatan maka mereka biasa mengunjungi tempat pelayanan kesehatan sebagai berikut :



Gambar 1. Tempat Pencarian Pengobatan Masyarakat untuk sedikitnya 1 jenis keluhan penyakit yang muncul dalam maksimum 3 hari (total responden n = 293)

Tempat pertama yang biasa dikunjungi paling banyak oleh masyarakat adalah bidan (32%), diikuti perawat dan pustu masing masing 19%, terendah ke Puskesmas hanya 9%. Alasan terbanyak ketempat berobat pertama tersebut adalah karena dekat dan murah (62%).

Sebagai tempat pengobatan kedua bila pengobatan pertama tidak sembuh, puskesmas hanya dipilih oleh 15% masyarakat, sedangkan tempat yang lebih dipilih masyarakat adalah mantri/ Perawat (24%) dan bidan (20%). Pengobatan tradisional/ dukun juga mulai dipilih masyarakat sebagai tempat pengobatan kedua (4%):



Gambar 2. Tempat pencarian pengobatan pertama, kedua dan ketiga bagi pasien TB.

Penelitian pada penderita TB menunjukkan bahwa Puskesmas di pilih tempat pengobatannya yang pertama hanya pada 9%. Sebanyak 69% penderita TB lebih memilih Pelayanan Kesehatan Nonformal (seperti: Pustu, bidan, perawat, dokter, BP, dukun). Alasan utama ketempat pengobatan yang pertama adalah dekat dengan rumah (33%). Pada pencarian pengobatan kedua, penderita TB yang mendatangi

Puskesmas meningkat menjadi 41 %, dan pada pencarian pengobatan yang ketiga sebanyak 96 %, penderita TB telah ke puskesmas dan seluruh penderita TB telah berobat di Puskesmas pada pencarian pengobatan keempat.

Sebanyak 54 orang tenaga yankes non formal masih melakukan kegiatan pelayanan kesehatan Tiga puluh lima (65 %) tenaga yankes non formal dalam 3 bulan terakhir pernah melayani pasien suspek atau penderita TB. Dari seluruh tenaga yankes non formal yang pernah melayani suspek atau penderita TB, sebanyak 14 % tenaga yankes non formal pernah melayani pasien TB yang telah di diagnosis puskesmas dan sebanyak 86 % tenaga yankes non formal melayani suspek TB berdasarkan gejala klinisnya. Sebanyak 54 % tenaga yankes non formal merujuk pasien suspek atau penderita TB ke Puskesmas dan sebanyak 40 % tenaga yankes non formal merujuk pasien suspek atau penderita TB ke Rumah sakit, sedangkan 5,8% lainnya merujuk ke Dokter Spesialis atau diberi obat sendiri.

Sebanyak 93 % tenaga yankes non formal menyatakan bersedia ikut serta dalam program TB dengan alasan untuk menambah pengetahuan tentang TB (48 %), menurunkan angka kasus TB (22 %), mencegah penularan TB (18 %) atau untuk menambah pendapatan serta tanpa alasan masing-masing sebesar 2 %. Sebanyak 85 % tenaga yankes non formal kurang memiliki pengetahuan dasar tentang TB, hanya sebesar 15 % tenaga yankes non formal yang memiliki pengetahuan dasar TB dengan baik, namun demikian sebanyak 67 % tenaga yankes non formal memiliki sikap yang baik tentang TB. Sebanyak 96 % tenaga yankes non formal menyatakan bersedia membantu perogram TB, walaupun masih sangat bervariasi mengenai peran yang ingin dilakukannya

Diskusi dan kesimpulan

Perilaku masyarakat dan pasien TB dalam mencari pengobatan pertama kali lebih banyak pada tenaga yankes non formal dimana untuk pengobatan pertama, kebanyakan berobat pada tenaga yankes non formal kemudian baru beralih ke puskesmas pada pencarian pengobat kedua dan selanjutnya. Sebagian pasien suspek TB di rujuk petugas kesehatan oleh non formal ke Puskesmas. Hal ini menunjukkan besarnya potensi petugas kesehatan non formal dalam mendeteksi penderita dan suspek TB.

Beberapa laporan dari negara-negara Asia menunjukkan bahwa 34-82% pasien TB

yang diobati di pelayanan kesehatan pemerintah juga bekerja sama dengan praktek dokter swasta selama perjalanan penyakit TB nya. Di Nepal dengan disertai keterlibatan masyarakat terjadi peningkatan menyeluruh dengan cakupan CDR 75% di 178 pusat pelayanan kesehatan dan 575 sub pelayanan kesehatan¹. Di India mayoritas pasien TB termasuk masyarakat miskin tergantung oleh sektor swasta². Di Vietnam pelayanan farmasi swasta (apotek) mempunyai angka kunjungan pasien TB dan suspek TB paling tinggi. Juga ditunjukkan bahwa 50% kontak pertama pasien dan suspek TB paling banyak pada pelayanan kesehatan swasta³.

Berdasarkan penelitian ini, kami menyarankan untuk melibatkan tenaga yankes non formal dalam program TB dengan pelatihan yang berkaitan dengan program TB, pembentukan jejaring penjangkauan suspek, monitoring pengobatan dan kerjasama dengan komunitas untuk meningkatkan pelaksanaan program TB⁴.

Ucapan terima kasih

Terima kasih kami sampaikan pada semua pihak yang telah membantu terselenggaranya penelitian ini. Kegiatan ini dapat terlaksana dengan baik karena dukungan yang kami peroleh dari Dinas Kesehatan Propinsi Lampung, Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan, Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Tanjungkarang, Program Studi kedokteran Universitas Lampung dan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan, Mitra Lampung.

Daftar Pustaka

1. Mohan CI, Bishai D, Kumar S, ten Asbroek G, Niessen L. Changes in utilization of TB health services in Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2005 Sep;9(9):1054-6.
2. Uplekar M, Pathania V, Raviglione M. Private practitioners and public health: weak links in tuberculosis control. *Lancet* 2001;358(9285):912-6
3. Lönnroth K, Thuong LM, Linh PD, Diwan VK. Utilization of private and public health-care providers for tuberculosis symptoms in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Health Policy Plan* 2001;16(1):47-54.
4. Mohan V, Shanthirani CS, Deepa M, Datta M, Williams OD, Deepa R. Community empowerment--a successful model for prevention of non-communicable diseases in India--the Chennai Urban Population Study (CUPS-17). *J Assoc Physicians India.* 2006 Nov;54:858-62.

Bab 4. Pemberdayaan Tuha Peut (tokoh masyarakat) dalam program penanggulangan TB melalui peningkatan pengetahuan masyarakat di kabupaten Bireuen wilayah pemerintah Aceh tahun 2009

Mudatsir¹, Muhammad Jamil², Ikhwanuddin³, Sarah Firdausa¹, Rima Novirianti¹, Lukman Hakim Tarigan⁴, Chatarina Umbul Wahyuni⁵

¹Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala Banda Aceh, ²Dinas Kesehatan Pemerintah Aceh, ³Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Besar, ⁴Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Padjadjaran, ⁵Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, Surabaya

Latar Belakang:

Data dari Dinas Kesehatan Pemerintah Aceh tahun 2007, terdapat 7000 kasus baru TB dari 4,2 juta penduduk, dengan mortalitas 100 orang/tahun. Dari angka tersebut sekitar 75% penderita berasal dari usia produktif (15-50 tahun)¹. Permasalahan utama penanggulangan TB di Aceh adalah rendahnya cakupan suspek dan *Case Detection Rate* (CDR).

Untuk meningkatkan cakupan suspek dan CDR ini, peran serta masyarakat yang dibangun berdasarkan keterlibatan tokoh masyarakat memungkinkan untuk dilakukan³. Di dalam struktur masyarakat Aceh, terdapat kelompok yang keberadaannya sangat berpengaruh yaitu Tuha Peut. Kelompok ini mempunyai fungsi yang cukup signifikan yaitu dalam mengambil keputusan dan kebijaksanaan yang berkenaan dengan kehidupan masyarakat. Keberadaan mereka diakui secara resmi dalam UU RI. No.11 tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh dan Qanun Aceh No.08 tahun 2004 tentang Pemerintahan Gampoeng³.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas pemberdayaan Tuha Peut dalam meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang program TB dan menilai hubungan antara kemampuan Tuha Peut dengan perubahan angka kunjungan suspek ke puskesmas. Penelitian juga akan mengidentifikasi kendala mereka dalam meningkatkan pengetahuan masyarakat.

Metode:

Penelitian yang menggunakan rancangan quasi eksperimen dilaksanakan pada bulan Juli 2009 sampai dengan Maret 2010. Populasi adalah seluruh masyarakat yang tinggal di Aceh. Sampel (responden) kasus diambil di Kabupaten Bireuen dan sampel kontrol di Kabupaten Aceh Besar. Kedua kabupaten ini terpisah dengan jarak 250 km. Masing-masing sebanyak 210 responden diambil secara simpel random. Variabel dependen yang diukur adalah pengetahuan, kunjungan suspek dan kemampuan Tuha Peut. Variable independen adalah karakteristik, tindakan dan kemampuan motifasi Tuha Peut. Intervensi dilakukan dengan memberikan pelatihan kepada Tuha Peut tentang pengetahuan Program Penanggulangan TB, membekali tuha peut dengan modul, poster, brosur, kartu Tuha Peut dan formulir aktifitas Tuha Peut. Selanjutnya Tuha Peut memotifasi masyarakat yang mempunyai gejala TB untuk berkunjung ke Puskesmas dan dimonitor setiap bulan selama 3 bulan dengan melihat peningkatan jumlah suspek yang berkunjung. Pengetahuan responden benar apabila menjawab: penyebab TB karena kuman atau *M.tuberculosis*,

Gejalanya; demam, berkeringat dan batuk berdarah, Pemeriksaan Tb dengan laboratorium; Tb dapat menular, TB dapat dicegah dan TB dapat disembuhkan. Hasil penelitian dianalisis menggunakan uji statistik t-Test untuk melihat perbedaan pengetahuan responden sebelum dan sesudah perlakuan.

Hasil Penelitian:

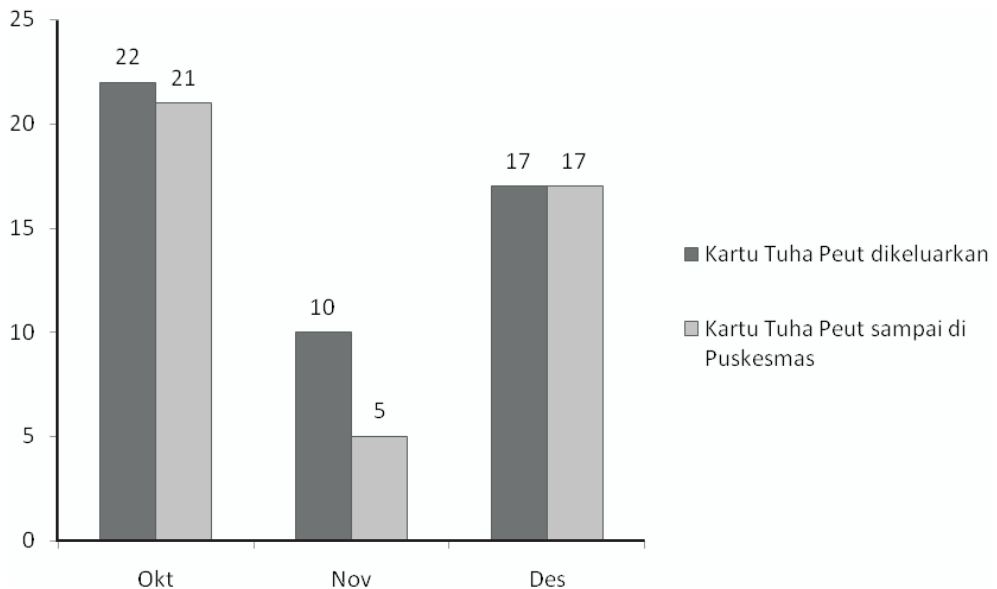
Proporsi responden terbanyak pada kedua daerah, berumur 26-55 tahun yaitu sekitar 68,8%, responden perempuan lebih dominan (68,1%), tingkat pendidikan responden terbanyak adalah tingkat menengah (59,76%), pekerjaan responden yang paling banyak adalah ibu rumah tangga (48,85%).

Dari tabel 1 dibawah dapat dilihat bahwa tingkat pengetahuan responden pada semua variabel lebih baik pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol, akan tetapi pada variabel pencegahan TB di daerah intervensi lebih banyak menjawab tidak benar dibandingkan yang menjawab benar. Hasil uji statistik menunjukkan adanya perbedaan signifikan antara pengetahuan responden sebelum dengan sesudah perlakuan pada daerah kontrol dan intervensi

Tabel 1. Pengetahuan responden tentang TB di Kabupaten Aceh Besar dan Bireuen pra dan pasca perlakuan Tahun 2009

Pra Perlakuan				
Variabel	Jawaban	Aceh Besar	Bireuen	P Value
Penyebab TB	Benar	55 (13.1%)	50 (11.9%)	0.573
Gejala TB	Benar	136 (32.4%)	162 (38.6%)	0.005
Pemeriksaan TB	Benar	111 (26.4%)	105 (25.0%)	0.313
Penularan TB	Benar	108 (25.7%)	109 (26.0%)	0.922
Pencegahan TB	Benar	23 (5.5%)	24 (5.7%)	0.887
Penyembuhan TB	Benar	173 (41.2%)	162 (38.6%)	0.033
	Tidak benar	11 (2.6%)	5 (1.2%)	
	Tidak tahu	26 (6.2%)	43 (10.2%)	
Pasca Perlakuan				
Penyebab TB	Benar	56 (13.3%)	107 (25.5%)	0.00
Gejala TB	Benar	55 (13.1%)	124 (29.52%)	0.00
Pemeriksaan TB	Benar	90 (21.4%)	159 (37.9%)	0.00
Penularan TB	Benar	83 (19.8%)	137 (32.6%)	0.00
Pencegahan TB	Benar	31 (7.4%)	89 (21.2%)	0.00
Penyembuhan TB	Benar	184 (43.8%)	166 (39.5%)	0.001
	Tidak benar	10 (2.4%)	4 (1.0%)	
	Tidak tahu	16 (3.8%)	(9.5%)	

Adanya motifasi dari Tuha Peut mengakibatkan kunjungan ke puskesmas meningkat dari 64 suspek pada 3 bulan terakhir (2008) menjadi 112 (2009) pada periode waktu yang sama. Dimana 67 diantaranya dikirim oleh Tuha Peut dengan dibekali T4 card, tetapi hanya 57 suspek (85%) yang sampai ke puskesmas, selengkapnya dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 1. Hubungan antara kemampuan Tuha Peut dengan kunjungan suspek ke puskesmas di daerah intervensi tahun 2009

Kendala Tuha Peut didalam meningkatkan pengetahuan tentang TB antara lain karena Tuha Peut berprofesi sebagai pedagang keliling yang hampir setiap hari tidak bersama warga sehingga waktu untuk berinteraksi dan memberikan penyuluhan menjadi sangat terbatas dan adanya stigma tentang TB di masyarakat, yang menganggap bahwa TB merupakan penyakit yang memalukan sehingga tidak etis menyuluh di warung kopi, sedangkan bagi masyarakat Aceh, warung kopi merupakan pusat informasi, bersosialisasi dan berinteraksi.

Diskusi, kesimpulan dan rekomendasi

Dari hasil penelitian itu dapat dilihat bahwa tingkat pengetahuan masyarakat antara kelompok kontrol (Aceh Besar) dan kelompok intervensi (Bireuen) sebelum perlakuan relatif sama. Sedangkan pascaperlakuan kepada Tuha peut, pengetahuan responden antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi berbeda. Hal ini sesuai dengan temuan Hoa PP, dkk (2006) bahwa pengetahuan tentang TB pada masyarakat dipengaruhi oleh banyaknya sumber informasi yang diakses dari berbagai media. Dengan demikian perlakuan terhadap tokoh masyarakat dapat meningkatkan pengetahuan pada komunitas. Penelitian sebelumnya telah menemukan bahwa walaupun pendidikan masyarakat rendah tetap dapat dilibatkan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat lain disekitarnya apabila dididik sebelumnya^{4,5}.

Dapat disimpulkan bahwa pengetahuan responden tentang TB setelah perlakuan meningkat signifikan pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol tetap. Pemberdayaan Tuha Peut dalam program Penanggulangan TB dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai TB dan membantu memotivasi suspek TB untuk segera ke Puskesmas. Namun kendalanya pada Tuha Peut antara lain kurangnya waktu pada sebagian Tuha Peut untuk berinteraksi dengan masyarakat, dan adanya stigma tentang TB. Dari hasil penelitian ini dapat direkomendasikan pelibatan Tuha Peut sebagai model lokal spesifik dalam program penanggulangan TB di Aceh.

Ucapan Terimakasih

Terima kasih kami sampaikan pada semua pihak yang telah membantu terselenggaranya penelitian ini. Kegiatan ini dapat terlaksana dengan baik karena dukungan yang kami peroleh dari Subdit TB, Direktorat Jenderal P2P-PL, Kementerian Kesehatan RI, GF-ATM Komponen TB, Dinas Kesehatan Pemerintah Aceh, Dinas Kesehatan Kabupaten Bireuen, Puskesmas Peusangan dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu.

Daftar Pustaka

1. M. Thaib. 2008. Situasi TB di NAD. Dinas Kesehatan Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam. Banda Aceh
2. Ida Leida, Widyaningrum, Anna Khuzaimah, Muh. Nasrum Massi, Chatarina Umbul

- Wahyuni. 2008. Efek Promosi Kesehatan Pada Kelompok Masyarakat Informal Dalam Mendeteksi Suspek TB Di Kabupaten Gowa. Makassar.
3. Qanun Aceh No. 8 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Gampong (Desa)
 4. Hoa NP, Chuc NT, Thorson A, 2009. Knowledge, attitudes, and practices about tuberculosis and choice of communication channels in a rural community in Vietnam. *Health Policy* : 90(1):8-12.
 5. Mata JI. 1985. Integrating the client's perspective in planning a tuberculosis education and treatment program in Honduras. *Med Anthropol*. 9(1):57-64.

Bab 5. Efek promosi kesehatan pada kelompok masyarakat informal dalam mendeteksi suspek TB di kabupaten Gowa

Ida Leida¹, Anna Khuzaimah², Muh. Nasrum Massi³, M.Arif Muchlis⁴, Sukri¹, Chatarina Umbul Wahyuni⁵.

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat Unhas, ²Balai Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pemberantasan Penyakit Menular Kelas Makassar, ³Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin, ⁴Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa, ⁵Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga

Latar Belakang

Tuberkulosis paru masih merupakan masalah kesehatan masyarakat terutama di negara – negara yang sedang berkembang termasuk di Indonesia. Penyakit ini merupakan penyebab kematian nomor dua dari penyakit infeksi. Peningkatan penyakit tuberkulosis disebabkan beberapa faktor seperti sosio-ekonomi, penambahan penduduk yang amat pesat, kemiskinan, urbanisasi, lingkungan pemukiman yang padat dan kumuh, usia produktif yang terinfeksi tuberkulosis paru, infeksi HIV, kelemahan program penanggulangan tuberkulosis paru dan masalah kesehatan lainnya. Berbagai peran sudah diupayakan baik dari pemerintah atau swasta termasuk Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). Namun demikian hasilnya belum optimal, banyak hal yang berperan terhadap kejadian tuberkulosis. Salah satu aspek adalah masih rendahnya pengetahuan dan peran kelompok masyarakat informal dalam mendeteksi suspek TB di suatu daerah¹. Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah rendahnya keterlibatan kelompok masyarakat informal di dalam mendeteksi suspek TB di Kabupaten Gowa. Tujuan Penelitian ini adalah menilai efek promosi kesehatan pada kelompok masyarakat informal dalam mendeteksi suspek TB di Kabupaten Gowa. Hasil temuan ini untuk menjadi rekomendasi bagi pengendalian penyakit TB.

Metodologi

Jenis penelitian yang digunakan adalah kuasi eksperimental yakni melakukan perbandingan efek antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Teknik pengumpulan menggunakan dua cara yakni *purposive sampling* untuk pemilihan puskesmas dan Kelompok Masyarakat Informal serta *Proporsional Random Sampling* untuk pemilihan setiap desa. Populasi adalah seluruh kelompok masyarakat informal di wilayah puskesmas di kabupaten Gowa. Sampel adalah kelompok masyarakat informal di wilayah puskesmas yang menjalankan program DOTS dengan jumlah total sekitar 150 anggota kelompok masyarakat informal. Dalam penelitian ini, diambil besar sampel 10 % dari total yaitu 15 orang. Uji coba kuesioner dan media penyuluhan dilakukan di lokasi dengan karakteristik dan geografis yang sama dengan populasi penelitian. Setelah uji coba kuesioner, dilakukan validasi dan realibilitas dan kemudian dilakukan perbaikan pada kuesioner dan media sesuai masukan yang ada. Data dikumpulkan terdiri dari data primer dan data sekunder. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan program Epi Info

versi 6. Selanjutnya data dianalisis dengan menggunakan uji statistik t-test yang digunakan untuk membandingkan antara kelompok perlakuan dan kelompok tak mendapat perlakuan.

Penelitian dilakukan selama 6 bulan, mulai April s/d September 2007. Dalam penelitian ini dilakukan suatu intervensi terhadap kelompok masyarakat informal (KMI) di 2 puskesmas dataran/pantai (Puskesmas Palangga mewakili puskesmas dengan CDR tinggi dan Puskesmas Kanjilo mewakili puskesmas dengan CDR rendah) dengan melakukan penyuluhan tentang tuberkulosis, teknik komunikasi dan motivasi. Kemudian dibandingkan dengan 2 Puskesmas daerah pegunungan sebagai kelompok kontrol (Tinggimoncong mewakili puskesmas dengan CDR rendah dan Bontomarannu mewakili puskesmas dengan CDR tinggi).

Hasil Penelitian

Karakteristik Kelompok Masyarakat Informal (KMI) berdasarkan jenis kelamin, golongan umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, suku dan status penduduk tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan antara wilayah intervensi dengan yang tidak diintervensi ($p > 0.05$). Berdasarkan hasil perbandingan tingkat pengetahuan di kedua wilayah pada masing-masing kelompok seperti dukun, guru SD, mantan penderita TB, dan kader di wilayah intervensi dan control tidak menunjukkan perbedaan ($p > 0.05$) tetapi pada kelompok pengajian mempunyai perbedaan yang bermakna ($p = 0.00$), sedangkan pada sikap tidak ada perbedaan yang bermakna. Untuk mengetahui pengetahuan tentang TB dan sikap dari kelompok masyarakat informal baik sebelum intervensi maupun setelah intervensi, sebelumnya dilakukan uji untuk melihat distribusi pengetahuan dan sikap pada semua kelompok dan menunjukkan distribusi normal. Dengan analisis paired t- test ditemukan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna pengetahuan sebelum dan setelah intervensi $p = 0.000$ dengan 95% CI= -6.1904 - -4.1985 dan sikap terdapat perbedaan yang bermakna sebelum dan setelah intervensi $p = 0.000$ dengan 95% CI= 1.203 - 2.418. Hal ini dapat dilihat pada tabel 1.

Bab 5. Efek promosi kesehatan pada kelompok masyarakat informal dalam mendeteksi suspek TB di kabupaten Gowa

Ida Leida, RK

Tabel 1. Hasil analisis pengetahuan kelompok masyarakat informal wilayah intervensi dan kontrol di Kabupaten Gowa tahun 2007

Kelompok Masyarakat Informal		Intervensi	kontrol	nilai p
Pengetahuan				
Dukun	kurang	10 (66.7)	8 (66.7)	1.00
	baik	5(33.3)	4 (33.3)	
Guru SD	kurang	9 (42.9)	4 (23.5)	0.30
	baik	12 (57.1)	13 (76.5)	
Mantan penderita TB	kurang	3 (33.3)	5 (29.5)	1.00
	baik	6 (66.7)	12 (70.6)	
Kelompok pengajian	kurang	1 (10)	10 (71.4)	0.00
	baik	9 (90)	4 (28.6)	
Kader	kurang	10 (50)	3 (20)	0.08
	baik	10 (50)	12 (80)	

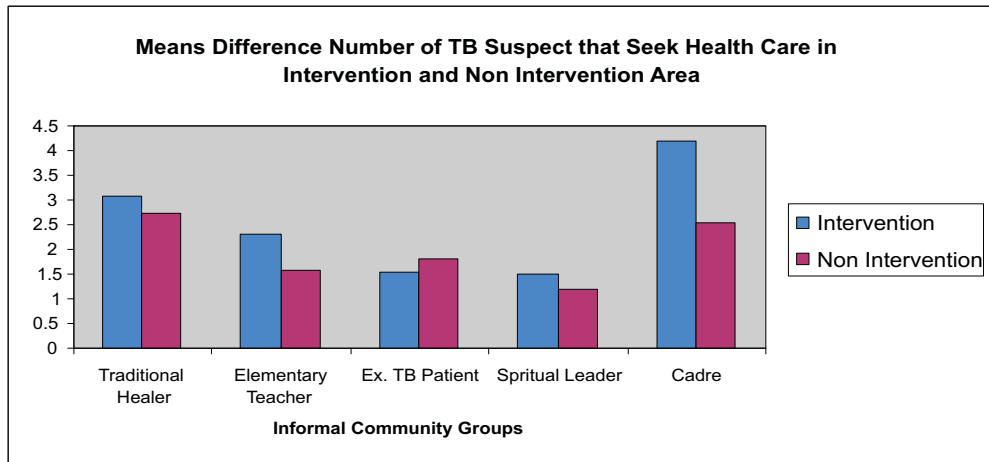
Bab 5. Efek promosi kesehatan pada kelompok masyarakat informal dalam mendeteksi suspek TB di kabupaten Gowa

Ida Leida, RK

Tabel 2. Hasil analisis sikap kelompok masyarakat informal wilayah intervensi dan kontrol di Kabupaten Gowa tahun 2007

Sikap				
Dukun	negatif	7 (46.7)	4 (33.0)	0.6
	positif	8 (53.3)	8 (66.7)	
Guru SD	negatif	6 (28.6)	3 (17.6)	0.4
	positif	15 (71.4)	14 (82.4)	
Mantan penderita TB	negatif	3 (33.3)	9 (52.9)	0.4
	positif	6 (66.7)	8 (47.1)	
Kelompok pengajian	negatif	3 (30)	10 (71.4)	0.9
	positif	7 (70.0)	4 (28.6)	
Kader	negatif	6 (30.0)	5 (33.3)	1.0

Jumlah suspek TB yang ditemukan oleh kelompok masyarakat informal (KMI) secara keseluruhan di wilayah intervensi dan kontrol selama 3 bulan monitoring sebanyak 500 orang (51.3 %), tidak jauh berbeda dengan penemuan penderita di wilayah kontrol sebanyak 475 orang (48.7 %). Adanya perbedaan yang sedikit (2.6 %) pada kedua wilayah disebabkan oleh banyak faktor. Sebagian besar suspek TB yang datang ke puskesmas berasal dari kelompok masyarakat informal yang mendapatkan intervensi. Kelompok yang paling banyak merujuk suspek TB ke puskesmas adalah kader. Untuk lebih jelasnya dapat di lihat pada grafik 1 berikut ini :



Gambar 1 Perbedaan Mean Jumlah suspek TB yang datang ke puskesmas pada daerah intervensi dan non intervensi di Kabupaten Gowa tahun 2007

Diskusi, Kesimpulan dan Rekomendasi

Tidak terdapat perbedaan yang signifikan mengenai karakteristik dasar masyarakat informal antara kelompok yang dilakukan intervensi dengan yang tidak diintervensi. Hal ini disebabkan karena distribusi yang merata dari kelompok intervensi dan yang tidak diintervensi baik dalam hal jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, suku dan status kependudukan. Dalam hal pengetahuan dan sikap, terdapat perbedaan pengetahuan dan sikap dari responden sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Hal ini membuktikan bahwa sangat diperlukan informasi kepada masyarakat tentang penyakit TB tentunya dalam bentuk promosi kesehatan terhadap kelompok-kelompok masyarakat informal utamanya pada kelompok kader yang pada akhirnya bisa membantu menyebarkan informasi yang diperoleh kepada masyarakat. Adanya perbedaan jumlah suspek yang berhasil ditemukan pada kelompok yang diintervensi dibandingkan dengan yang tidak diintervensi (kontrol) merupakan dampak dari perlakuan yang dilakukan kepada kelompok masyarakat informal. Informasi dan penyuluhan yang diberikan dapat menjadi pedoman untuk lebih mudah mengenali suspek penderita TB dan kemudian kelompok masyarakat informal dapat mengarahkan suspek yang ditemukan agar datang ke Puskesmas untuk pemeriksaan selanjutnya.

Penemuan yang sama telah diperoleh oleh beberapa peneliti lain di Afrika dan di Vietnam dimana implementasi informasi dan edukasi pada komunitas dapat

meningkatkan keberhasilan pengendalian tuberkulosis²⁻⁵

Pada dasarnya penelitian ini telah mencapai obyektif yang diharapkan, sehingga hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan untuk meningkatkan promosi kesehatan kepada kelompok masyarakat informal sehingga diharapkan mereka dapat membantu petugas kesehatan dalam mendeteksi suspek TB di Kabupaten Gowa yang pada akhirnya dapat membantu pemerintah dalam melakukan pengendalian penyakit TB. Oleh karena itu pemerintah dirasa perlu untuk lebih memberdayakan kelompok masyarakat informal terutama kader.

Ucapan Terima Kasih

Puji dan syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penelitian ini dapat diselesaikan dengan baik. Terima kasih kami sampaikan pada semua pihak yang telah membantu terselenggaranya penelitian ini. Kegiatan ini dapat terlaksana dengan baik karena dukungan yang kami peroleh dari Subdit TB, Dirjen P2P-PL, Kementerian Kesehatan RI, KNCV Tuberculosis Foundation dan bimbingan dari Marieke J. Van der Werf. Kami ucapkan terima kasih kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa dan seluruh staf Dinas Kesehatan dan Pengelola TB Puskesmas, serta seluruh responden yang telah meluangkan waktunya selama proses penelitian berlangsung.

Referensi

1. Aditama, T. Y. (1988) Pengetahuan penderita TB paru tentang penyakit paru. *Cermin Dunia Kedokteran* No. 50.
2. Demissie, M., Getahun, H., Lindtjern, B. (2003). Community tuberculosis care through "TB Club" in rural North Ethiopia. *Social Science and Medicine* volume 56 issue 10, may 2003, pages 2009—18.
3. Ernesto J. (2001). The impact of media-based health education on tuberculosis diagnosis in Cali, Columbia. *Health policy and planning*; 16(1): 68-73.
4. Harper, ME., Hill PC., Bah, AH., Manneh, K., McAdam, KPWJ., Lienhardt, C. (2004). Traditional healers participate in tuberculosis control in the Gambia. *Int J Tuberc Lung Dis* 8(5)603-608.
5. Hoa NP., Diwan, VK., Co, NV., Thorson, AEK. (2004). Knowledge about tuberculosis and its treatment among new pulmonary TB patients in the North and Central regions of Vietnam. *Int J Tuberc Lung Dis* 8(10) 1266-68.

Bab 6. Rendahnya kualitas dari sputum yang diperiksa untuk diagnosis Tuberkulosis dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, di Klaten.

Mateus Sakundarno¹, Nurjazuli², Sutopo Patria Jati³, Retna Sariningdyah⁴, Sumarsono Purwadi⁵, Bacht Alisjahbana⁶, Marieke J. van der Werf^{7,8}

¹Department of Epidemiology, ²Department of Environmental Health, Faculty of Public and ³Department of Health Policy and Administration, Faculty of Public Health, Diponegoro University, Semarang, Indonesia, ⁴District Health Office of Klaten, Central Java, Indonesia, ⁵District Health Office of Wonogiri, Central Java, Indonesia, ⁶Department of Internal Medicine, Hasan Sadikin Hospital, Medical Faculty, Universitas Padjadjaran, Bandung, ⁷KNCV Tuberculosis Foundation, The Hague, The Netherlands, ⁸Academic Medical Center, University of Amsterdam, The Netherlands.

Latar Belakang

Pemeriksaan dahak dengan pewaranaan Ziehl Neelsen menunjukkan kuman batang tahan asam (BTA) positif merupakan standar untuk diagnosis TB paru. Jumlah penemuan kasus BTA positif atau *case detection rate* (CDR) di Indonesia pada tahun 2004 meningkat hingga 66% dari target penemuan. Walaupun demikian beberapa kabupaten masih menunjukkan angka yang lebih rendah dari harapan. Di Propinsi Jawa Tengah, Klaten termasuk kabupaten yang menunjukkan angka *case detection rate* yang terendah yaitu sekitar 15.3%¹.

Banyak faktor yang bisa memberikan kontribusi pada rendahnya angka CDR ini. Masukan dari salah seorang kepala Puskesmas di Kabupaten Klaten, adalah kemungkinan perilaku memberikan dahak yang kurang disukai oleh penderita TB. Hal ini bisa merupakan salah satu penyebab rendahnya kualitas sampel dahak yang diberikan untuk pemeriksaan dan mengakibatkan rendahnya CDR². Penelitian ini bertujuan untuk menilai kualitas dahak yang di periksakan di Puskesmas kabupaten Klaten, Jawa Tengah, serta menengarai faktor petugas dan pasien yang berhubungan dengan kualitas spesimen yang diberikan.

Metodologi

Penelitian dilakukan pada bulan Agustus 2004 sampai dengan Maret 2005, pada 16 puskesmas yang berada di kabupaten Klaten yang melaporkan jumlah kasus suspek terbanyak (1). Ke 16 puskesmas ini terdiri dari 4 puskesmas rujukan mikroskopis dan 12 puskesmas satelit. Pencatatan kualitas dahak dilakukan dengan menggunakan formulir TB-05 (3) yang berisi catatan mengenai jumlah sampel, warna viskositas. Modifikasi dari formulir dilakukan untuk bisa mencatat volume dahak. Semua suspek yang datang dicatat menggunakan form TB-06 (3) dengan modifikasi agar dapat mencatat alamat lengkap penderita yang bersangkutan.

Sebelum penelitian dimulai, para dokter, perawat dan teknisi laboratorium yang bertanggung jawab pada program TB diwawancara mengenai bagaimana cara mereka memberikan informasi dan memotivasi penderita untuk mengumpulkan dahak. Kemudian mereka menjalani pelatihan pada bulan September 2004 agar mereka dapat melaksanakan penelitian ini. Untuk bisa menilai efek dari pelatihan ini, data form TB-05 bulan Juli hingga September sebelumnya dikumpulkan dan dibandingkan dengan hasil penelitian ini.

Pengumpulan data prospektif dimulai dari Oktober 2004 sampai dengan Maret 2005. Semua Penderita yang terdaftar di TB-06 mendapatkan kunjungan rumah untuk diwawancarai oleh asisten peneliti. Data yang dikumpulkan termasuk

pengetahuan mengenai TB, mengapa dan bagaimana sikap mereka mengenai pemeriksaan dahak serta siapa yang telah memberikan informasi. Data mengenai jumlah, volume, warna dan viskositas dahak yang dikumpulkan dapat diperoleh dari formulir TB-05.

Dalam analisis kualitas dahak disebut baik bila terkumpul secara lengkap (3 dahak; sewaktu, pagi, sewaktu) dan kondisi makroskopis baik yaitu volume paling sedikit 3 ml, berwarna kuning kehijauan dengan konsistensi kental. Definisi yang lebih ringan dinyatakan bila terkumpul paling sedikit 1 dahak dengan kondisi fisik yang baik.

Dalam penelitian ini karakteristik dasar dari penderita, pengetahuan, sikap dan motivasi untuk memeriksakan dahak, akses ke Puskesmas dianalisis dengan menghubungkannya dengan kualitas dahak. Pengetahuan dianggap baik bila berhasil menjawab > 50% pertanyaan dengan benar. Motivasi dianggap baik bila diperoleh skor diatas 13 (range 0-27).

Hasil Penelitian

Dari bulan Juni 2004 sampai dengan April 2005, 508 penderita suspek TB telah tercatat dalam TB-06, 121 (23.8%) sebelum dan 387 (76.2%) setelah pelatihan dan penggunaan form TB-05 dan TB-06 yang dimodifikasi. Delapan puluh sembilan (17.5%) penderita tidak mengumpulkan sampel dahak, 33 (6.5%) mengumpulkan satu, 23 (4.5%) dua sampel dan 363 (71.5%) mengumpulkan tiga sampel dahak. Efek dari pelatihan dan penggunaan formulir yang dimodifikasi tampak pada peningkatan proporsi dahak berwarna purulen dan mukoid ($p < 0.009$) tetapi tidak tampak pada parameter kualitas dahak lain.

Tabel 1. Jenis informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan kepada penderita tuberkulosis mengenai memberikan dahak untuk diagnosis tuberkulosis

Bab 6. Rendahnya kualitas dari sputum yang diperiksa untuk diagnosis Tuberkulosis dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, di Klaten.

Mateus Sakundarno, RK

Penyuluhan yang diberikan	Dokter n=16 (%)	Perawat n=16 (%)	Petugas Laboratorium n = 16 (%)
Memberikan informasi mengenai pentingnya pemeriksaan dahak			
Tidak pernah	2 (12.5)	0 (0.0)	1 (6.3)
Jarang	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (6.3)
Kadang-kadang	1 (6.3)	0 (0.0)	4 (25.0)
Sering	8 (50.0)	6 (37.5)	2 (12.5)
Selalu	5 (31.3)	10 (62.5)	8 (50.0)
Menjelaskan bahwa 3 sputum sampel harus di kumpulkan.			
Tidak pernah	2 (12.5)	0 (0.0)	1 (6.3)
Jarang	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (6.3)
Kadang-kadang	3 (18.8)	0 (0.0)	1(6.3)
Sering	3 (18.8)	2 (12.5)	2 (12.5)
Selalu	8 (50.0)	14 (87.5)	11 (68.8)
Always			
Menjelaskan bagaimana menghasilkan dahak			
Tidak pernah	2 (12.5)	0 (0.0)	1 (6.3)
Jarang	2 (12.5)	0 (0.0)	1 (6.3)
Kadang-kadang	3 (18.8)	2 (12.5)	5 (31.3)
Sering	5 (31.3)	5 (31.3)	5 (31.3)
Selalu	4 (25.0)	9 (56.3)	4(25.0)
Menjelaskan bagaimana dahak yang baik tampak			
Tidak pernah	3 (12.5)	0 (0.0)	1 (6.3)
Jarang	2 (12.5)	0 (0.0)	1 (6.3)
Kadang-kadang	5 (31.3)	4 (25.0)	4 (25.0)
Sering	4(25.0)	3 (18.8)	2 (12.5)
Selalu	2 (12.5)	9 (56.3)	6 (37.5)

Dalam wawancara dengan petugas kesehatan, semua perawat menyatakan bahwa mereka sering memberikan penyuluhan mengenai pentingnya pemeriksaan dahak. Hal sama dilaporkan oleh 62.5% petugas laboratorium dan 81.3% dokter. Perawat lebih sering memberikan informasi mengenai cara mengeluarkan dahak dibandingkan dengan dokter dan petugas laboratorium. Semua perawat selalu menginformasikan perlunya memberikan 3 sampel dahak (SPS), 14 (87.6%) orang selalu menjelaskan mengenai cara mengumpulkan dahak dan 12 (75.1%) selalu menjelaskan mengenai kriteria sampel dahak yang baik (tabel 1).

Dari ke 387 pasien suspek yang terdaftar, 294 (76.0%) berhasil diwawancarai. Dua

Bab 6. Rendahnya kualitas dari sputum yang diperiksa untuk diagnosis Tuberkulosis dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, di Klaten.

Mateus Sakundarno, RK

puluh dua (7.5%) dari 294 penderita tidak bisa dievaluasi karena TB-05 yang di kumpulkan tidak berisi data yang cukup sehingga kelompok ini akhirnya di analisis berjumlah 272 penderita (tabel 2). Dari sejumlah ini, 46.7% laki-laki dengan rerata umur adalah 48.7 (simpangan baku 16.7) tahun. Dua ratus dua menikah (74.3%) dan 64 (23.5%) sangat miskin dengan penghasilan < 300 ribu rupiah perbulan.

Semua penderita dapat mengingat bahwa mereka pernah ke Puskesmas dan 168 (61.8%) menyatakan pernah mendapat informasi mengenai alasan pemeriksaan dahak (tabel 2). Delapan puluh dua penderita menyatakan informasi diperoleh dari perawat (48.8%), 34 (20.2%) dari petugas laboratorium dan 17 (10.1%) dari dokter dan 35 (20.8%) menyatakan diperoleh dari beberapa petugas. Informasi mengenai kualitas dari sampel dahak paling sering dinyatakan oleh petugas laboratorium (n=21, 53.5%). Sebagian besar (229, 84.2%) penderita suspek menyatakan tidak malu untuk mengeluarkan dahak di puskesmas dan 249 (91.5%) tidak menyatakan takut bahwa penyakitnya akan diketahui.

Dari ke 272 penderita, 27 (13.6%) memberikan 3 dahak berkualitas yang baik, 90 (33.1%) memberikan paling sedikit satu dahak berkualitas baik. Tidak ditemukan hubungan bermakna antara antara kualitas dahak dengan faktor karakteristik dari penderita. Hal yang sama, juga tidak ditemukan faktor yang bisa memprediksi kualitas bila dihubungkan dengan definisi yang lebih lunak, dimana paling sedikit ada satu dahak dengan kualitas yang baik. Hubungan hanya ditemukan pada ketidak kelengkapan 3 dahak dengan penghasilan yang rendah. Tabel 2. Kualitas sputum (tiga sampe, volume > 3ml, warna kuning hijau dan viskus), hasil smear mikroskopi dan riwayat mendapatkan informasi dari petugas kesehatan.

Bab 6. Rendahnya kualitas dari sputum yang diperiksa untuk diagnosis Tuberkulosis dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, di Klaten.

Mateus Sakundarno, RK

	Penderita dengan kualitas sputum buruk n=235 (%)	Penderita dengan kualitas sputum baik n=37 (%)	Nilai p
Pemeriksaan mikroskopi			
Tidak ada dahak	30 (12.8)	0 (0.0)	
Negative	195 (83.0)	31 (0.0)	
Positif (2 atau 3 kali)	10 (4.2)	6 (16.2)	
Informasi yang diperoleh dari petugas			
Alasan untuk pemeriksaan dahak			
Dijelaskan	141 (60.0)	27 (73.0)	0.15
Tidak dijelaskan	94 (40.0)	10 (27.0)	
Cara mengeluarkan dahak			
Dijelaskan	53 (23.0)	12 (32.4)	0.22
Tidak dijelaskan	181 (77.0)	25 (67.6)	
Karakteristik dahak baik			
Dijelaskan	34 (14.5)	6 (16.2)	0.80
Tidak dijelaskan	201 (85.5)	31 (83.8)	

Diskusi, kesimpulan dan saran

Pemeriksaan dahak dengan pemeriksaan mikroskopik adalah cara utama untuk mendiagnosis tuberkulosis di Puskesmas. Untuk mendapatkan sensitivitas yang optimal, diperlukan pengumpulan dahak yang baik dengan 3 sampel, purulen, mukoid dan volume > 3 ml³. Penelitian ini menunjukkan rendahnya proporsi penderita yang dapat memberikan dahak dengan kualitas yang baik. Demikian pula pengetahuan penderita mengenai alasan dan cara pengumpulan dahak masih rendah walaupun tidak ditemukan hubungan dengan kualitas dahak. Sedikitnya jumlah dahak berkualitas baik dapat terjadi karena dengan kriteria suspek batuk lebih dari 2 minggu yang diaplikasikan, sebagian besar penderita mungkin memang tidak mempunyai kelainan TBC paru. Efek dari stigma atau masalah transportasi tidak terbukti memberikan efek karena sebagian besar penderita tidak menyatakan bahwa mereka takut akan penyakitnya atau malu untuk membatukkan dahak di luar Puskesmas. Tingginya harga transportasi tidak berhubungan dengan kualitas dahak. Sebagian besar dari petugas kesehatan yang di wawancarai menyatakan bahwa

Bab 6. Rendahnya kualitas dari sputum yang diperiksa untuk diagnosis Tuberkulosis dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, di Klaten.

Mateus Sakundarno, RK

mereka selalu memberikan informasi mengenai perlunya pemeriksaan dahak. Sebagian besar penderita juga menyatakan sudah menerima informasi ini. Namun hanya sebagian kecil yang dapat mengingat mengenai bagaimana cara menghasilkan dahak yang baik mengetahui kualitas dahak yang baik. Kesenjangan ini mungkin terjadi karena penderita sudah lupa (recal bias) atau informasi ini belum terlaui dimengerti oleh para penderita.

Penelitian di Nikaragua menunjukkan bahwa penderita umumnya dapat mengingat mengapa dan bagaimana cara menghasilkan dahak yang baik walaupun dahak yang dihasilkan tidak baik. Disini tampak bahwa memberikan informasi saja tidak cukup. Petugas kesehatan perlu mencek volume saat pengumpulan sampel dan bila perlu mengambil sampel tambahan⁴. Penelitian yang menguji efek penyuluhan dalam meningkatkan kualitas dahak menggunakan randomized trial menunjukkan bahwa peningkatan sensitivitas dapat dicapai secara bermakna⁵, dan peningkatan positivitas BTA berhubungan dengan volume dahak. Kelemahan dari penelitian ini adalah perlunya memperkenalkan form yang sudah di modifikasi kualitas dahak dan mendapatkan alamat penderita TB. Introduksi form baru ini dapat memperbaiki kinerja petugas.

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar dari sampel dahak yang di periksakan mempunyai kualitas yang kurang memadai. Hal ini dapat memberikan pengaruh pada jumlah kasus TB yang didiagnosis. Karena rendahnya pengetahuan penderita mengenai alasan dan cara pengumpulan dahak yang baik, penyuluhan dan bimbingan oleh perawat dan petugas lab sangat diperlukan. Untuk ini pelatihan bagi para petugas ini perlu diprioritaskan sebagai kegiatan selanjutnya. Kemudian dibutuhkan pedoman yang mantap dan terstandarisasi mengenai penyuluhan ini dan monitoring rutin mengenai pelaksanaannya.

Ucapan terima kasih

Terima kasih kami sampaikan pada semua pihak yang telah membantu terselenggaranya penelitian ini. Kegiatan ini dapat terlaksana dengan baik karena dukungan dan bimbingan yang kami peroleh dari Corlien Varkevisser, Mayra Airas, Carmelia Basri, Budiono, dan Lukman Hakim Tarigan atas masukan yang telah mereka berikan dalam pembuatan rencana dan analisis penelitian ini. Terima kasih kami sampaikan bagi pemerintah daerah kabupaten Klaten. Penelitian di fasilitasi oleh TB Operational Research Group dari National TB program, di danai oleh KNCV dan USAID.

Kepustakaan

1. Central Java tuberculosis control program feed back report 2003. Central Java Provincial Health Office; 2004.
2. Harries AD, Kamenya A, Subramanyam VR, Maher D, Squire SB, Wirima JJ, Nyangulu DS, Nunn P: Screening pulmonary tuberculosis suspects in Malawi: testing different strategies. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1997, 91(4):416-419.
3. Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2003.
4. Macq J, Solis A, Velazquez H, Dujardin B: Informing the TB suspect for sputum sample collection and communicating laboratory results in Nicaragua: a Neglected process in tuberculosis case finding. *Salud Publica Mex* 2005, 47(4):303-307.
5. Alisjahbana B, vanCrevel R, Danusantoso H, Gartinah T, Soemantri ES, Nelwan RHH, Meer JWMvd: Better patient instruction for sputum sampling can improve microscopic tuberculosis diagnosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005, 9(7):814-817.

Bab 7 • Kualitas proses diagnosis Tuberkulosis di puskesmas kabupaten Sidoarjo Jawa Timur

Muji Sulistyowati¹, Budiono², Tety Rahmawati³, Luthfia Dwi Rahaeriani⁴, Djuwari⁵, Sri Yuliwati⁶, Chatarina U. Wahjuni¹

¹ Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, ²Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, ³ P4TK DepKes RI – Surabaya, ⁴ Politeknik Kesehatan Surabaya, ⁵ Dinas Kesehatan Kabupaten Lamongan, ⁶ Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, ⁷Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Surabaya

Latar Belakang dan Tujuan

Indonesia merupakan salah satu diantara 22 negara yang mempunyai prevalensi TB tertinggi di dunia¹. SKRT mengestimasi bahwa TB paru adalah penyebab utama kematian karena penyakit infeksi². Rendahnya *Case Detection Rate* (CDR) masih merupakan masalah utama dalam penanggulangan tuberkulosis (TB) di Indonesia. Kabupaten Sidoarjo di Propinsi Jawa Timur merupakan salah satu daerah yang memiliki cakupan CDR yang rendah³ walaupun mempunyai sumber daya yang cukup, sistem pencatatan dan pelaporan yang baik dan kecukupan pendanaan untuk program penanggulangan TB. Banyak faktor yang mempengaruhi antara lain adalah rendahnya kualitas pelayanan TB yang berkaitan dengan diagnosis. Masalah ini dipengaruhi oleh faktor petugas, kualitas pelayanan pendukung dan kebijakan⁴. Tujuan dari penelitian ini adalah mempelajari kualitas pelayanan TB dalam mendiagnosis kasus TB di Puskesmas kabupaten Sidoarjo Jawa Timur.

Metodologi

Penelitian dilakukan dengan menggunakan rancangan studi deskriptif cross sectional. Populasi penelitian mencakup 27 Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) yang terdiri dari 25 puskesmas dan 2 rumah sakit yang telah melaksanakan strategi DOTS di Kabupaten Sidoarjo serta dua orang (kepala seksi P2M dan wasor) dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Keseluruhan subyek yang diambil adalah sebesar 139 responden, terdiri dari 1 kepala seksi P2M, 1 wasor, 2 Kepala UPF Rumah sakit, 27 pengelola TB (25 di Puskesmas dan 2 di Rumah sakit), 27 petugas laboratorium (25 di Puskesmas dan 2 di Rumah sakit), 25 perawat, 25 kepala Puskesmas, dan 6 perawat Puskesmas Pembantu. Variabel penelitian adalah 1) kualitas diagnosis pelayanan TB, yang dievaluasi berdasarkan a) kualitas identifikasi suspek TB, b) kualitas laboratorium dalam mendiagnosis TB, dan c) kualitas pencatatan medis TB dan 2) faktor petugas yang meliputi pengetahuan dan sikap. Data kuantitatif dikumpulkan melalui wawancara dengan petugas kesehatan di pelayanan kesehatan, observasi prosedur diagnosis, mengkaji register TB dan cross-check ulang sediaan hapusan. Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara mendalam, diskusi dan observasi. Untuk menentukan validitas data, sebelum proses pengumpulan data dimulai dilakukan uji coba instrumen (kuesioner) di kabupaten Gresik dengan mengambil 12 responden. Data kuantitatif dianalisis dengan statistik deskriptif menggunakan tabel frekuensi dan statistik inferensial, dengan hasil distratifikasi berdasarkan type pelayanan kesehatan (Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM), Puskesmas Pelaksana MandiriM,

Puskesmas Satelit dan Rumah Sakit). Sedangkan data kualitatif dianalisis dengan membuat kategorisasi dan ringkasan (content analysis).

Hasil Penelitian

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa semua kepala Puskesmas mempunyai latar belakang pendidikan dokter and pada salah satu rumah sakit adalah dokter spesialis paru. Sebagian besar kepala Puskesmas memiliki masa kerja antara 5–9 tahun (rata-rata $5,8 \pm 3,5$ tahun). Pada perawat hanya 18 % berpendidikan akademik, 73% bekerja lebih dari 10 tahun. Sedangkan yang bekerja di Rumah Sakit memiliki masa kerja 2 dan 4 tahun. Petugas TB sebagian besar (66,7%) merupakan lulusan sekolah perawat (SPK). Sedangkan sebagian besar petugas Laboratorium (74%) mempunyai latar belakang pendidikan analis dan masa kerja petugas laboratorium di PRM (11.2 ± 7.9 tahun) lebih lama dibandingkan dengan petugas laboratorium di PS (6.0 ± 4.1 tahun) (t value = 2.088 and p value = 0.048). Pada penelitian ini dalam kualitas identifikasi suspek TB didapatkan bahwa semua Puskesmas memeriksa suspek TB dan membuat hapusan dahak langsung. Kinerja PRM lebih baik dibanding PS dalam mengidentifikasi suspek TB (harga p = 0,048). Kinerja Puskesmas dalam mengidentifikasi suspek TB di Kabupaten Sidoarjo masih memerlukan perbaikan untuk mencapai target 100%. Dalam kualitas diagnosis laboratorium untuk TB, dengan melihat persentase suspek TB yang diperiksa dibanding hasil BTA (+). Persentase <7% menunjukkan bahwa terlalu longgar dalam mengidentifikasi suspek dan >12% ketat dalam mendefinisikan suspek. Puskesmas yang mendapatkan proporsi <7% sebanyak 26,4%. Secara keseluruhan, tidak ada perbedaan yang bermakna persentase suspek TB yang diperiksa mikroskopis terhadap hasil BTA (+) (F=1, p=0,4). Rata-rata waktu pemeriksaan dahak adalah 4,7 hari ($\pm 4,3$). Lama pemeriksaan dahak sering lebih dari satu minggu di PS (30,5%) dan diantara PRM, PPM dan Rumah Sakit tidak ada perbedaan lama pemeriksaan yang bermakna. (p = 0,0001).

Tabel. Capaian Kualitas Diagnosis Pelayanan TB di Puskesmas dan Rumah Sakit Kabupaten Sidoarjo tahun 2005

Capaian	Jenis Puskesmas			Rumah Sakit (%)	Total (%)
	PRM (%)	PPM (%)	PS (%)		
Persentase jumlah suspek yang diperiksa dibanding target					
< 20%	2 (22,2)	1 (50,0)	11 (78,6)		14 (56,0)
> 20%	7 (77,8)	1 (50,0)	3 (21,4)		11 (44,0)
Persentase suspek TB terhadap hasil BTA (+)					
0%	1 (11,1)	0 (0,0)	2 (14,3)	0 (0,0)	3 (11,1)
0,1 – < 7%	1 (11,1)	1 (50,0)	2 (14,3)	0 (0,0)	4 (14,8)
7 – 12%	2 (22,2)	1 (50,0)	6 (42,9)	1 (50,0)	10 (37,0)
> 12%	5 (55,6)	0 (0,0)	4 (28,6)	1 (50,0)	10 (37,0)
Persentase rekam medik yang mencatat anamnesis tanda dan gejala TB					
> 50 %	2 (22,2)	2 (100,0)	4 (28,6)	1 (50,0)	9 (33,3)
50 %	7 (77,8)	0 (0,0)	10 (71,4)	1 (50,0)	18 (66,7)
Total	9 (100,0)	2 (100,0)	14 (100,0)	2 (100,0)	27 (100)

Dalam kualitas rekam medik TB dilihat dari persentase rekam medik suspek TB yang berisi informasi tentang tanda dan gejala yang tercatat. Rata-rata persentase rekam medik yang berisi catatan tentang anamnesis tanda dan gejala TB sebesar 38,1. Tidak ada perbedaan yang bermakna antara Puskesmas dan Rumah Sakit dalam hal rekam anamnesis tanda dan gejala TB dalam menjangkir suspek ($F=1,8$ dan $p=0,2$).

Pengetahuan tentang TB antara lain; gejala, penyebab, prosedur penjangkir suspek, komplikasi dan lama infeksius setelah pengobatan pada petugas TB yang 100% telah dilatih hampir sama dengan pengetahuan perawat yang sebagian besar tidak pernah dilatih (tabel 2). Sikap positif terhadap program TB terjadi pada seluruh (100%) perawat, petugas TB 81,5% dan petugas laboratorium 85,2%. Sikap ini menggambarkan motivasi dan dukungan terhadap program TB, dimana justru petugas TB memiliki motivasi dan dukungan yang paling rendah. Ketakutan tertular TB bila kontak dengan pasien TB terjadi pada 37% petugas TB dan 22,2% petugas laboratorium.

Diskusi, Kesimpulan dan Rekomendasi

Identifikasi suspek TB di Puskesmas yang sangat rendah ($18,5 \pm 8,6\%$) namun tidak diikuti dengan penjangkir suspek TB yang terlalu ketat (37,0%). Hal ini dapat terjadi bila pasien TB lebih banyak berobat ke pelayanan kesehatan swasta.

Salah satu sampel penelitian ini adalah rumah sakit swasta. Namun hasil cakupan suspek TB di rumah sakit swasta ini juga rendah (24 suspek dalam 3 bulan). Sosial ekonomi masyarakat Kabupaten Sidoarjo cukup baik ada kemungkinan pasien berobat ke dokter praktek swasta. Dinas kesehatan kabupaten Sidoarjo telah mengembangkan implementasi strategi DOTS ke semua rumah sakit baik pemerintah maupun swasta untuk meningkatkan cakupan suspek dan kasus TB. Namun, cakupan suspek dan kasus TB yang ada masih belum memenuhi harapan. Implementasi strategi DOTS perlu dikembangkan lebih jauh lagi hingga menjangkau seluruh fasilitas pelayanan kesehatan yang ada termasuk klinik swasta dan dokter praktek swasta. *Case detection rate* bisa tampak rendah juga bila estimasi atau target suspek TB yang ditetapkan secara nasional terlalu tinggi untuk kabupaten Sidoarjo. Rekam medik sangat penting dalam mengikuti riwayat perjalanan pengobatan pasien. Jika tidak ada rekam medik yang lengkap dikhawatirkan diagnosis pasien tidak segera ditegakkan dan tidak mendapat penanganan yang adekuat. Penelitian lain menunjukkan bahwa perilaku pasien berobat penting untuk diperhatikan dalam mengembangkan melibatkan sistem layanan kesehatan yang sesuai untuk mencapai tujuan tertentu.⁴

Penelitian ini dilakukan di kabupaten Sidoarjo sehingga hasil hanya berlaku untuk daerah Sidoarjo, dan tidak bisa dibandingkan dengan daerah lain. Responden terbatas pada petugas yang terlibat TB di puskesmas tanpa melibatkan pasien sebagai penerima pelayanan. Secara umum kualitas diagnosis pelayanan TB di kabupaten Sidoarjo perlu ditingkatkan. Pelatihan yang intensif, komitmen dan kerjasama yang solid diantara petugas yang terlibat TB dapat meningkatkan kualitas diagnosis dan selanjutnya akan meningkatkan CDR.

Ucapan Terima Kasih

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penelitian ini dapat terselenggara dengan baik. Terima kasih kami sampaikan pada semua pihak yang telah membantu terselenggaranya penelitian ini. Kegiatan ini dapat terlaksana karena dukungan yang kami peroleh dari SudDit P2-TB, KNCV Tuberculosis Foundations, Marieke J. van der Werf, dan Corlien M. , Varkevisser sebagai fasilitator penelitian. Kami sampaikan terima kasih kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo serta seluruh responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. World Health Organization (2001). WHO Report 2001: Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. Geneva.
2. Depkes RI (2002). Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis cetakan ke-6. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
3. Ratgono A., Kushandoyo, Adhar D., Muktyo W., Sri Waras, A. Djaeli, Ansarul F. (2005). Program Penanggulangan Tuberkulosis di Jawa Timur. Simposium TB. Surabaya: TDC Unair. Hal. 15-18.
4. Pronyk P.M., M.B. Makhubele, J.R Hargreaves, S.M. Tollman, H.P Hausier (2001).Assesing health seeking behaviour among tuberculosis patients in rural South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis* 5(7):619-627.

Bab 8. Variasi kinerja puskesmas terhadap penemuan kasus TB dan faktor yang mempengaruhinya di Kota Medan dan Kabupaten Karo, Sumatera Utara

Sri Rahayu Sanusi¹, Irna Safrina², Rahayu Lubis¹, Miswar³, Fazidah A Siregar¹, Lukman Hakim Tarigan⁴, Yodi Mahendradhata⁵

¹ Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, ² Dinas Kesehatan Kabupaten Karo, ³ Dinas Kesehatan Kota Medan, ⁴ Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia ⁵ Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

Latar Belakang

Pada tahun 2005 pencapaian *case detection rate* (CDR) di Kota Medan 74 % dan di Kabupaten Karo 60,9 %. Angka pencapaian CDR dan error rate (ER) puskesmas di Kota Medan dan Kabupaten Karo bervariasi dari rendah sampai tinggi. Hanya 3 puskesmas rujukan mikroskopis di Kota Medan dan 2 puskesmas rujukan mikroskopis di Kabupaten Karo yang mempunyai CDR di atas angka nasional. Sementara terdapat 6 puskesmas rujukan mikroskopis di Kota Medan dan 4 puskesmas rujukan mikroskopis di Kabupaten Karo dengan angka *error rate* (ER) di atas target nasional.

Hipotesis MSH/RPM Plus menyatakan bila CDR 40 % – 60 % dan cure rate (CR) 40 – 65 % hal ini lebih banyak dipengaruhi oleh faktor sistem pelayanan kesehatan dan kualitas pelaksanaan strategi DOTS. Sedangkan bila CDR antara 60 % - 80 % dan CR 65 – 85 % yang lebih berperan adalah insentif bagi tenaga kesehatan. Berdasarkan hipotesis di atas maka dapat diasumsikan bahwa faktor yang mempengaruhi rendahnya CDR dan tingginya ER di Kota Medan dan Kabupaten Karo adalah faktor-faktor terkait sistem pelayanan kesehatan, kualitas pelaksanaan strategi DOTS dan peranan insentif. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur kinerja puskesmas dalam penemuan kasus TB dan menilai faktor-faktor yang memberikan kontribusi pada penemuan kasus TB yang berkualitas di Kota Medan dan Kabupaten Karo.

Metode

Survey *cross-sectional* ini dilakukan selama periode Mei 2007-Juni 2008 di 12 puskesmas di Kota Medan dan 6 puskesmas di Kabupaten Karo. Variabel yang diteliti meliputi: penjarangan suspek; pemeriksaan laboratorium; pencatatan dan pelaporan; sistem organisasi; insentif; pedoman pendukung tugas; peralatan; lingkungan fisik; pengetahuan; dan potensi diri. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari: (1) wawancara untuk mendapatkan informasi tentang pengetahuan, persepsi dan motivasi petugas kesehatan di Puskesmas yang menjadi subjek penelitian (dokter, tenaga laboratorium, dan petugas pengelola program TB); dan (2) observasi non partisipasi untuk melihat kondisi lingkungan fisik puskesmas dan peralatan laboratorium. Data dianalisis menggunakan uji Fisher Exact dan Mann Whitney. Ethical clearance diperoleh dari komisi etik Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.

Hasil

Tim peneliti berhasil mewancari 25 dokter (Medan = 16; Karo = 9); 18 laboran (Medan = 12; Karo =6; dan 18 pengelola program TB (Medan = 12; Karo =6). Beban dokter di Medan lebih besar di dibandingkan dengan di Karo. Tidak ada perbedaan beban kerja yang bermakna antara laboran dan pengelola program TB di Karo dan Medan.

11.1% dokter di Karo dan 25% dokter di Medan mendapat penghargaan secara lisan bila bekerja dengan baik, sedangkan yang menyatakan tidak mendapat apapun ada 66.7% di Karo dan 56.3% di Medan. Mengenai sistem promosi 88.9% dokter di Karo menyatakan berdasarkan prestasi kerja sedang di Medan hanya 31.3% menyatakan hal yang sama. Sekitar dua pertiga responden di Karo dan Medan menyatakan akan mendapat konsekuensi bila bekerja tidak sesuai dengan standard. Bentuk konsekuensi umumnya akan di tegur atasan dan mendapat sanksi. Sebanyak 55.6% responden di Karo dan 56.2% responden di Medan menyatakan besar insentif yang diberikan sesuai dengan banyaknya jumlah penemuan BTA(+). Empat puluh empat persen dokter di Karo dan 50% di Medan menyatakan suasana kerja kurang mendukung. Semua responden lab puskesmas di Karo menyatakan suasana kerja tidak memadai

Tabel 1. Pencapaian target case detection rate (CDR) dan faktor-faktor kinerja puskesmas di Kabupaten Karo dan Kota Medan

Faktor kinerja	Kategori	Kinerja (CDR)		Total	p
		Baik	Buruk		
Sistim Organisasi	Baik	3 (60%)	2 (40%)	5 (100%)	p>0.05
	Buruk	4 (30.8%)	9 (69.2%)	13 (100%)	
Insentif	Baik	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)	p>0.05
	Buruk	5 (31.1%)	11(68.8%)	16 (100%)	
Pedoman Pendukung Tugas	Baik	2 (28.6%)	5 (71.4%)	7 (100%)	p>0.05
	Buruk	4 (36.4%)	7 (63.6%)	11 (100%)	
Alat	Baik	0	0	0	p>0.05
	Buruk	6 (33.3%)	12(66.7%)	18 (100%)	
Lingkungan Fisik	Baik	1 (16.7%)	5 (83.3%)	6 (100%)	p>0.05
	Buruk	5 (41.7%)	7 (58.3%)	12 (100%)	
Pembuangan Limbah	Baik	2 (25%)	6 (75%)	8 (100%)	p>0.05
	Buruk	4 (40%)	6 (60%)	10 (100%)	
Pengatahuan/ketrampilan	Baik	1 (33.3%)	2 (66.7%)	3 (100%)	p>0.05
	Buruk	5 (33.3%)	10 (6.7%)	15 (100%)	
Potensi Diri	Baik	1 (20%)	4 (80%)	5 (100%)	p>0.05
	Buruk	5 (38.5%)	8(61.55%)	13 (100%)	

sedangkan di Medan (58.3%) menyatakan hal yang sama. Responden lab di Karo (83.3%) menyatakan tidak mempunyai bahan, alat dan kelengkapan yang diperlukan untuk dapat melaksanakan tugas sedangkan di Medan (91.7%) menyatakan hal sebaliknya. Separuh pengelola program TB di Karo menyatakan suasana kerja tidak memadai sedangkan 75% di Medan menyatakan hal yang sama. 66.7% Responden di Karo menyatakan tidak mempunyai bahan, alat dan kelengkapan yang diperlukan untuk dapat melaksanakan tugas sedangkan 58.3% di Medan menyatakan hal yang sama. Tidak ditemukan hubungan yang bermakna secara statistik antara faktor-faktor kinerja puskesmas dengan pencapaian CDR (Table 1) maupun pencapaian *Error Rate* (Tabel 2)

Diskusi

Pemberian insentif di puskesmas di kedua wilayah ini menunjukkan hasil yang kurang memuaskan bagi tenaga kesehatan yang melaksanakan tugas program TB. Bentuk reward hasil kinerja yang berupa promosi dinyatakan oleh sebagian besar perugas kesehatan tidak jelas. Petugas menyatakan bahwa kinerja yang baik tidak menjamin mereka akan mendapatkan kesempatan untuk mencapai jenjang karir yang lebih tinggi. Selain itu dalam pelaksanaan tugas bila tidak mencapai sasaran atau target , hanya sebagian petugas yang menyatakan mereka akan di beri sanksi. Hal ini jelas akan mempengaruhi hasil kerja yang di hasilkan karena petugas tidak merasa tidak ada suatu rangsangan yang dapat memicu mereka untuk bekerja maksimal sehingga dapat memperoleh hasil yang maksimal pula.

Bab 8. Variasi kinerja puskesmas terhadap penemuan kasus TB dan faktor yang mempengaruhinya di Kota Medan dan Kabupaten Karo, Sumatera Utara

Sri Rahayu Sanusi, RK

Tabel 2. Pencapaian target *error rate* (ER) dan fakto-faktor kinerja puskesmas di Kabupaten Karo dan Kota Medan

Faktor Kinerja	Kategori	Kinerja (ER)		Jumlah	p
		Baik	Buruk		
Sistim Organisasi	Baik	3 (60%)	2 (40%)	5 (100%)	p>0.05
	Buruk	7 (53.8%)	6 (46.2%)	13 (100%)	
Insentif	Baik	2 (100%)	0	2 (100%)	p>0.05
	Buruk	8 (50%)	8 (50%)	16 (100%)	
Pedoman Pendukung Tugas	Baik	2 (28.6%)	5 (71.4%)	7 (100%)	p>0.05
	Buruk	8 (72.7%)	3 (27.3%)	11 (100%)	
Alat	Baik	0	0	0	p>0.05
	Buruk	10 (55.6%)	8 (44.4%)	18 (100%)	
Lingkungan Fisik	Baik	2 (33.3%)	4 (66.7%)	6 (100%)	p>0.05
	Buruk	8 (66.7%)	4 (33.3%)	12 (100%)	
Pembuangan Limbah	Baik	3 (37.5%)	5 (62.5%)	8 (100%)	p>0.05
	Buruk	7 (70%)	3 (30%)	10 (100%)	
Pengatahuan/ketrampilan	Baik	3 (100%)	0	3 (100%)	p>0.05
	Buruk	7 (46.7%)	8 (53.3%)	15 (100%)	
Potensi Diri	Baik	3 (60%)	2 (40%)	5 (100%)	p>0.05
	Buruk	7 (53.8%)	6 (46.2%)	13 (100%)	

Semua puskesmas baik di Karo dan di Medan memiliki fasilitas penunjang kerja namun demikian apa yang di miliki tidak lengkap sehingga akan mempengaruhi kinerja puskesmas. Semua puskesmas di Karo tidak memiliki lingkungan fisik yang memenuhi syarat terutama untuk laborium, air mengalir , pembuangan limbah , luas ruangan. Di Medan di temukan ada beberapa puskesmas yang belum memenuhi syarat namun hampir sebagian besar lingkungan fisik puskesmas sudah lebih baik dari Karo. Keadaan sumber daya kurang mendukung kinerja yang baik.

Dari hasil analisa kesimpulan yang dapat di tarik dari penelitian ini yaitu faktor eksternal dan internal kinerja puskesmas tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan namun demikian hasil data kualitatif menunjukkan bahwa lingkungan Fisik (Ruang laboratorium, Pembuangan Limbah) Puskesmas terutama di Karo yang keadaannya buruk. Sistem promosi tidak jelas untuk dokter , laboran dan pengelola program di kedua lokasi Medan dan Karo serta kondisi Alat dan reagensia di Laboratorium di kedua Lokasi tidak tersedia lengkap .

Tim peneliti menyarankan dinas kesehatan untuk: (1) memfasilitasi suasana kerja

dan lingkungan fisik yang lebih baik di puskesmas terutama di Karo dan beberapa puskesmas di Medan; (2) mengaitkan sistem promosi bagi tenaga kesehatan dengan kinerja untuk memotivasi petugas kesehatan; (3) memenuhi kebutuhan alat dan reagensia di laboratorium di puskesmas yang ada di Karo dan di Medan; menyelenggarakan pelatihan dan refreshing pengetahuan untuk dokter, laboran dan laboran.

Ucapan terima kasih

Terima kasih kami sampaikan pada semua pihak yang telah membantu terselenggaranya penelitian ini. Kegiatan ini dapat terlaksana dengan baik karena dukungan yang kami peroleh dari Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Utara, Dinas Kesehatan Kota Medan, Dinas Kesehatan Kabupaten Karo, Puskesmas-Puskesmas di Kota Medan dan Kabupaten Karo, Subdit Tuberkulosis, Kementerian Kesehatan RI, KNCV tuberculosis foundation dan USAID.

Bab 9. Deskripsi faktor-faktor pada penemuan kasus Tuberkulosis di kabupaten Minahasa Utara dan kota Bitung, Sulawesi Utara, 2008

Kepel Billy¹, Fredrik Langik¹, Kaseke Marie¹, Lampus Jemmy², Zekeon Joy³, Lukman Hakim Tarigan⁴, Sumanto Simon⁵

¹Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi, Manado, ²Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara, Manado, ³Dinas Kesehatan Kota Manado, Sulawesi Utara, ⁴Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, ⁵Laboratorium Biomedis, Fakultas Kedokteran, UNIKA Atmadjaja

Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) merupakan masalah kesehatan utama di Indonesia. Survey TB nasional tahun 2004 memperkirakan bahwa lebih dari 539 ribu kasus baru dan sekitar 605 ribu kasus TB baru dan lama yang menjadi beban masalah kesehatan yang berdampak secara epidemiologi, ekonomi, sosial dan psikologis bagi penderita TB di Indonesia.

Strategi DOTS telah diadopsi di Indonesia sejak tahun 1995 dan strategi ini membawa perkembangan yang baik pada pemberantasan TB Indonesia. *Case notification rate* (CNR) dan *case detection rate* (CDR) tahun 2006 menunjukkan 96 per 100.000 penduduk dan 53%, sementara angka rata-rata CNR dan CDR di Sulawesi Utara mencapai 139 per 100.000 penduduk dan 91%. Namun demikian angka CDR di tiap-tiap kabupaten/kota di Sulawesi Utara sangat bervariasi, dari hanya 51% di Kabupaten Kepulauan Talaud sampai 124% di Kabupaten Minahasa Utara. Angka CDR Kota Bitung yang berbatasan langsung dengan Minahasa Utara hanya mencapai 62%, setengah dari CDR Minahasa Utara. Hal ini menarik untuk diteliti tentang faktor-faktor apa yang mendasari variasi angka CDR pada kedua daerah tersebut. Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk melihat perbedaan karakteristik diantara puskesmas di Minahasa Utara dan Bitung, dalam hal pemeriksaan klinis penderita suspek TB, pembuatan hapusan BTA, registrasi penderita terdiagnosa TB, pemberian dan tindak lanjut pengobatan TB.

Metode Penelitian :

Desain penelitian adalah potong lintang. Populasi adalah puskesmas di Minahasa Utara (10 puskesmas) dan Bitung (6 puskesmas), Variabel penelitian adalah CNR, CDR, serta karakteristik umum puskesmas, pemeriksaan klinis yang ditunjukkan oleh masa kerja dan insentif yang diberikan kepada dokter puskesmas, sediaan sputum dan fiksasi sputum, serta evaluasi mikroskopis. Pengambilan data dilakukan dengan cara wawancara dengan kuesioner terstruktur. Pengambilan data dilakukan pada bulan Agustus dan September 2008 dibawah pengawasan para supervisor lapangan. Data sorting dan entry dilakukan dibawah supervisi yang ketat. Pengolahan dan analisis data dilakukan dengan menggunakan program Microsoft Excel 2003 dan SPSS Chi square 15.

Hasil

Tabel 1 menunjukkan karakteristik dasar termasuk angka CDR dan CNR sebagai indikator program pemberantasan TB menurut strategi DOTS menunjukkan bahwa Minahasa Utara telah melampaui target nasional, sedangkan di Bitung masih di bawah angka target capaian nasional.

Median biaya transpor penderita ke puskesmas di Minahasa Utara 4 kali lebih tinggi dari Bitung, median biaya transpor terjauh penderita ke puskesmas di Minahasa Utara 3 x lebih tinggi dari Bitung, Ditinjau dari total waktu lamanya pelayanan rawat jalan menunjukkan bahwa puskesmas – puskesmas di Minahasa Utara memiliki waktu pelayanan lebih lama dibandingkan dengan Bitung.

Insentif yang diberikan kepada para dokter dan petugas puskesmas di Minahasa Utara relatif lebih banyak dibandingkan di Bitung. Tabel 1. Karakteristik umum puskesmas dan layanan yang diberikan

	Minahasa Utara (n = 10)		Bitung (n = 6)	
<i>Case Notification Rate</i> (median, Q1-Q3)	193.4	154.6 - 229.4	154.2	137.3 - 159.0
<i>Case Detection Rate</i> (%)	124%		62%	
Biaya transpor dari ibu kota kabupaten/kota (Rp., median, Q1-Q3)	10.500	5.000 - 20.000	2.750	2.500 - 4.000
Biaya transpor dari daerah terluar (Rp., median, Q1-Q3)	27.500	6.000 - 30.000	10.000	2.500 - 20.000
Jumlah jam buka layanan (median, Q1-Q3)	19.350	10.800 - 21.600	18.000	14.400 - 21.600
Jumlah dokter (median, Q1-Q3)	3	2 - 4	3,5	3 - 4
Jumlah petugas TB (median, Q1-Q3)	4,5	4 - 6	6	5 - 5
Ada hari khusus layanan TB (n, %)	2	20.0	1	16.7
Ada pemberian insentif uang (n, %)	7	70.0	4	66.7
Ada pemberian insentif barang (n, %)	2	20.0	1	16.7
Ada pemberian promosi (n, %)	1	10.0	0	0.0
Ada pemberian insentif lain-lain (n, %)	1	10.0	0	0.0
Adanya sumber dana mandiri	2	20,0	2	33,3

Bab 9. Deskripsi faktor-faktor pada penemuan kasus Tuberkulosis di kabupaten Minahasa Utara dan kota Bitung, Sulawesi Utara, 2008

Kepel Billy, RK

Tabel 2 menunjukkan masa kerja termasuk petugas khusus pada puskesmas rujukan mikroskopis (PRM), jam kerja per hari, jum hari untuk preparasi sputum, jumlah hari antara preparasi BTA dan transpor sediaan sputum dgn pemeriksaan merupakan indikator tidak langsung untuk kinerja seorang petugas kesehatan.

Tabel 2. Masa kerja dan penerimaan insentif pada dokter pelaksana

	Minahasa Utara (n = 10)		Bitung (n = 6)	
Masa kerja (tahun, median, Q1-Q3)	0,6	0,3 – 2,3	2,1	0,9 – 4,0
Diberikan insentif uang	1	10,0	0	0,0
Diberikan insentif barang	1	10,0	1	16,7

Tabel 3 menunjukkan pelayanan pada penderita merupakan indikator langsung yang menentukan penemuan penderita TB. Tabel 3 menunjukkan kinerja petugas pada pelayanan pemeriksaan sputum BTA di Bitung lebih baik dibandingkan di Minahasa Utara, Supervisi merupakan bagian dari proses manajemen dalam rangka pengawasan terhadap setiap proses dari program yang dijalankan. Determinan ini dianggap tersebar merata di Minahasa Utara dan Bitung.

Tabel 3. Masa kerja petugas TB dan adanya ruangan preparasi sputum

	Minahasa Utara (n = 10)		Bitung (n = 6)	
Masa kerja (tahun, median, Q1-Q3)	4	3 – 9	7,5	5
Ruangan preparasi sediaan sputum				
ada	6	60.0	3	50.0
tidak ada	4	40.0	3	50.0
Jumlah hari kerja pada minggu sebelumnya (hari, median, Q1-Q3)	6	5 - 6	6	6 - 6
Jumlah jam kerja per hari pada 1 minggu sebelumnya (hari, median, Q1-Q3)	3.5	3 - 6	4.5	3 - 6
Total hari preparasi sputum pada 1 minggu yg lalu (hari, median, Q1-Q3)	3	3 - 5	2,5	2 - 4

Diskusi

Gambaran faktor – faktor ini mengindikasikan bahwa seharusnya CDR dan CNR di Minahasa Utara lebih rendah dari Bitung, tetapi yang terjadi sebaliknya. Penelitian yang dilakukan di Puskesmas Mandala, Kota Medan, mendapatkan hasil bahwa kemampuan penemuan kasus masih rendah walaupun jarak ke Puskesmas tidak menjadi kendala. Hal ini mungkin sama dengan di Bitung yang merupakan daerah perkotaan¹. Insentif yang diberikan kepada para dokter dan petugas puskesmas di Minahasa Utara relatif lebih banyak dibandingkan di Bitung merupakan faktor yang bisa mendukung mengapa CNR dan CDR di Minahasa Utara lebih tinggi dibandingkan di Bitung ($p=0.039$). Beith dkk (2007) melaporkan bahwa insentif berupa uang dan barang kepada pasien, petugas kesehatan dan institusi kesehatan bisa meningkatkan penemuan kasus TB dan proses pengobatan sampai penyembuhan penderita².

Masa kerja petugas khusus pada puskesmas rujukan mikroskopis (PRM), jam kerja per hari, jumlah hari untuk preparasi sputum, jumlah hari antara preparasi BTA dan transpor sediaan sputum dgn pemeriksaan merupakan indikator tidak langsung untuk kinerja seorang petugas kesehatan, yang selanjutnya berpengaruh pada proses penjarangan penderita suspek TB, dan pada akhirnya dapat menentukan angka penemuan kasus TB. Faktor-faktor ini terbalik dari segi pembuktian bahwa CDR dan CNR di Minahasa Utara lebih tinggi dibandingkan dengan di Bitung.

Pelayanan pada penderita merupakan indikator langsung yang menentukan penemuan penderita TB. Dilihat dari pelayanan pemeriksaan sputum BTA ternyata kinerja petugas di Bitung lebih baik dibandingkan di Minahasa Utara, sehingga faktor-faktor ini paradoks dengan indikator penemuan kasus di Minahasa Utara dan Bitung. Hari khusus pelayanan yang disediakan untuk penderita suspek maupun terdiagnosis TB yang berimbang pada kedua daerah tersebut tidak mendukung sebagai determinan perbedaan indikator penemuan kasus di Minahasa Utara dan kota Bitung.

Van der Werf MJ dan Borgdorff MW menyimpulkan pada penelitiannya bahwa secara global dan di 22 negara dengan beban TB yang tinggi, indikator program seperti insidensi TB, prevalensi dan *case detection rate* adalah tidak selalu bisa dipastikan. Karena data insidensi TB di banyak tempat tidak pasti selanjutnya CDR pun menjadi tidak pasti^{3,4}. Pada penelitian ini terlihat bahwa angka CDR di Minahasa

Utara dan Bitung juga menimbulkan pertanyaan baru karena nilai yang melampaui 100% di Minahasa Utara. Dengan demikian perbandingan kedua kabupaten ini yang berawal dari komparasi CDR yang mencolok dapat berkontribusi terhadap kesan paradoks.

Kesan paradoks dari beberapa determinan tergambar dalam berbagai karakteristik faktor-faktor yang mempengaruhi angka penemuan kasus di kabupaten Minahasa Utara dan kota Bitung, dimana diasumsikan faktor-faktor yang bisa meningkatkan penemuan kasus justru angka penemuan kasus yang rendah di Bitung dibandingkan dengan Minahasa Utara, begitu juga sebaliknya. Namun demikian ada beberapa faktor di luar puskesmas yang dapat dijadikan perhatian seperti masalah transport, insentif. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk menjawab kesenjangan seperti yang telah dipaparkan diatas. Manfaat CDR sebagai indikator capaian program masih menjadi perdebatan.

Berdasarkan dari kesimpulan ini kami menyusun saran sebagai berikut; 1) Puskesmas di Bitung perlu untuk lebih memperhatikan faktor-faktor yang bisa meningkatkan angka penemuan kasus TB di Bitung. 2). Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan fokus pada faktor-faktor di luar puskesmas seperti faktor budaya dan ekonomi pada masyarakat dalam kaitan dengan perilaku upaya pencarian kesehatan.

Ucapan Terima kasih

Terima kasih kami sampaikan pada semua pihak yang telah membantu terselenggaranya penelitian ini. Kegiatan ini dapat terlaksana dengan baik karena dukungan yang kami peroleh dari Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi, Manado, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara, Manado, Dinas Kesehatan Kota Manado. Penghargaan yang tinggi juga kami haturkan pada dari Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan, Kementerian Kesehatan RI, KNCV Tuberculosis Fondation.

Daftar Pustaka:

1. Asy'Ari. 2009. Determinan Penemuan Kasus Penderita Tb Paru di Puskesmas Mandala Kota Medan Tahun 2005.
http://library.usu.ac.id/index.php?option=com_journal_review&id=10745&task=view Diakses 16 Agustus 2010.
2. Beith A, Eichler R, Weil D. 2007. Performance-Based Incentives for Health: A Way to

Improve Tuberculosis Detection and Treatment Completion? Centre for Global Development Working Paper. Downloaded from
http://www.google.co.id/#hl=id&source=hp&q=tuberculosis+worker+insentive+case+finding&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=&fp=c08ed35382356b9. Diakses 16 Agustus 2010.

3. Marieke J van der Werf, Martien W Borgdorff. Target for tuberculosis control: how confident can we be about the data? *Bulletin of the World Health Organization* | May 2007, 85 (5)
4. Martien W Borgdorff. New Measurable Indicator for Tuberculosis Case Detection. *Emerging Infectious Diseases* www.cdc.gov/eid Vol. 10, No. 9, September 2004.

Bab 10. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien TB yang diobati dengan strategi DOTS di kota Jayapura Provinsi Papua tahun 2008

Mariana Matasik¹, Antonius Oktavian², Yacob Ruru³, Senorita⁴, Yunita Mirino⁵, Lukman Hakim Tarigan⁶, Bacht Alisjahbana⁷

¹ Dinas Kesehatan Propinsi Papua, ² Fakultas Kedokteran dan ³ Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Cenderawasih, ⁴ Puskesmas Sentani, Kabupaten Jayapura, ⁵ Balai Penelitian dan Pengembangan Biomedis Papua ⁶Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, ⁷Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran, Rumah Sakit dr Hasan Sadikin, Bandung

Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan di dunia. Menyikapi hal tersebut, WHO telah mengembangkan suatu strategi penanggulangan TB yang dikenal dengan *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS). Program ini memfokuskan kegiatan pada penemuan dan penyembuhan pasien TB paru untuk memutus rantai penularan. Salah satu pilar strategi DOTS adalah pentingnya pemberian obat yang tidak terputus dengan pemantauan yang erat. Indikatornya dari kegiatan ini adalah tercapainya angka kesembuhan (*cure rate*) dengan target minimal 85%¹.

Papua, salah satu Propinsi di Indonesia dengan populasi 2.675.620 jiwa dan karakteristik geografis and demografi yang spesifik. Penduduknya tersebar luar dalam rentang geografis yang luas dan terisolir sehingga dan sulit dijangkau. Keadaan ini menghambat pencapaian strategi DOTS, tampak dari rendahnya pencapaian *cure rate* di sejumlah kabupaten / kota di Provinsi Papua. Kota Jayapura adalah salah satu dari 20 kabupaten / kota yang terdapat pada Provinsi Papua yang menunjukkan *cure rate* yang rendah. Pada tahun 2005 ditemukan *cure rate* sebesar 76%, kemudian menurun menjadi 72% di tahun 2006 dan 55% di tahun 2007².

Rendahnya *cure rate* ini disebabkan oleh banyaknya penderita yang tidak patuh berobat dan putus berobat. Keadaan putus berbahaya dan sebaiknya dicegah semaksimal mungkin karena dapat berakibat pada tingginya angka kematian penderita dan meningkatnya jumlah kuman Mtb. multi drug resisten. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang dapat mempengaruhi kepatuhan berobat pada pasien TB di kota Jayapura. Hasil penelitian di harapkan dapat memberikan masukan mengenai perbaikan untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

Metodologi

Penelitian ini dilakukan dengan desain kasus-kontrol. Kelompok kasus terdiri dari penderita yang tidak patuh berobat yaitu tidak mengambil obat 2 minggu berturut-turut atau > 30 hari secara kumulatif, termasuk penderita yang lalai. Penderita kontrol adalah yang tidak mempunyai riwayat di atas. Perekrutan penderita dilakukan di 8 Puskesmas di kabupaten Jayapura yaitu Puskesmas Tanjung Ria, Imbi, Jayapura Utara, Hamadi, Elly Uyo, Kotaraja, Hedam dan Waena. Daftar penderita di

peroleh berdasarkan buku register TB-03 kota dan status TB-01 yang ada di masing-masing puskesmas. Penderita yang masuk kriteria adalah yang mulai pengobatan pada triwulan I 2007 sampai dengan triwulan I 2008. Dari data ini, semua kasus diinklusi sebagai subyek penelitian. Subyek kontrol diambil dari semua penderita yang telah patuh menyelesaikan pengobatan di seleksi secara *simple random*, sejumlah 2 kali penderita kasus, Pendaftaran, seleksi dan pengambilan data dilapangan dilakukan pada bulan Juli 2008 – Januari 2009.

Data status pengobatan TBC, riwayat mendapat obat sebelumnya, status BTA positif di kumpulkan dari kartu TB01. Pengumpulan data mengenai faktor-faktor yang mungkin berpengaruh dilakukan dengan wawancara terstruktur menggunakan kuisisioner di tempat kediaman penderita. Data yang dikumpulkan adalah: karakteristik demografi, status ekonomi, pendidikan, pengetahuan tentang TB, riwayat sakit gula, sikap dan perilaku dalam menjalani pengobatan yang mungkin menjadi penyebab. Riwayat alkoholisme dan perilaku beresiko untuk HIV-AIDS. Data yang diperoleh kemudian diolah dengan program SPSS 13.01

Hasil

Dari 103 kasus “tidak patuh atau lalai” yang tercatat di data Puskesmas, berhasil ditemui dan diwawancarai sebanyak 81 orang (78,6%). Duapuluh dua penderita kasus tidak dapat ditemui karena pindah (n=13), pulang kampung (n=2), bekerja (n=2) dan meninggal (n=5). Dari 435 responden dengan riwayat pengobatan yang patuh terpilih 206 penderita “kontrol” secara *simple random sampling* dan berhasil diwawancarai sebanyak 183 (88,8%) orang. Responden kontrol yang tidak dapat ditemui karena alasan pindah (n=12), pulang kampung (n=5), bekerja (n=3) dan meninggal (n=3).

Bab 10. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien TB yang diobati dengan strategi DOTS di kota Jayapura Provinsi Papua tahun 2008

Mariana Matasik, RK

Tabel. Faktor resiko ketidak patuhan penderita TB, univariate dan multivariat analisis.

	Tidak patuh n=81(%)	Patuh n=183(%)	Univariat OR (95% CI)	Multivariat OR (95% CI)
Usia < 35 tahun	60 (74.1)	103 (42.6)	2.2 (1.2 – 3.9)	2.9 (1.4 – 6.1)
Suku Papua	60 (74.1)	105 (57.4)	2.1 (1.2 – 3.8)	2.4 (1.2 – 4.9)
Riwayat berpindah	9 (11.1)	3 (1.6)	7.5 (1.9 – 28.5)	15.4 (3.4 – 69.1)
Merasa tidak mendapat informasi tentang tb	12 (14.8)	8 (4.4)	3.8 (1.5 – 9.7)	4.1 (1.3 – 12.9)
Tidak mengetahui penyebab TBC	63(77.8)	95 (51.9)	3.2 (1.8-5.9)	t.s.
Tidak tahu cara transmisi	41 (54.7)	34 (45.3)	4.5 (2.5-8.0)	3.6 (1.8 – 7.5)
Tidak mengentahui akibat tidak berobat	15 (19.0)	6 (3.3)	7.0 (2.6-18.6)	12.2 (3.4 – 43.6)
Kepadatan dalam keluarga > 1 / 8m ²	57 (70.4)	100 (54.6)	1.9 (1.1 – 3.4)	t.s.
Ada riwayat TB dlm keluarga	29 (35.6)	37 (20.2)	2.2 (1.2 – 3.9)	t.s.
Peminum Alkohol	12 (14.8)	10 (5.5)	3.0 (1.2 – 7.3)	t.s.
Kombipak	12 (15.0)	7 (3.8)	4.4 (1.6 – 11.6)	3.9 (1.1 – 13.8)
Pernah ada efek samping obat	33 (41.0)	45 (24.6)	2.1 (1.2 – 3.7)	2.2 (1.1 – 4.4)

Keterangan. t.s. : tidak signifikan

Analisis selanjutnya menunjukkan tidak adanya perbedaan bermakna antara kelompok kasus dan control pada klasifikasi penyakit TB, proporsi dengan dahak BTA positif sebelum pengobatan, dan proposi riwayat penyakit DM dan resiko HIV yang diidapnya. Karakteristik demografi seperti jenis kelamin, kondisi bekerja, tingkat pendidikan, status ekonomi, dan jarak akses ke pelayanan kesehatan serta biaya transport juga tidak menunjukkan perbedaan bermakna.

Faktor-faktor di bawah ini lebih banyak ditemukan pada kasus dibandingkan kontrol yaitu : usia muda, suku Papua, riwayat berpindah tempat tinggal, dan kepadatan penghuni rumah yang tinggi serta riwayat TB dalam keluarga. Kurangnya informasi dari petugas kesehatan, rendahnya pengetahuan mengenai penyebab penyakit, cara penularan dan kesembuhan juga ditemukan lebih banyak pada kelompok kasus.

Riwayat alkoholisme, adanya efek samping obat penggunaan jenis obat Kombipak juga lebih sering ditemukan pada kelompok kasus secara bermakna. Variabel di atas ini kemudian diuji dengan analisis multivariate, yang hasilnya dapat dilihat pada tabel.

Diskusi

Penelitian ini menunjukkan bahwa ketidakpatuhan berobat berhubungan dengan tempat tinggal yang tidak menetap. Hal ini merupakan permasalahan yang besar di Papua karena sarana transportasi masih terbatas dan banyak urbanisasi dari komunitas pegunungan ke Jayapura. Penelitian Burman dkk di Denver USA, menemukan bahwa kondisi tidak mempunyai tempat tinggal yang tetap berasosiasi dengan ketidakpatuhan (OR 3.2, 95%CI 1.5-7.2) berasosiasi³. Tingkat pengetahuan yang rendah mengenai cara penularan TB, cara dan lamanya pengobatan serta konsekuensi dari pengobatan tidak lengkap juga memegang peranan terhadap rendahnya kepatuhan berobat. Tampaknya penderita kurang mendapatkan penyuluhan dari petugas TB. Hal ini tampak dari tidak adanya hubungan antara kepatuhan dengan riwayat TB keluarga. Adanya riwayat penderita TB di rumah justru sebaliknya berhubungan dengan ketidakpatuhan. Peneliti sebelumnya telah menunjukkan hubungan yang erat antara pengetahuan tentang penyakit TB dan kepatuhan berobat⁴. Faktor lain yang berpengaruh adalah jenis dan efek samping OAT, yang sudah dibuktikan pula oleh penelitian Awofeso (2008) pada pasien TB di salah satu Penjara di Eropa Timur⁵.

Penelitian ini telah mengidentifikasi berbagai faktor-faktor resiko untuk rendahnya kepatuhan berobat TB atau putus berobat. Sebagian faktor resiko seperti mempunyai tempat tinggal berpindah, usia muda, suku asli papua dapat menjadi prediktor yang membuat petugas TB waspada akan kemungkinan ketidak patuhan. Rendahnya pengetahuan tentang TB merupakan faktor yang dapat di perbaiki dengan penyuluhan atau konseling yang lebih seksama dari petugas. Oleh karena itu, kami merekomendasikan untuk mengembangkan suatu materi KIE dan konseling khusus yang sesuai dengan tingkat pemahaman dan pendidikan pasien TB di Papua.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kami sampaikan pada semua pihak yang telah membantu terselenggaranya penelitian ini. Kegiatan ini dapat terlaksana dengan baik karena bimbingan yang kami peroleh dari Carmelia Basri, Budiono, dan Lukman Hakim

Tarigan dan Marieke van der Werf. Terima kasih yang terhingga juga kami sampaikan pada Pemerintah Daerah dan Dinas Kesehatan Propinsi Papua, Dinas Kesehatan Kota Jayapura. Penelitian di fasilitasi oleh TB Operational Research Group dari National TB program, di danai oleh KNCV, Global Fund dan USAID

Daftar Pustaka

1. Depkes RI.(2006) Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, Jakarta, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
2. Dinkes Kota Jayapura, (2008). Evaluasi Program TB tahun 2006-2007, Dinas Kesehatan Kota Jayapura.
3. Burman, et al (1997).” Noncompliance with directly observed therapy for tuberculosis. Epidemiology and effect on the outcome of treatment” Chest 111(5):1168-73.
4. Chimbanrai, B.et al (2008). “Treatment seeking Behaviors an Improvement Adherence to Treatment Regimen of Tuberculosis Patients Using Intensive Triad Model. Program,Thailand”. Southeast Asian J Trop Med Public Health 39(3) : 526-41.
5. Awofeso,N (2008).”Antituberculosis Medication Side effects Constitute Major Factor For Poor Adherence to Tuberculosis Treatment”. Bulletin Of WHO 86(3): 161-240

Bab 11. Penyusunan Indikator Prediksi Kejadian Default TB Melalui PMO Di Poli DOTS Rumah Sakit Hasan Sadikin (RSHS) Bandung

Agus Salim¹, Prayudi Santoso², Guswan Wiwaha³, Mirza Purwitasari⁴, Euis Kin Kin⁵, Chatarina U. Wahyuni⁶

¹Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, ² Bagian Ilmu Penyakit Dalam, FK Universitas Padjadjaran - Rumah dr Sakit Hasan Sadikin Bandung, ³ Fakultas Kesehatan Masyarakat, FK Universitas Padjadjaran Bandung. ⁴Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat, Bandung. ⁵Rumah Sakit Dokter Hasan Sadikin, Bandung, ⁶Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya

Latar Belakang.

Sejak tahun 2000 strategi DOTS dilaksanakan secara nasional di seluruh Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) terutama Puskesmas, Balai Pengobatan Penyakit Paru (BP4), rumah sakit maupun praktek swasta. WHO telah memperkenalkan pelaksanaan pengobatan dengan pengawasan secara langsung sebagai bagian dari strategi DOTS. Untuk itu diperlukan seorang Pengawas Menelan Obat (PMO) yang bertugas mengawasi, mendorong, mengingatkan pasien TB mengikuti tatalaksana pengobatan TB, dan memberi penyuluhan kepada keluarga pasien TB yang mempunyai gejala mencurigakan untuk segera memeriksakan diri ke UPK¹.

Hasil survei prevalensi tahun 2004 di Indonesia menunjukkan pola pencarian pengobatan pasien TB ke rumah sakit cukup tinggi yaitu 60%, senada hasil monitoring dan evaluasi tahun 2005 yang dilakukan WHO menunjukkan penemuan kasus TB di rumah sakit cukup tinggi, tetapi keberhasilan pengobatannya rendah, sementara angka putus berobat masih cukup tinggi. Selain itu angka kesembuhan pengobatan di rumah sakit pada umumnya masih dibawah 50% dengan angka putus berobat pada sebagian besar rumah sakit mencapai 50-80%. Tahun 2008 jumlah pasien Poli DOTS di Rumah Sakit Hasan Sadikin (RSHS) sebanyak 1.208 (dewasa: 960; anak: 246), dengan angka default sebesar 25,3%.

Dengan mempertimbangkan dan memperhatikan hal di atas, dapat dibuatkan rumusan permasalahan utama yaitu tingginya angka kejadian default di poli DOTS RSHS dalam kaitannya dengan peran PMO yang akan dijawab melalui penyusunan model pengembangan pengendalian default di Poli DOTS RSHS melalui analisis peran PMO sehingga didapatkan model pengendaliannya sebagai tujuan dari penelitian ini.

Metode

Desain penelitian yang digunakan yaitu kasus-kontrol yang merupakan salah satu studi observasional analitik yang digunakan untuk mengetahui penyebab masalah dengan menelusuri ke belakang penyebab masalah tersebut (retrospektif).

Populasi kasus yaitu penderita default TB usia di atas 15 tahun, dan populasi kontrol yaitu penderita TB di atas usia 15 tahun yang berkunjung dan sudah menyelesaikan pengobatan TB di Poli DOTS RSHS pada periode 2007 – triwulan I 2009. Sampel

(responden) adalah PMO pada masing masing populasi. Teknik pengambilan sampel dengan sistematik random sampling. Data diperoleh melalui wawancara dengan kuesioner yang sudah disiapkan.

Analisis data menggunakan beberapa uji statistik. Uji statistik univariat untuk mendeskripsikan data hasil penelitian, uji statistik bivariat untuk analisis masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat, apabila didapatkan variabel-variabel bebas yang bermakna, maka variabel-variabel bebas tersebut diikutkan dalam uji statistik multivariat terhadap variabel terikat untuk pembuatan model.

Hasil Penelitian

Jumlah responden sebanyak 158 PMO yang terbagi menjadi kelompok kasus dan kontrol. Kelompok kontrol yaitu PMO pasien lengkap yaitu yang menyelesaikan pengobatan, sedangkan kelompok kasus yaitu PMO pasien default. Responden PMO pada pasien default maupun pasien lengkap dikaji keaktifan menjalankan perannya, PMO yang dikategorikan aktif apabila melaksanakan tiga tugas atau lebih dari empat tugas utama PMO. Berdasarkan hal tersebut didapatkan 76 PMO aktif dan 82 PMO pasif. Selanjutnya, PMO aktif sebagai kontrol, dan PMO pasif sebagai kasus. Dari sejumlah variabel penelitian yang diteliti, didapatkan 6 (enam) yang memiliki pengaruh terhadap peran PMO yaitu ; pendidikan, pengetahuan, sikap, stigma, kepuasan, dan waktu pelayanan.

PMO dengan latar belakang pendidikan dasar berisiko 3 kali lebih besar menjadi pasif dibandingkan dengan PMO yang memiliki latar belakang pendidikan lanjut. Sementara PMO yang pengetahuan tentang penyakit TB nya kurang, berisiko 5 kali lebih besar untuk terjadinya peran pasif dibandingkan dengan PMO yang memiliki pengetahuan yang lebih baik. Sikap negatif PMO berisiko 2 kali lebih besar untuk menjadi pasif perannya dibandingkan dengan PMO yang memiliki sikap positif.

Bab 11. Penyusunan Indikator Prediksi Kejadian Default TB Melalui PMO Di Poli DOTS Rumah Sakit Hasan Sadikin (RSHS) Bandung

Agus Salim, RK

Tabel.1. Tabulasi silang variabel dengan peran PMO

Variabel		kasus n (%)	kontrol n (%)	Bivariat OR (95% CI)	X2
Jenis Kelamin	Perempuan	59 (72.0)	55 (72.4)	0.979 (0.488 – 1.965)	0.953
	Laki-laki	23 (28.0)	21 (27.6)		
Usia	≤ 45 tahun	50 (61.0)	41 (53.9)	1.334 (0.710 – 2.510)	0.372
	> 45 tahun	32 (39.0)	35 (46.1)		
Pendidikan	Dasar	59 (72.0)	38 (50.0)	2.560 (1.330 – 4.960)	0.005
	Lanjut	23 (28.0)	38 (50.0)		
Pekerjaan	tidak bekerja	46 (56.1)	42 (55.3)	1.030 (0.550 – 1.940)	0.916
	Bekerja	36 (43.9)	34 (44.7)		
Pengetahuan	kurang	36 (43.9)	11 (14.5)	4.620 (2.130 – 10.020)	0.000
	Baik	46 (56.1)	65 (85.5)		
Sikap	negatif	53 (64.6)	36 (47.4)	2.030 (1.070 – 3.840)	0.029
	positif	29 (35.4)	40 (52.6)		
Stigma	Ada	4 (4.9)	16 (21.1)	0.603 (0.292 – 1.243)	0.002
	tidak ada	78 (95.1)	60 (78.9)		
Biaya ke RSHS	mahal	45 (54.9)	45 (59.2)	0.830 (0.450 – 1.570)	0.583
	Murah	37 (45.1)	31 (40.8)		
Kepuasan	Tidak	14 (17.1)	4 (5.3)	3.710 (1.160 – 11.820)	0.02
	Ya	68 (82.9)	72 (94.7)		
Waktu layanan	> 120 menit	17(20,7)	23 (20,3)	0.603 (0.292 – 1.243)	0.027
	≤ 120 menit	65(79,3)	53 (69,7)		

Stigma yang melekat pada penderita tuberkulosis justru akan menghindarkan PMO untuk pasif berperan sebesar 5 kali lebih besar dibandingkan dengan pasien yang tidak ada stigma. Pengawas menelan obat di RSHS berasal dari keluarga, maka stigma yang melekat pada penderita tuberkulosis akan dipersepsi sebagai motivasi internal untuk menjalankan perannya dengan baik.

Kemudian ketidakpuasan PMO terhadap pelayanan poli DOTS di RSHS memberikan risiko 4 kali lebih besar terjadinya peran pasif dibandingkan dengan PMO yang merasa puas dengan pelayanan. Perlu diketahui pula bahwa waktu yang dibutuhkan pasien dan PMO sehingga mendapatkan pelayanan yang melebihi 120 menit berisiko

untuk terjadinya peran pasif sebesar 2 kali.

Untuk pembuatan model dilakukan penapisan terhadap variabel-variabel yang diteliti dengan menggunakan nilai $p < 0.25$ untuk dipertimbangkan masuk ke dalam model analisis multivariate. Hasil uji X2 diperoleh enam variabel yang memiliki nilai $p < 0.25$ yaitu pendidikan, pengetahuan, sikap, stigma, kepuasan, dan waktu pelayanan, yang selanjutnya variabel-variabel tersebut dilakukan pengujian dengan Regresi Binari Logistik Ganda untuk mendapatkan model (tabel 2).

Tabel.2 . Hasil Uji Statistik pemodelan melalui Regresi Binari Logistik Ganda

Variabel	β	p	OR	95% C.I
Pendidikan	- 0,676	0.069	1,966	0.949 – 4.072
Pengetahuan	1,249	0.003	3,487	1.536 – 7.918
Stigma	-1,458	0.018	0,233	0.070 – 0.775
Kepuasan	1,155	0.069	3,175	0.914 – 11,029
Konstanta	-0,984	0,266	0,374	

Hasil perhitungan terhadap keempat variabel selanjutnya dibuat model prediksi terjadinya peran PMO sebagai berikut. Model prediksi hasil uji tersebut bisa dibuat satu persamaan untuk memilah peran Aktif dengan Pasif, persamaan untuk PMO Pasif yaitu $-0,984 - 0,676$ (pendidikan) + $1,249$ (pengetahuan) – $1,458$ (stigma) + $1,155$ (kepuasan) = 0. Sedangkan persamaan untuk PMO Aktif merupakan kebalikannya

$$1 \quad \ell \quad (b_0 \quad b_1 x_1 \quad b_2 x_2)$$

$$1 \quad \ell \quad [0.984 \quad (0.676*pendidikan) \quad (1.249*pengetahuan) \quad (1.458*stigma) \quad (1.155*kepuasan)]$$

Gambar; formulasi hubungan antar resiko

Diskusi dan Simpulan

Penelitian Wahyuningsih di Kabupaten Lampung tahun 2004 mendapatkan bahwa

tidak ditemukan hubungan signifikan antara pendidikan dan pengetahuan PMO dengan kinerja PMO². Hal ini berbeda dengan hasil yang didapatkan oleh Nelvi (2008) dan Retno (2001) dimana pendidikan dan pengetahuan mempengaruhi seorang PMO untuk mengawasi kepatuhan pasien menelan obat. Pada penelitian ini, pendidikan dan pengetahuan berperan terhadap keaktifan seorang PMO^{3,4}.

PMO di RSHS berasal dari keluarga, maka stigma yang melekat pada penderita tuberkulosis akan dipersepsi sebagai motivasi internal untuk menjalankan perannya dengan baik. Di lain pihak, kepuasan yang turut dirasakan oleh PMO terhadap pelayanan yang diberikan akan merangsang timbulnya motivasi eksternal pada dirinya, sehingga perannya menjadi aktif, hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Epcu Hasker, et al (2008) yang mengatakan bahwa 'violation of hospital-rule' dapat memicu terjadinya default pada penderita tuberkulosis⁵.

Hasil analisis model diperoleh model karakteristik PMO yang dapat berperan aktif, maka untuk mengendalikan kejadian default sebaiknya PMO di poliklinik DOTS RSHS dipilih dari mereka yang memiliki latar belakang pendidikan yang tinggi (minimal sekolah menengah atas), pengetahuan yang baik tentang penyakit tuberkulosis, namun harus diikuti dengan perbaikan pelayanan sehingga memberikan kepuasan baik pada penderita maupun PMO nya. Apabila tidak didapatkan PMO dengan pendidikan tinggi, maka mereka harus terlebih dahulu diberikan pengetahuan yang baik tentang penyakit tuberkulosis agar dapat menjalankan tugas atau perannya dengan baik.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kami sampaikan pada semua pihak yang telah membantu terselenggaranya penelitian ini. Kegiatan ini dapat terlaksana dengan baik karena dukungan yang kami peroleh dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, Kepala Bidang PLPP Dinkes Prov.Jawa Barat, Kepala Dinas Kesehatan 5 Kab/Kota daerah penelitian beserta jajarannya, Direktur RSHS dan seluruh jajarannya, dan KNCV serta kepada seluruh sejawat yang tidak bisa disebutkan satu per satu namanya, semoga Allah SWT membalas amal kebaikan semuanya dengan kebaikan berlipat ganda, Amiin.

Daftar Pustaka

1. Depkes RI, Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, cetakan ke-2, Jakarta 2008;616.995.24/ind/P
2. Wahyuningsih, Analisis Kinerja Pengawas Menelan Obat (PMO) Penderita Tuberkulosis oleh Tenaga Kesehatan di Kabupaten Lampung Selatan, Tesis, 2004.
3. Nelvi, M. Pengaruh Karakteristik Pengawas Menelan Obat terhadap Pengawasan Kepatuhan Berobat Penderita Tuberkulosis Paru di Puskesmas Bandar Khalifah Kabupaten Deli Serdang, Tesis, 2008
4. Retno Gitawati, Penelitian Pengaruh Adanya Pengawasan Menelan Obat (PMO) terhadap Keberhasilan Pengobatan Kasus Baru Tuberkulosis (TB Paru) di beberapa Puskesmas di DKI Jakarta, Badan Litbang Kesehatan, 2001
5. Volmink J. Garner P. Review Directly Observed Therapy for Treating Tuberculosis, The Cochrane Collaboration, 2008 Published by John Willey & Sons, Ltd

Bab 12. Kajian proses deteksi pasien Tuberkulosis dalam upaya implementasi DOTS di rumah sakit Jawa Tengah

Bagoes Widjanarko¹, Martini¹, Siti Zuraidah², Septo Pawelas A.¹, Kusbiyantoro³

¹Staf Pengajar FKM Undip; ² Staf Dinkes Kota Salatiga Provinsi Jawa Tengah, ³ Staf Dinkes Kebumen Provinsi Jawa Tengah

Latar Belakang

Implementasi pengendalian tuberkulosis (TB) dengan strategi Direct Observed Treatment Short course (DOTS) di Indonesia dimulai pada tahun 1995. Di tahun 2001, semua puskesmas di Jawa Tengah telah melaksanakan Program Pengendalian tuberkulosis dengan strategi DOTS, sementara itu pada tahun tersebut belum satupun rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah menerapkan strategi DOTS. Penegakan diagnosis di rumah sakit, rumah sakit paru, dan pelayanan kesehatan sektor swasta masih menerapkan prosedur beragam dan belum sesuai dengan standart nasional. Pelibatan rumah sakit dalam strategi DOTS membutuhkan persiapan sarana dan sumberdaya manusia yang memadai. Penelitian ini dilakukan untuk memberikan gambaran mengenai proses deteksi kasus TB di rumah sakit pemerintah dan swasta di wilayah Jawa Tengah dan faktor yang terkait dengan proses tersebut.

Metodologi

Penelitian ini menggunakan rancangan cross-sectional. Dilaksanakan pada bulan September sampai dengan Oktober 2004. Secara random, dipilih 15 Kabupaten dan dalam setiap Kabupaten dipilih satu Rumah Sakit Pemerintah dan dua Rumah Sakit swasta. Subyek penelitian terdiri dari dokter, perawat, petugas laboratorium yang menangani kasus TB dan dua orang pasien pada setiap Rumah Sakit. Dari proses penentuan sampel ini didapatkan 45 orang dokter, 45 orang perawat, 45 orang petugas laboratorium dan 90 orang pasien TB.

Variabel yang diteliti adalah karakteristik subyek, pengetahuan, skill, sikap, workload, training, sistim pencatatan dan pelaporan serta kebijakan rumah sakit dalam program TB paru. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dan observasi. Wawancara dengan subyek menggunakan kuesioner terstruktur, sementara pedoman wawancara dengan dokter menggunakan pertanyaan terbuka. Data dianalisis secara kualitatif dan kuantitatif. Data kualitatif dianalisis berdasarkan interpretasi makna, sedangkan data kuantitatif dianalisis dengan uji chi-square ($\alpha=0,05$) dengan menggunakan program SPSS 10.0.

Hasil Penelitian

Berdasarkan pengelompokan sesuai tipe Rumah Sakit, 24,4% tergolong dalam tipe B, 60% tipe C dan 15,6% tipe D. Jumlah suspek yang dirujuk ke laboratorium rumah sakit menurut standart adalah 100%. Dalam penelitian ini hanya 4 (26,6%) rumah

Bab 12. Kajian proses deteksi pasien Tuberkulosis dalam upaya implementasi DOTS di rumah sakit Jawa Tengah

Bagoes Widjanarko, RK

sakit pemerintah yang memenuhi standart, dan 13,3% untuk rumah sakit swasta. Hasil Pemeriksaan BTA (+) di laboratorium rumah sakit bervariasi dari 0% s/d 96,6%. Variasi hasil pemeriksaan BTA (+) tergantung dari aturan pemeriksaan dari banyaknya suspek yang dirujuk ke laboratorium. Menurut standart pemeriksaan, proporsi BTA (+) dari jumlah sputum yang menunjukkan positif BTA dengan suspek yang dirujuk untuk pemeriksaan TB yaitu sebesar 10%. Kriteria yang digunakan untuk menentukan kualitas penemuan BTA (+) dikatakan baik jika proporsi BTA yang positif (+) sebesar 5-15%. Didapatkan hasil bahwa rumah sakit yang memenuhi standart kualitas penemuan BTA (+) yang baik hanya 33,3% (di rumah sakit pemerintah), dan 13,3% di rumah sakit swasta. Tidak ada perbedaan kualitas penemuan BTA (+) antara rumah sakit swasta dan pemerintah ($P=0,263$).

Hasil wawancara dengan paramedis menggambarkan pada umumnya dokter berpendapat bahwa proses diagnosis tuberkulosis berdasarkan strategi DOTS dinilai tidak sesuai dengan kondisi rumah sakit. Dalam konteks pelayanan medis di rumah sakit, dokter memegang peranan yang sangat besar dalam menentukan proses pelayanan tersebut. Data menunjukkan bahwa terhadap keberadaan program DOTS, masih ada 6,7% dokter pemerintah dan 13,3% dokter di rumah sakit swasta tidak setuju. Sementara itu 46,7% dokter rumah sakit pemerintah dan 43,3% dokter RS swasta memberikan pernyataan setuju dengan beberapa keberatan, antara lain mereka merasa waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien TB dengan standart DOTS terlalu lama. Sebagian juga berpendapat bahwa di rumah sakit tidak tersedia petugas yang siap untuk menangani pencatatan dan pelaporan kasus TB, yang menurutnya sangat rumit.

Tabel 1. Pendapat Dokter di Rumah Sakit tentang DOTS

Kategori	Tipe Rumah sakit		Jumlah f (%)
	Pemerintah (n=15) n (%)	Swasta (n=30) n (%)	
Tidak Setuju	1 (6.7)	4 (13.3)	5 (11.1)
Tidak Tahu	0 (0.0)	2 (6.7)	2 (4.4)
Setuju disertai beberapa keberatan	7 (46.7)	13 (43.3)	20 (44.4)
Setuju	7 (46.7)	11 (36.7)	18 (40.0)

Berdasarkan pengetahuan provider di rumah sakit, hasil penelitian menggambarkan pengetahuan perawat dan petugas laboratorium di rumah sakit pemerintah dan swasta masih kurang, terutama dalam hal memahami cara transmisi tuberkulosis, manfaat pelacakan kasus dan jumlah sputum yang harus diperiksa. Sekitar 67,8% petugas laboratorium tidak tahu tentang volume dahak yang dikumpulkan, dan 36% petugas laboratorium tidak mengetahui jumlah lapang pandang mikroskop untuk diagnosis mikroskopis kuman TB.

Pelatihan TB yang diselenggarakan oleh stakeholder sering dilakukan, namun pihak rumah sakit tidak mengirimkan staf oleh karena banyaknya pasien yang harus ditangani. Hal ini terlihat perawat dan petugas laboratorium di rumah sakit swasta yang pernah dikirim ke pelatihan masing-masing 36,7%, dan 30,0%, sedangkan rumah sakit perawat 40% dan petugas laboratorium sebesar 80%.

Analisis secara korelatif membuktikan bahwa faktor yang terkait dalam penemuan suspek adalah apabila dalam pemeriksaan klinis dokter terdorong menanyakan riwayat pasien ($p=0,042\%$), dan supervisi yang aktif ($p=0,001$). Sementara faktor yang terkait dalam penemuan BTA (+) adalah beban kerja perawat ($p=0,007$) dan pendidikan petugas laboratorium ($p=0,014$) serta sikap terhadap Tb ($p=0,049$).

Diskusi

Implementasi strategi DOTS di rumah sakit tergantung pada kualitas pelayanan medis yang memadai. Dokter di rumah sakit merupakan kunci penting dalam pengambilan keputusan medis. Hal ini berarti penerapan strategi DOTS di rumah sakit banyak ditentukan dari komitmen para dokter. Komponen administratif pendukung seperti training, insentif, dan supervisi merupakan hal penting yang juga harus dipenuhi¹⁻⁴.

Disimpulkan bahwa hasil penelitian mengindikasikan perlunya diterbitkan sebuah bentuk kesepakatan tertulis dari semua Rumah Sakit untuk melaksanakan prosedur penemuan kasus TB sesuai dengan strategi DOTS. Kesepakatan tertulis ini akan sangat bermanfaat dalam mendorong semua pihak yang terlibat dalam penemuan kasus TB di Rumah Sakit untuk melaksanakan proses deteksi sesuai dengan standart DOTS. Kementerian Kesehatan dalam hal ini Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten perlu membuat suatu bentuk pendekatan seperti misalnya kemitraan agar pelaksanaan penemuan kasus sesuai standart DOTS dapat dilaksanakan oleh petugas kesehatan di Rumah Sakit.

Ucapan terima kasih

Terima kasih kami sampaikan pada semua pihak yang telah membantu terselenggaranya penelitian ini. Kegiatan ini dapat terlaksana dengan baik karena dukungan yang kami peroleh dari SubDit TB Kementerian Kesehatan Indonesia dan KNCV. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada Kepala Dinas Provinsi, Kepala dinas Kabupaten beserta jajarannya, serta Dekan FKM Undip untuk fasilitas dan ijin yang diberikan. Dr. Lukman Tarigan, M Sc sebagai fasilitator workshop Operational Research TB yang banyak memberikan masukan dan kritisi hingga selesai penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. James N N, Shanta Bp, Sushil C B, Dirg S B, Pushpa M (2004). Control of Tuberculosis in an urban setting In Nepal: public-private partnership. Bulletin of the World Health Organization: 82:92-98
2. Mukund U (2003), Involving Private Health Care Providers in Delivering of Tuberculosis Care: Global Strategy. Tuberculosis Journal: 83: 156-164
3. Portero J L, Rubio M (2003), Private practitioners and tuberculosis control in Philippines: Stranger when they meet? Tropical Medicine and International Health 8(4): 329-333
4. Vyas R M, Small P M, Riemer D (2003), The private – public divide: impact of conflicting perceptions between the private and public health care sector in India. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease Journal 7 (6): 543 – 549.

Bab 13. Deskripsi implementasi strategi DOTS pada rumahsakit di propinsi Kalimantan Selatan tahun 2007 – 2008

Edi Sampana¹, Sukarlan², Supriyadi³, Agung Hadi Susanto⁴, Oski Illiandri⁵, dan Bagoes Widjanarko⁶

¹ Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru; ² Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Selatan, ³BTKL - PPM Banjarbaru; ⁴Rumah Ssakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin; ⁵ Fakiltas Kedokteran Universitas LAM Banjarmasin. ⁶Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

Latar Belakang dan Tujuan

World Health Organization (WHO) dalam Annual report on global TB Control tahun 2003 menyatakan Indonesia termasuk peringkat ketiga setelah India dan Cina dalam menyumbang jumlah kasus TB di dunia¹. Diperkirakan pada tahun 2004, insiden kasus TB BTA (+) sekitar 110 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2006, program Penanggulangan TB telah mencapai case detection rate (CDR) 75,7% dengan cure rate 86%². Kinerja program penanggulangan TB di Propinsi Kalimantan Selatan pada 2006: suspek diperiksa 28.673; CDR 53,2%; Cure rate 85%; Error rate 1,94% (dengan rentang error rate 0 – 16,7% dan 87% UPK error rate-nya <5%); dan proporsi BTA (+) diantara suspek 12,5%. Di Kalimantan Selatan terdapat 25 rumahsakit dan yang sudah mendapatkan sosialisasi DOTS hanya 6 rumahsakit. Dari 6 rumahsakit tersebut, hanya 2 rumahsakit (33,3%) yang secara teratur mengirimkan laporan penanggulangan TB ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Secara keseluruhan, kontribusi rumahsakit dalam memeriksa suspek bervariasi dengan rata-rata 5,6% dan menemukan BTA (+) bervariasi dengan rata-rata 3,3%. Tujuan khusus penelitian ini adalah: mendeskripsikan komitmen direktur, dokter, perawat, analis laboratorium, Wasor TB kabupaten/kota dalam implementasi DOTS, mendeskripsikan ketersediaan pendanaan, kelayakan pelatihan TB yang diterima, ketersediaan OAT, serta mendeskripsikan kolaborasi antara pelaksana program TB di rumahsakit dan Wasor TB kabupaten/kota.

Metode

Proposal penelitian ini sudah mendapatkan persetujuan dari Komite Etik FK Universitas Lambung Mangkurat Banjarmasin. Subyek penelitian ini adalah 6 rumahsakit yang telah mendapat sosialisasi strategi DOTS pada tahun 2005 - 2006 yaitu RSUD Banjarbaru, RSUD H. Badaruddin Tanjung, RSUD Ulin Banjarmasin, RSUD Ratu Zalecha Martapura, RSUD dr. H.M. Ansyari Saleh, dan RS Islam Banjarmasin. Jenis penelitian adalah studi deskriptif dengan pendekatan kualitatif dengan rancangan studi kasus skala kecil. Teknik pengumpulan data adalah wawancara mendalam (dengan responden utama yaitu direktur, dokter di ruang rawat inap dan rawat jalan, perawat di ruang rawat inap dan rawat jalan, analis laboratorium, wasor TB kabupaten/kota) dan observasi dokumen pencatatan dan pelaporan pasien TB yang diobati pada periode Juli – Desember 2007. Sebagai data pembanding, dipilih 2 pasien TB pada setiap rumahsakit untuk diwawancarai. Instrumen yang akan

digunakan dalam pengumpulan data diujicobakan pada 1 rumahsakit yang bukan menjadi subyek penelitian.

Data hasil wawancara mendalam dan observasi pada setiap rumahsakit dianalisis untuk menghasilkan kesimpulan yang utuh tentang kinerja rumahsakit. Bila terdapat pertentangan antara hasil wawancara mendalam dan observasi, maka data hasil observasi dan wawancara dengan pasien yang dianggap paling benar.

Hasil Penelitian

Pada 2 rumahsakit terdapat komitmen politis direktur, diagnosis dokter sesuai standar, setiap pasien didampingi PMO, tersedia OAT program, dan terdapat RR yang baik. Sedangkan pada 4 rumahsakit lainnya hanya terdapat komitmen politis direktur dan diagnosis dokter sesuai standar. Pada 2 rumahsakit pengobatan menggunakan OAT program, sedangkan pada 4 rumahsakit lainnya hanya memakai OAT non program. Pada 4 rumahsakit disediakan dana RS untuk pengadaan pot sputum, reagen ZN, dan kaca slide. Sedang pada 2 rumahsakit lainnya tidak disediakan anggaran tersebut. Pada 1 rumahsakit semua anggota Tim DOTSnnya telah mengikuti pelatihan yang layak; pada 1 rumahsakit lainnya hanya dokter, perawat rawat jalan, analis laboratorium yang telah mengikuti pelatihan; pada 4 rumahsakit lainnya hanya dokter, perawat rawat inap, dan analis laboratorium yang telah mengikuti pelatihan.

Pada 2 rumahsakit tersedia OAT program, sedangkan pada 4 rumahsakit lainnya hanya memakai OAT non program. Pada 3 rumahsakit terdapat kolaborasi antara perawat rawat jalan – dokter, dokter – analis, dokter – perawat rawat inap; pada 2 rumahsakit terdapat kolaborasi perawat – dokter, dokter – analis; dan pada 1 rumahsakit sama sekali tidak ada kolaborasi.

Diskusi, Kesimpulan, Rekomendasi

Sebagian rumahsakit beranggapan bahwa pelaksanaan DOTS adalah merupakan kepentingan Dinas Kesehatan. Anggapan ini menyebabkan rumahsakit yang bersangkutan tidak berupaya menyediakan dana pendukung bagi pelaksanaan program DOTS seperti dana untuk pelaksanaan jejaring internal, insentif untuk anggota unit DOTS, pengadaan pot sputum, reagen ZN, dan kaca slide.

Tim manajemen satu rumahsakit merasa kurang puas terhadap Dinas Kesehatan

karena dianggap tidak konsisten dalam melaksanakan komitmen untuk menjalankan strategi DOTS. Direktur tersebut menyatakan bahwa dana insentif dan penyediaan logistik pada tahun 2007 tidak dibayarkan ke rumahsakit.

Beberapa pimpinan RS memiliki anggapan bahwa staf yang sudah dilatih program DOTS dapat dipindah-pindahkan untuk kepentingan pelaksanaan tugas di rumahsakit. Sementara itu beberapa staf yang dilibatkan didalam program DOTS di rumahsakit merasa bahwa Direktur tidak memberikan jalan keluar dalam penyediaan insentif yang mencukupi seperti halnya yang didapatkan staf lain yang bekerja di unit lain.

Pada semua rumahsakit tidak ada SOP dalam penanggulangan TB strategi DOTS sehingga di dalam pelaksanaannya menggunakan prosedur yang bervariasi. Pada sisi lain wasor juga merasa bahwa penghargaan yang diberikan dalam melaksanakan program DOTS tidak sesuai yang diharapkan.

Berdasarkan hasil dari proses pengamatan dapat disimpulkan bahwa dari sejumlah 6 rumahsakit yang sudah mendapatkan sosialisasi mengenai program DOTS, hanya 2 diantaranya yang melaksanakan program TB sesuai dengan strategi DOTS.

Rekomendasi penelitian ini adalah: pada semua rumahsakit yang pada tahun 2005 – 2006 telah menerima sosialisasi program penanggulangan TB strategi DOTS diberikan sosialisasi ulang dengan bentuk penyampaian yang berbeda; rumahsakit harus menyiapkan SDM terlatih (dokter, perawat, petugas administrasi, farmasi) yang jumlahnya sesuai kebutuhan; memperbaharui keanggotaan Tim DOTS dan membuat SOP yang dikukuhkan dalam SK Direktur dengan menjelaskan tugas pokok dan fungsi masing-masing anggota dan melakukan pertemuan berkala Tim DOTS; diangkat seorang petugas khusus TB penuh waktu yang memiliki kemampuan mengkoordinasikan jejaring internal dan eksternal antara Dinas Kesehatan, rumahsakit, dan UPK lain.

Ucapan terima kasih

Terima kasih kami sampaikan pada semua pihak yang telah membantu terselenggaranya penelitian ini. Kegiatan ini dapat terlaksana dengan baik karena dukungan yang kami peroleh dari Direktur P2ML dan Kepala Subdit TB Paru Ditjen PP&PL Depkes RI; KNCV perwakilan Indonesia; Kepala Dinas Kesehatan Provinsi

Bab 13. Deskripsi implementasi strategi DOTS pada rumahsakit
di propinsi Kalimantan Selatan tahun 2007 – 2008

Edi Sampana, RK

Kalimantan Selatan; Kadinkes, Direktur RS/RSUD tempat penelitian

Referensi

1. WHO Report, Global Tuberculosis Control, Surveillance, Planning, Financing. Geneva, Switzerland, 2006.
2. Depkes RI, Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, Jakarta, RI, 2006, Edisi 2 cetakan ke-1

Bab 14. Kesiapan implementasi Hospital DOTS Linkage dan karakteristik pasien yang berobat di Rumah Sakit di Propinsi Banten

Hadiyanto¹, Yulia Tanti Narwati¹, Lia Aritta Magdalena², Indah Pakarti³, Dini Daningrum⁴, Sumanto Simon¹ Bachtis Alisjahbana⁵

¹ Fakultas Kedokteran Unika Atma Jaya, ² Puskesmas Curug, Serang, ³ Poli Paru Rumah Sakit Umum Daerah, Serang, ⁴ Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Faletahan, Serang. ¹ Fakultas Kedokteran, UNIKA Atmadjaja, ⁵ Bagian Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran – RS dr Hasan Sadikin, Bandung

Latar Belakang

Hasil Survei Prevalensi tuberkulosis (TB) tahun 2004 memperlihatkan sebanyak 49% pasien TB mendapatkan pelayanan di rumah sakit. Untuk mengoptimalkan pengelolaan pasien TB dengan strategi DOTS di rumah sakit, diperlukan komitmen dari pimpinan institusi dan staf yang terlibat. Untuk kerjasama yang baik diperlukan sistem jaringan yang meliputi seluruh unit yang menangani pasien tuberkulosis di dalam rumah sakit (*internal linkage*). Untuk menjamin keberlanjutan pengobatan diperlukan juga kerjasama dengan instansi lain di luar rumah sakit (*external linkage*) seperti Dinas Kesehatan, dokter praktek swasta, Puskesmas, dan antar rumah sakit milik pemerintah-swasta. Strategi pengembangan sistem jejaring internal dan eksternal dikenal dengan program HDL (*Hospital DOTS Linkage*)^{1, 2}. Penelitian ini bertujuan untuk menilai kinerja pengelolaan pasien TB di rumah sakit untuk penerapan HDL di Propinsi Banten.

Metodologi

Subyek penelitian yang diambil adalah 3 rumah sakit pemerintah di Propinsi Banten, yaitu RSUD Serang, RSUD Tangerang dan RSUD Cilegon. Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif eksploratoris. Pengambilan data dibagi menjadi beberapa bagian, yaitu pengambilan data Manajemen dan Sumber Daya Manusia, serta Pasien. Uji coba penelitian dilakukan di RSU Karakatau Steel dan Puskesmas Curug. Pengambilan data komitmen rumah sakit dilakukan dengan melakukan observasi terhadap beberapa dokumen dan wawancara secara mendalam. Pengambilan data kinerja jejaring Internal dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap sumber daya (dokter, perawat, petugas farmasi, petugas administrasi dan laboratorium) yang ada di masing - masing rumah sakit dan melakukan observasi dengan check list, serta dilihat juga pencatatan dan pelaporan. Data jejaring eksternal diambil dengan melakukan observasi menggunakan check list serta MOU (Memorandum of Understanding) antara rumah sakit dengan rumah sakit lain, Dinas kesehatan, Puskesmas, kunjungan petugas TB dinas kesehatan, cross check hasil pemeriksaan sputum BTA dan penyediaan OAT program untuk masing-masing rumah sakit. Setelah semua data terkumpul kemudian dianalisis dengan melakukan pembacaan data secara manual dan membuat matrix. Penelitian dilakukan dari bulan September – Desember 2009.

Hasil Penelitian

Hasil penelitian mengenai komitmen rumah sakit , jejaring internal dan jejaring eksternal ditampilkan dalam tabel 1. Hasil penelitian mengenai karakteristik pasien di ketiga rumah sakit memperlihatkan bahwa pasien berjenis kelamin wanita sekitar 48% sedangkan laki-laki 52%. Strata pendidikan pada pasien cukup tinggi di Tangerang dan Cilegon dimana > 60% lulusan SMA keatas dan di RSUD Serang hanya sekitar 40%. Umumnya pasien di ketiga RSUD tersebut usia produktif. Dari semua pasien yang berhasil diwawancara di Rumah Sakit di Tangerang dan Cilegon pasien datang sendiri masing-masing 56% dan 42%, sementara di RSUD Serang 74 % pasien datang berdasarkan rujukan dan yang terbanyak datang dari Puskesmas, sebagian besar adalah pasien tuberkulosis baru. Toraks foto dilakukan pada hampir semua pasien di RSUD Cilegon, pemeriksaan dahak dilakukan pada 70-80% kasus.

Proporsi pasien TB kambuh ditemukan paling banyak di RSUD Cilegon yaitu 20%, sedangkan di RSUD Serang 3% dan RS Tangerang 3%. Proporsi penderita BTA positif paling tinggi ditemui di RSUD Tangerang (39%), sedangkan RSUD Serang 23% dan RSUD Cilegon 30%. Tabel Komitmen Rumah Sakit, jejaring internal dan eksternal

Bab 14. Kesiapan implementasi Hospital DOTS Linkage dan karakteristik pasien yang berobat di Rumah Sakit di Propinsi Banten

Hadiyanto, RK

	Tangerang	Serang	Cilegon
Komitmen Rumah Sakit			
Fasilitas	Poliklinik DOTS khusus disiapkan	Poliklinik Paru digunakan untuk pelayanan DOTS	Poliklinik Paru digunakan untuk pelayanan DOTS
Alokasi dana	Tidak ada alokasi dana khusus untuk DOTS	Tidak ada alokasi dana khusus untuk DOTS	Tidak ada alokasi dana khusus untuk DOTS
Surat Keputusan untuk tim DOTS	Ada SK untuk TIM DOTS, tahun 2006	belum ada SK	belum ada SK
Kuantitas sumber daya manusia :			
Dokter	2	2	3
Perawat	1	1	1
Tenaga laboratorium	1	1	1
Petugas lain	1	0	0
SDM pernah pelatihan DOTS	2 dokter 1 petugas lab	1 dokter 1 petugas lab 1 perawat 1 farmasi	1 dokter 1 petugas lab. 1 farmasi
Beban kerja untuk TB-DOTS	8 Jam	3 Jam	1 Jam
Jejaring internal dan aktivitasnya			
Rapat bulanan tim DOTS	Belum	Belum	Belum
Kinerja bagian rawat jalan	Baik	Baik	Baik
Komunikasi antar bagian	Baik	Baik	Baik
Kinerja laboratorium	Baik	Baik	Baik
Rujukan antar bagian	Baik	Baik	Baik
Pencatatan dan pelaporan	Cukup	cukup	Cukup
Jejaring eksternal			
Laboratorium rujukan	Belum cross check. Menjadi tempat rujukan untuk crosscheck	Sudah cross check dengan Balai Laboratorium Kesehatan Daerah	Belum cross check Menjadi tempat rujukan untuk cross check
Sistem rujukan balik	Belum jalan	Sudah berjalan dengan puskesmas	Belum jalan
Ketersediaan OAT	Cukup	Cukup	Cukup
Supervisi	Pernah, tidak rutin	Rutin setiap bulan	Pernah tidak rutin
MOU	Belum ada	Ada dengan puskesmas dan Dinas	Belum ada

Alasan pasien berobat ke rumah sakit adalah karena fasilitas lebih lengkap daripada Puskesmas. Di RSUD Tangerang dan RSUD Cilegon alasan pasien dirujuk selain fasilitasnya lengkap juga karena rumah sakit mempunyai asuransi kesehatan untuk PNS maupun jamkesmas. Di Serang alasan pasien dirujuk paling banyak disebabkan oleh keterbatasan obat OAT di Puskesmas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 20% dari pasien yang berobat ke rumah sakit telah dirujuk kembali ke puskesmas, sisanya di kelola oleh RS sampai selesai pengobatan

Diskusi dan Kesimpulan

Pengelolaan pasien TB di tiga rumah sakit yang menjadi subjek penelitian belum terlaksana dengan optimal, hal ini dapat dilihat dari belum adanya SK Tim DOTS dan kurangnya sarana maupun prasarana. Komponen internal link sudah cukup tersedia, tapi masih terdapat kendala dalam koordinasi, pencatatan dan pelaporan. Jejaring eksternal perlu diperkuat melalui koordinasi dan supervisi yang teratur dan terjadwal baik. Sistem rujukan rumah sakit dan puskesmas masih belum berjalan dengan baik, karena penderita masih melihat pelayanan di rumah sakit lebih baik. Kondisi ini masih belum sesuai dengan pencapaian dari hospital dots linkage dan public private mix yang diharapkan^{2,3}.

Dari hasil paparan penelitian ini, dan diskusi, diperoleh kesepakatan untuk rencana tindak lanjut sebagai berikut: 1) Tim manajemen RSUD dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Propinsi Banten melakukan kesepakatan dalam meningkatkan kinerja penerapan DOTS dan pengembangan HDL. 2) Dinas Kesehatan Propinsi akan memberikan pelatihan untuk semua Tim DOTS (perawat, pencatat, pengelola obat, laboratorium dan dokter) di Rumah Sakit dan memperbaiki sistem rujukan. 3) Penerbitan SK Tim DOTS di masing-masing RS akan dilakukan

Ucapan terima kasih

Terima kasih kami sampaikan pada semua pihak yang telah membantu terselenggaranya penelitian ini. Kegiatan ini dapat terlaksana dengan baik karena dukungan yang kami peroleh dari Kementerian Kesehatan SubDit TB, Global Fund, TORG, Dinas Kesehatan Propinsi Banten, RSUD Tangerang, RSUD Serang, RSUD Cilegon.

Refferensi

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. Pedoman Penerapan DOTS di Rumah Sakit. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
2. Irawati SR, Basri C, Arias MS, Prihatini S, Rintiswati N, Voskens J, et al. 2007. Hospital DOTS linkage in Indonesia: a model for DOTS expansion into government and private hospitals. *Int J Tuberc Lung Dis*; 11: 339.
3. Prasudi A & Utari A. 2005. Model Kemitraan Puskesmas-Praktisi Swasta dalam Penanggulangan Tuberkulosis Paru di Kecamatan Kalasan, Kab Sleman, Provinsi DIY. *JMPK Vol 08/03/September/2005*.

Bab 15. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kontribusi Praktisi Swasta Dalam Penjaringan Suspek Tuberkulosis di Provinsi Bali, Tahun 2008

Artawan¹, Arya Utami¹, Suarjana¹, Dharma Astiti², Wayan Putra³, Chatarina Umbul Wahyuni⁴

¹Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Udayana; ²Dinas Kesehatan Provinsi Bali; ³Dinas Kesehatan Kabupaten Tabanan; ⁴Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga

Latar belakang dan Tujuan

Hasil survei prevalensi tuberkulosis (TB) Tahun 2004 oleh Balitbangkes Depkes RI didapatkan gambaran bahwa di wilayah Jawa dan Bali proporsi pasien dengan gejala suspek TB paru yang mencari pengobatan ke puskesmas (60%), praktek swasta (52%), rumah sakit pemerintah (40%), rumah sakit swasta (16 %), Bidan (10%) dan berobat sendiri (10%). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Bali Tahun 2006 sebanyak 537 praktisi swasta telah mendapatkan sosialisasi strategi DOTS, akan tetapi kontribusinya terhadap penjaringan suspek TB paru di Bali masih relatif rendah (rata-rata 2,8%)^{1,2}. Perbandingan penjaringan suspek antara rumah sakit, puskesmas dan praktisi swasta pun masih sangat tinggi sehingga menyebabkan perbandingan penemuan TB BTA (+) menjadi lebih tinggi lagi. Penemuan suspek TB oleh praktisi swasta di Provinsi Bali sangat rendah sehingga penting untuk diteliti lebih mendalam faktor-faktor yang mempengaruhi baik faktor dari dalam maupun dari luar praktisi dalam penjaringan suspek TB di Provinsi Bali Tahun 2008^{3,4}.

Metode

Penelitian ini bersifat analitik dengan menggunakan rancangan Non Matched Case Control, dilaksanakan di Provinsi Bali pada bulan Agustus 2007 sampai dengan April 2008 terhadap praktisi swasta yang pernah mendapatkan sosialisasi strategi DOTS. Populasi kasus pada penelitian ini adalah semua praktisi swasta di wilayah Provinsi Bali yang pernah mengirim suspek TB dan tercatat di form TB-06 puskesmas dan populasi kontrol pada penelitian ini adalah semua praktisi swasta di wilayah Provinsi Bali yang belum pernah mengirim suspek TB. Data populasi tersebut didapatkan dari data sekunder yang dikumpulkan di masing-masing puskesmas. Jumlah sampel terdiri dari 100 kasus dan 100 kontrol. Sampel diambil dengan cara bertahap, pertama pemilihan kabupaten/kota dilakukan secara purposive. Dari 9 kabupaten/kota yang ada di Bali dipilih secara purposif 2 kabupaten yaitu Kabupaten Tabanan dan Karangasem karena kedua kabupaten ini memiliki karakteristik praktisi swasta yang hampir sama dengan karakteristik praktisi swasta di Provinsi Bali. Tahap kedua adalah penentuan cluster, yang berjumlah 4 cluster (kelompok praktisi) terdiri dari dokter spesialis, dokter, bidan dan perawat. Kemudian dibuat daftar kasus dan kontrol di masing-masing cluster. Tahap ketiga pemilihan sampel pada masing-masing cluster dengan cara simple random sampling, dimana jumlah sampel pada masing-masing cluster sesuai dengan proporsi cluster pada populasi. Sebagai variabel tergantung dalam penelitian ini adalah kontribusi praktisi swasta dalam

penjaringan suspek TB. Sedangkan variabel bebas dalam penelitian ini adalah: Karakteristik (jenis kelamin, umur, pekerjaan, dan pendidikan), lamanya praktek, waktu praktek, pengetahuan strategi DOTS, dampak implementasi strategi DOTS, harapan praktisi, sosialisasi strategi DOTS, kunjungan PMO praktisi, ketersediaan form rujukan, jarak tempat praktek dan umpan balik. Data dikumpulkan dengan cara wawancara menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan pendekatan kuantitatif dan hubungan antara variabel bebas dengan variabel tergantung dianalisis bivariat dan multivariat menggunakan Uji Regresi Logistik. Variabel-variabel yang dianalisis secara multivariat adalah variabel yang hasil analisis bivariatnya memiliki nilai $p < 0,25$.

Hasil Penelitian

Pada penelitian ini didapatkan bahwa ada 5 variabel yang bermakna berdasarkan hasil bivariat, mempengaruhi kontribusi praktisi swasta dalam penjaringan suspek TB dari 14 variabel yang diteliti. Hasil analisis tersebut dapat dilihat pada Tabel 1 dibawah ini.

Setelah dilakukan analisis bivariat dilanjutkan dengan analisis multivariat untuk mendapatkan faktor utama yang paling mempengaruhi kontribusi praktisi swasta dalam penjaringan suspek TB. Dari hasil analisis multivariat didapatkan variabel yang bermakna adalah ketersediaan form rujukan, jarak laboratorium, kunjungan PMO praktisi dan jenis kelamin. Hasil analisis tersebut dapat dilihat pada Tabel 2 berikut ini.

Tabel 1. Distribusi Praktisi Swasta Berdasarkan Variabel yang Bermakna Berdasarkan

No	Variabel Yang Bermakna	Praktisi Swasta		OR	CI 95 %
		Kasus n=100 (%)	Kontrol n=100 (%)		
1.	Jenis kelamin laki-laki	49 (49,0)	33 (33,0)	2,0	1,10-3,46
2.	Pernah mengikuti sosialisasi DOTS	76 (76,0)	59 (59,0)	2,2	1,20-4,04
3.	Pernah dikunjungi PMO praktisi	34 (34,0)	15 (15,0)	2,9	1,50-5,81
4.	Tersedia form rujukan suspek TB	54 (54,0)	29 (29,0)	2,9	1,60-5,15
5.	Jarak tempat praktek <5 Km ke laboratorium terdekat	64 (64,0)	41 (41,0)	2,6	1,50-4,53

Bab 15. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kontribusi Praktisi Swasta
Dalam Penjaringan Suspek Tuberkulosis di Provinsi Bali, Tahun 2008

Artawan, RK

Melihat pada tabel 2, dapat di katakan bahwa praktisi swasta yang pada tempat prakteknya tersedia form rujukan 2,8 kali lebih berkontribusi dalam penjaringan suspek TB. Praktisi swasta yang jarak tempat prakteknya ke laboratorium rujukan terdekat (puskesmas) kurang dari 5 Km 2,2 kali lebih berkontribusi dalam penjaringan suspek TB. Sedangkan praktisi swasta yang dikunjungi oleh PMO praktisi 2,1 kali lebih berkontribusi dalam penjaringan suspek TB.

Tabel 2. Hasil Analisis Multivariat Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kontribusi Praktisi Swasta Dalam Penjaringan Suspek TB di Provinsi Bali Tahun 2008

No	Variabel	Wald	Sig.	Exp(B)	CI (95%)
1.	Ketersediaan Form	10,483	0,001	2,785	1,49-5,18
2.	Jarak Laboratorium	6,155	0,013	2,161	1,18-3,97
3.	Kunjungan PMO Praktisi	4,154	0,042	2,143	1,03-4,46
4.	Jenis kelamin	5,111	0,024	2,042	1,10-3,79

Diskusi, Kesimpulan dan Saran

Ketersediaan formulir rujukan suspek TB disamping mempermudah praktisi mengirimkan suspek TB juga sangat membantu untuk mengingatkan praktisi swasta bahwa mereka adalah bagian dari program penanggulangan TB dan kontribusi mereka sangat diharapkan, sekaligus dapat memantau kontribusinya di UPK penerima. Semakin dekat jarak antara tempat praktek praktisi dengan puskesmas maka penderita semakin mudah dan cepat untuk mendapatkan pelayanan laboratorium terutama pengambilan dahak dan pembuatan sediaan sampai fiksasi, sehingga kontribusi penjaringan suspek akan meningkat. PMO praktisi yang dibentuk Dinkes Provinsi Bali adalah petugas kesehatan dari puskesmas di wilayah tempat praktek praktisi swasta yang bertugas sebagai penghubung antara seorang praktisi dengan puskesmas^{1,2}.

Diharapkan dengan adanya kunjungan PMO praktisi disertai sosialisasi mekanisme jejaring TB DOTS pada praktisi swasta, akan meningkatkan peran praktisi swasta untuk berkontribusi dalam penjaringan suspek TB. Pengaruh jenis kelamin lebih disebabkan karena proporsi laki-laki dan perempuan yang sangat berbeda pada masing-masing cluster dimana pada kelompok bidan yang tugas utamanya adalah KIA sehingga kontribusinya relatif kurang dalam penjaringan suspek TB, semuanya perempuan. Hasil penelitian ini menunjukkan beberapa hal praktis yang berhubungan dengan keberhasilan praktisi swasta disamping persepsi dari para petugas yang juga mungkin mempunyai pengaruh yang besar.⁵

Dari hasil penelitian ini dapat disarankan kunjungan secara rutin disertai penyediaan formulir rujukan suspek TB dan sosialisasi oleh petugas PMO praktisi kepada praktisi swasta. Perlu disediakan fasilitas pengambilan dahak dan pembuatan sediaan sampai dengan fiksasi di puskesmas pembantu sehingga lebih banyak fasilitas semakin mudah dijangkau oleh masyarakat.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kami sampaikan pada semua pihak yang telah membantu terselenggaranya penelitian ini. Kegiatan ini dapat terlaksana dengan baik karena dukungan yang kami peroleh dari Subdit TB Kemenkes RI, KNCV, GF, PSIKM FK Unud, Dinas Kesehatan Provinsi Bali, Dinas Kesehatan Kabupaten Tabanan dan Karangasem serta seluruh puskesmas di wilayah Kabupaten Tabanan dan Karangasem.

Daftar Pustaka

1. Dinas Kesehatan Provinsi Bali, 2006, Laporan Penanggulangan P2TB Provinsi Bali Tahun 2006, Bali.
2. PMPK FK-UGM-Fidelis-IUATLD. 2004. Program Akselerasi Kemitraan Pemerintah-Praktisi Swasta dalam Pengendalian TBC di Yogyakarta dan Bali, Yogyakarta.
3. Sri Armini, Luh Putu, dkk, 2006, Dampak Kemitraan Praktisi Swasta Terhadap Keterlambatan Pengelolaan dan Pembiayaan Pasien Tuberkulosis di Kota Denpasar, KMPK Universitas Gajah Mada, Yogyakarta
4. Syafei, dkk, 2006, Kinerja Petugas P2 TB Paru Puskesmas, Studi Analisis Faktor Kinerja Petugas di Kota Jambi, KMPK Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.
5. Watkins, R.E, 2004, Clinic Staff Perceptions of Tuberculosis Treatment Delivery in Bali, Curtin University of Technology, Perth, Australia.

Bab 16. Penggunaan International Standard for Tuberculosis Care (ISTC) dalam penegakan diagnosis tuberkulosis paru oleh tenaga medis pada Rumah Sakit Umum di DKI Jakarta 2009

Intan Samaria¹, Ratnawati², Dwi Gayatri³, Agus Dwi Susanto², Tariswan¹, Yodi Mahendradhata⁴

¹Dinas Kesehatan DKI Jakarta, ²Departemen Pulmonologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi, ³Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia; RS Persahabatan Jakarta, ⁴Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, ⁴Fakultas Kedokteran, Universitas Gajah Mada

Latar Belakang

Global Plan WHO 2006-2015 merekomendasikan untuk melibatkan seluruh penyedia pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit dalam peningkatan keberhasilan penanggulangan TB.¹ Pedoman Kementerian Kesehatan tentang penerapan DOTS di rumah sakit telah memasukkan ISTC (International Standard of Tuberculosis Care)² sebagai acuan untuk menegakkan diagnosis TB paru. Namun data yang ada menunjukkan penegakan diagnosis TB sebagai komponen penatalaksanaan TB di rumah sakit belum seperti yang diharapkan.

Data surveilans program nasional tahun 2004 menunjukkan tingginya penemuan pasien TB paru BTA negatif di rumah sakit dengan foto toraks sebagai dasar penegakan diagnosis.³ Hasil penelitian di beberapa RS (termasuk 2 RS di Jakarta) menunjukkan hanya 47,8% diagnosis TB paru pemeriksaan sputum sekurang-kurangnya 2 kali pada pasien yang diduga TB paru.⁴ Hal ini menunjukkan terdapat masalah dalam penegakan diagnosis TB paru di RS yang belum sepenuhnya sesuai pedoman nasional penanggulangan TB.

Tujuan penelitian mengukur seberapa besar ketidakesesuaian penegakan diagnosis TB paru pada RSU di Jakarta dengan ISTC dalam pedoman nasional penanggulangan TB, dan mengidentifikasi kendala-kendala yang mungkin berkontribusi terhadap penegakan diagnosis TB paru pada RSU di Jakarta yang tidak sesuai dengan ISTC.

Metode

Desain penelitian adalah cross sectional/potong lintang. Data primer didapat dengan cara wawancara tertutup menggunakan kuesioner. Sedangkan data sekunder dengan menggunakan informasi yang sudah ada dengan melihat rekam medik. Untuk penilaian kesesuaian penegakan diagnosis TB digunakan ISTC standar 1, 2, 4 dan 5. ISTC standar 1 menyatakan evaluasi TB harus dilakukan pada setiap individu dengan gejala batuk produktif selama 2-3 minggu atau lebih yang tidak dapat dipastikan penyebabnya. ISTC standar 2 menyatakan pemeriksaan dahak secara mikroskopis dilakukan sekurang-kurangnya 2 kali terhadap semua individu yang diduga menderita TB Paru. ISTC standar 4 menyatakan pemeriksaan dahak secara mikroskopis dilakukan pada semua individu dengan temuan foto toraks yang diduga TB. ISTC standard 5 menyatakan penegakan diagnosis TB paru BTA negatif harus berdasarkan kriteria berikut: negatif paling kurang pada 3 kali pemeriksaan (termasuk minimal 1 kali dahak pagi hari), foto toraks menunjukkan kelainan TB, tidak ada respons terhadap antibiotik spektrum luas.

Tim peneliti menargetkan untuk mengambil data dari seluruh (76) RSU di Jakarta baik yang sudah atau belum menerapkan strategi DOTS. Setiap RSU diharapkan dapat diambil 2 tenaga medis (1 dokter umum dan 1 dokter spesialis paru/spesialis penyakit dalam) yang bertugas di poli paru atau rawat jalan. Tenaga medis yang sudah terpilih disuatu RSU, tidak akan dijadikan responden bila terpilih lagi di RSU lain.

Dalam pengumpulan data sekunder, setiap tenaga medis yang terpilih dinilai dan dicatat 3 rekam medik pasiennya pada hari yang sama dengan saat pengumpulan data primer. Analisis data menggunakan program SPSS versi 16.0. Ethical clearance diperoleh dari komisi etik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Pengumpulan data dilakukan pada periode Agustus 2009 sampai 2009

Hasil

Tujuh puluh empat dari 76 (97,4%) RSU di Jakarta bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, terdiri dari 19 (25,7%) RSU di Jakarta Timur, 18 (24,3%) RSU di Jakarta Selatan, 27 (19,6%) RSU di Jakarta Pusat, 11 (14,9%) RSU di Jakarta Barat dan 12 (16,2%) RSU di Jakarta Utara. Sebanyak 138 dari 148 (93,2%) responden berhasil diwawancarai, terdiri dari 66 (48%) perempuan dan 72 (52%) laki-laki. Mayoritas responden adalah dokter spesialis 76 (62,3%), sedang dokter umum sebanyak 52 responden (37,8%). Responden yang pernah mendapat pelatihan DOTS sebanyak 58 (42%), dan yang pernah mengikuti pelatihan ISTC sebanyak 27(19,6%) responden.

Dari hasil penelitian ini, proporsi kesesuaian responden dalam melakukan penegakkan diagnosis TB paru berdasarkan ISTC 2006 lebih besar dibandingkan dengan responden yang tidak sesuai dengan standard ISTC (Tabel 1).

Tabel 1. Persepsi perilaku responden dalam diagnosis TB paru

Standard	Sesuai	%	Tidak sesuai	%	Total
ISTC Standard No 1	116	84,1	22	15,9	138
ISTC Standard No 2	94	68,1	44	31,9	138
ISTC Standard No 4	116	84,1	22	15,9	138
ISTC Standard No 5	94	68,1	44	31,9	138

Data dari 423 rekam medik menunjukkan penegakkan diagnosis TB paru berdasarkan pemeriksaan sputum BTA sebanyak 229 (54%) dan 373 (88,2%) menggunakan foto toraks. Diagnosis TB paru menggunakan foto toraks dan pemeriksaan sputum BTA adalah 211(49,9%). Berdasarkan rekam medis dapat dibandingkan alat bantu diagnosis yang digunakan untuk diagnosis TB paru oleh 325 dokter spesialis dan 98 oleh dokter umum. Data menunjukkan pada 193 (59,4%) oleh dokter spesialis dan pada 32 (36,7%) oleh dokter umum melakukan pemeriksaan sputum BTA. Penggunaan foto toraks dilakukan pada 292 (91,1%) oleh dokter spesialis dan 77 (78,6%) oleh dokter umum. Penggunaan pemeriksaan sputum dan fototoraks dilakukan pada 183 (56,3%) oleh dokter spesialis dan 28 (28,6%) oleh dokter umum.

Tabel 2. Persepsi responden tentang kendala dalam menegakkan diagnosis TB paru di rumah sakit di Jakarta

Variabel	Kendala				Bukan Kendala (%)	
	RSU Pemerintah (%)		RSU Swasta (%)			
Sarana penunjang						
- Fasilitas laboratorium	5	(41.7)	7	(58.3)	126	(91,3)
- Fasilitas radiologi	4	(44.4)	5	(55.6)	129	(93,5)
- SDM laboratorium	6	(26.1)	17	(73.9)	115	(83,3)
- Bahan laboratorium	6	(40.0)	9	(60.0)	123	(89,1)
Pasien						
- Tingkat beratnya penyakit	15	(22.4)	52	(77.6)	71	(51,4)
- Kesanggupan mengeluarkan dahak	20	(20.0)	80	(80.0)	38	(27,5)
- Biaya pemeriksaan	16	(19.3)	67	(80.7)	55	(39,9)
Jejaring						
- Unit Dots	9	(10.8)	74	(89.2)	55	(39,9)
- Sisten rujukan internal	9	(9.8)	83	(90.2)	46	(33,3)
- Jejaring dengan puskesmas	9	(13.8)	56	(86.2)	73	(52,9)
Managemen RS						
- SOP	28	24.1	88	75.9	22	(15,9)
- Ruangan khusus DOTS	18	18.4	80	81.6	40	(29,0)
- Staf khusus DOTS	13	13.3	85	86.7	40	(29,0)
- Dana khusus	20	16.7	100	83.3	18	(13,0)

Berdasarkan persepsi responden didapat hal-hal yang menjadi kendala dalam menegakkan diagnosis TB paru antara lain, sarana penunjang, faktor pasien, jejaring dan manajemen RS. Kendala yang menonjol pada manajemen RS yaitu dalam penyediaan staf khusus DOTS (86,7%) dan dana khusus program penanganan TB di RS (83,3%), Responden juga menyatakan bahwa sistem rujukan internal RS (90,2%) dan kesanggupan pasien mengeluarkan dahak (80%) menjadi masalah dalam menegakkan diagnosis TB (tabel 2).

Diskusi

Hasil penelitian ini menunjukkan kesesuaian perilaku responden berbasis survei cukup tinggi dalam menegakkan diagnosis pasien tuberkulosis (TB) yang mengacu pada ISTC. Tingkat pengetahuan mengenai TB yang baik berhubungan dengan

perilaku yang baik dalam menegakkan diagnosis TB paru sesuai pedoman penanggulangan TB nasional. Penelitian Dosumu di Nigeria memperlihatkan bahwa pengetahuan yang buruk menghambat para dokter dalam mendiagnosis TB paru.⁵ Namun, kesesuaian perilaku dan pengetahuan responden terkait ISTC sedikit berbeda dengan data yang didapatkan pada hasil evaluasi rekam medis yang ada.

Penelitian ini dapat mengidentifikasi kendala terhadap penegakkan diagnosis TB paru yang tidak sesuai pada ISTC dalam pedoman nasional penanggulangan TB pada RS di DKI Jakarta meskipun penelitian lain menunjukkan kendala yang berbeda. Kendala terbesar adalah rendahnya komitmen RS terhadap program DOTS.

Sebagai kesimpulan, penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan dan perilaku dokter dalam penegakan diagnosis TB paru untuk ISTC standard no 1 sudah cukup baik, sedangkan perilaku dokter dalam penegakan diagnosis TB paru khususnya ISTC standard no 2,4 dan 5 belum sepenuhnya sesuai. Beberapa hal dipersepsikan menjadi kendala dalam penegakan diagnosis TB paru sesuai standard ISTC no 2 dan 4 terkait faktor penderita, masalah administrasi, SDM laboratorium pemeriksaan mikroskopis. Berdasarkan temuan ini, peneliti memberikan sarana agar pelatihan dan sosialisasi ISTC yang berkesinambungan dapat dilaksanakan sebagai bagian program DOTS di rumah sakit dan ISTC dijadikan sebagai bagian dari penilaian akreditasi rumah sakit.

Ucapan terima kasih

Terima kasih kami sampaikan pada semua pihak yang telah membantu terselenggaranya penelitian ini. Kegiatan ini dapat terlaksana dengan baik karena dukungan dan bantuan yang kami peroleh dari semua tenaga medis yang menjadi partisipan dalam penelitian, Dinas Kesehatan DKI Jakarta, KNCV serta Kementerian Kesehatan RI.

Daftar Pustaka

1. WHO, Global Tuberculosis Control. WHO Report 2008, Geneva, 2008; WHO/TB/2008.
2. Tuberculosis coalition for technical assistance (TBCTA). International standard for tuberculosis care: diagnosis treatment public health. San Fransisco: ISTC 2006
3. DepKes RI. Survei prevalensi tuberkulosis di Indonesia 2004, Jakarta, 2005
4. Utarini A, Jasri H, Lestari T, Probandari A. Final report. Assesment of Hospital DOTS strategy implementation. Component C. Quality of TB Case Management in Hospitals. 2008.
5. Dosumu EA. Survey of knowledge, attitudes, and practices regarding tuberculosis among general and private medical practitioners in Nigeria. African J Res Med 2008 ; 17-19.

Bab 17 • Kesimpulan dan Rekomendasi

Bachti Alisjahbana, Yodi Mahendradata, Bagoes Widjanarko

Bab 17. Kesimpulan dan Rekomendasi

Bachti Alisjahbana, RK

Beberapa point pelaksanaan program TB dicerminkan dalam penelitian-penelitian yang di paparkan oleh ke 15 kelompok ini. Dalam bab ini, kami berusaha merangkum kesimpulan dan saran-saran yang diperoleh. Kesimpulan dan saran-saran disusun berdasarkan topik yang diketengahkan dan urutan paparan yang disusun pada buku ini.

Mengenai perilaku mencari pengobatan

Perilaku masyarakat dan pasien TB dalam mencari pengobatan dipaparkan oleh Tim Yogyakarta dan Lampung. Penelitian di Yogyakarta lebih banyak mencerminkan kondisi masyarakat perkotaan sedangkan di Lampung pada masyarakat pedesaan. Dari kedua penelitian ini diperoleh kesimpulan bahwa 1) Kebanyakan pasien TB perlu waktu lebih dari 1 bulan untuk bisa mencapai pusat layanan DOTS setelah gejala awal muncul dan berkonsultasi ke beberapa sarana layanan kesehatan (bab 2). 2) di perkotaan, dokter praktek swasta merupakan pelayanan pilihan pertama pasien TB (Bab 2). sedangkan di pedesaan, pelayanan oleh bidan, perawat di desa termasuk puskesmas pembantu merupakan sarana layanan kesehatan pilihan pertama (Bab 3). 3) Faktor yang mempengaruhi perilaku mencari pengobatan adalah tingkat pendapatan dan saran dari anggota keluarga atau teman (Bab 2). 4) Banyak tenaga kesehatan di lini pertama ini belum merujuk penderita suspek TB pada jalur DOTS sehingga banyak penderita mencapai ke sarana layanan sekunder yang belum menggunakan DOTS (Bab 2, 3).

Berdasarkan simpulan ini tim peneliti memberikan saran-saran sebagai berikut: 1) Program Pengendalian TB diharapkan dapat meningkatkan kolaborasi dengan berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan termasuk dokter praktek swasta. Di level desa dan urban, diharapkan dapat melatih dan mengembangkan kerjasama dengan perawat dan bidan yang merupakan ujung tombak dalam pengelolaan penderita sakit di pedesaan. Dalam hal ini Pustu yang merupakan kepanjangan tangan dari Puskesmas perlu diperhatikan perannya. 2) Karena sebagian besar tenaga kesehatan nonformal ini juga merupakan anggota staff puskesmas, penelitian ini menganjurkan untuk melakukan integrasi program. Maksudnya adalah melibatkan anggota staf puskesmas yang tidak langsung terlibat dengan program TB juga dapat mengerti dan membantu mendeteksi suspek dan merujuk ke langkah yang benar. 3) Program perlu meningkatkan promosi kesehatan kepada masyarakat mengenai TB agar masyarakat lebih awas dan lebih banyak menggunakan sarana Puskesmas lebih dini. 4) Program TB perlu juga untuk meningkatkan kualitas pelayanan di Puskesmas dan memberikan

Bab 17. Kesimpulan dan Rekomendasi

Bachti Alisjahbana, RK

pendidikan lebih baik kepada pasien dan keluarganya mengenai TB dan pengobatannya.

Pemberdayaan masyarakat dalam meningkatkan deteksi kasus TB

Dua penelitian mendalami masalah pemberdayaan masyarakat dalam meningkatkan deteksi kasus TB. Penelitian di Aceh telah melibatkan pimpinan masyarakat tradisional yang baku yaitu Tuha-Peut untuk hal ini, sedangkan penelitian di Sulawesi selatan melibatkan tokoh masyarakat yang umum yaitu dukun, guru, ekspasien, pimpinan agama dan kader. Penelitian di Aceh telah membuktikan bahwa pemberdayaan Tuha Peut dalam program Penanggulangan TB dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai TB. Tuha Peut sebagai tokoh masyarakat dapat memotivasi suspek TB berobat dan meningkatkan angka kunjungannya di Puskesmas (**bab 4**). Penelitian di Sulawesi selatan membuktikan bahwa penyuluhan pada tokoh masyarakat meningkatkan pengetahuan mereka dalam memotivasi suspek tuberkulosis masuk ke pusat layanan DOTS. Terdapat peningkatan jumlah suspek yang dirujuk ke Puskesmas di kelompok yang mendapatkan informasi dan penyuluhan. Tokoh masyarakat yang memberikan kontribusi tertinggi adalah kader kesehatan (**bab 5**).

Beberapa rekomendasi dapat diambil dari kedua penelitian ini yaitu 1) penyuluhan pada masyarakat dapat menggunakan tokoh masyarakat yang berpengaruh seperti Tuha Peut di Aceh. Pelaksanaan penyuluhan akan lebih efisien dan tepat sasaran (**bab 4,5**) 2) Diantara tokoh masyarakat yang berpengaruh, kader kesehatan tampak mempunyai peranan yang paling besar. Hal ini perlu diperhatikan agar program dapat lebih konsisten memberikan kepercayaan pada kader kesehatan yang potensial memberikan kontribusi yang banyak (**bab 5**).

Deteksi suspek dan diagnosis TB dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis

Mengenai deteksi penderita TB dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis, empat penelitian telah memberikan perhatian pada berbagai aspek, termasuk kelengkapan fasilitas, prosedur, upaya petugas dalam mendidik pasien dan kepatuhannya dalam mengikuti prosedur. Penelitian oleh tim Jawa Tengah 2 menunjukkan bahwa sebagian besar dari sampel dahak yang diperiksa mempunyai kualitas yang kurang memadai dan hal ini memberikan pengaruh pada jumlah kasus TB yang berhasil didiagnosis sebagai BTA positif. Penyebab dari kualitas yang rendah adalah karena rendahnya pengetahuan penderita mengenai alasan dan cara

Bab 17. Kesimpulan dan Rekomendasi

Bachti Alisjahbana, RK

pengumpulan dahak yang baik. Pengetahuan ini selanjutnya dapat diberikan dengan lebih intensif oleh dokter dan perawat di poliklinik, petugas TB dan petugas laboratorium Puskesmas (**bab 6**).

Implementasi diagnosis berdasarkan pemeriksaan dahak ini telah di anjurkan ke semua puskesmas dan sebagian besar rumah sakit pemerintah dan swasta untuk meningkatkan cakupan TB BTA positif yang terdiagnosis. Hasil penelitian tim Jawa Timur menunjukkan bahwa pelaksanaan prosedur ini masih lemah dan belum memenuhi harapan (**bab 7**). Di dalam Puskesmas sendiri, terasa bahwa kinerja staff dalam melaksanakan program dan pencapaian cakupan kurang ditunjang oleh suasana kerja yang kondusif. Disamping bahan, alat dan fasilitas yang kurang, sistem promosi, supervisi dan insentif yang diberikan oleh program TB pada petugas Puskesmaslah tidak jelas dan oleh karena itu kurang mendukung (**bab 8**).

Menyikapi CDR sebagai indikator untuk cakupan program, penelitian di Sulawesi Utara ternyata menemukan bahwa tingkat CDR tidak sebanding dengan aktivitas dan kinerja petugas. Kabupaten dengan CDR yang rendah ternyata mempunyai aktivitas dan kinerja petugas yang lebih baik. Penemuan ini kemudian menimbulkan keraguan mengenai penggunaan CDR sebagai tolok ukur kinerja program yang memang saat ini juga dibahas di berbagai negara. Kelemahan indikator ini terutama terletak pada kurangnya data yang nyata mengenai prevalensi TB atau kurang tepatnya nilai estimasi kasus di suatu daerah (**Bab 9**).

Dari ke 4 penelitian mengenai upaya deteksi kasus dengan pemeriksaan BTA dan faktor yang berpengaruh dalam pencapaian cakupan CDR beberapa rekomendasi disusun dibawah ini yaitu; 1) Hal kualitas prosedur diagnosis dapat diperbaiki dalam upaya diagnosis TB dengan pemeriksaan dahak BTA dalam strategi DOTS (**bab 6,7**). Upaya ini perlu dikembangkan hingga menjangkau seluruh fasilitas pelayanan kesehatan yang ada termasuk klinik swasta dan dokter praktek swasta (**bab 7**). 2) Upaya penyuluhan dan bimbingan oleh petugas TB, khususnya perawat dan petugas laboratorium mengenai cara mengumpulkan dahak untuk diperiksa agar ditingkatkan. Untuk ini diperlukan pedoman dan perangkat yang praktis sehingga bisa oleh semua petugas dengan kerjasama dalam Puskesmas yang baik (**bab 6, 7, 8**). 3) Perlu peninjauan ulang pada penggunaan CDR sebagai target program karena hasilnya sangat bervariasi, tidak selalu berhubungan dengan aktivitas dan kinerja petugas dan tidak adanya data prevalensi TB yang akurat. Penggunaan notification

rate sebagai tolok ukur kinerja perlu dipertimbangkan (**bab 9**)

Kepatuhan penderita berobat

Kepatuhan penderita berobat masih menjadi permasalahan di beberapa institusi yang melaksanakan program DOTS. Penelitian di daerah kota Jayapura telah mengidentifikasi berbagai faktor-faktor resiko untuk rendahnya kepatuhan berobat TB atau putus berobat. Ketidak patuhan berobat disini ternyata berhubungan dengan perilaku pasien berpindah tempat tinggal, usia muda dan suku asli papua. Rendahnya pengetahuan tentang TB, lamanya berobat, dan konsekuensi putus obat juga merupakan faktor penting yang ditemukan bermakna. Faktor pertama yang merupakan faktor demografi dasar penderita dapat menjadi prediktor yang perlu diperhatikan petugas, sedangkan faktor pengetahuan adalah sesuatu yang dapat dimodifikasi dengan pendidikan yang baik (bab 10). Di Rumah Sakit Hasan Sadikin dimana kepatuhan juga masih menjadi masalah, perhatian ditujukan pada pemantau minum obat (PMO). Pada penelitian ini, keaktifan seorang PMO ternyata berhubungan bermakna dengan pendidikan dan pengetahuannya mengenai TB. Karena kebanyakan PMO berasal dari keluarga, maka kepuasan dan stigma yang dirasakan dapat mempengaruhi atktivitasnya (Bab 11).

Dari kedua penelitian ini dapat di rekomendasikan beberapa hal yang penting untuk meningkatkan kepatuhan penderita yaitu 1) Pengetahuan penderita dan PMO mengenai penyakit TB, lama pengobatan dan konsekuensi bila putus berobat merupakan hal yang sangat penting dan seharusnya bisa ditingkatkan. Kedua penelitian ini menyarankan sebaiknya semua petugas TB dapat melaksanakan penyuluhan yang baik pada penderita dan PMO sebelum pengobatan dimulai. Perlu ditemukan metoda penyampaian informasi dan edukasi yang lebih baik.,Mungkin pemberian dengan bentuk konseling dapat lebih meningkatkan interaksi penderita dan PMO sehingga mencapai pengertian yang lebih mendalam (bab 10-11). 2) Beberapa faktor ini dasar penderita yang ditemukan antara lain seperti usia muda, tidak mempunyai tempat tinggal tetap dan karakter dasar tertentu dapat diidentifikasi menjadi faktor prediktor yang membuat petugas TB waspada akan kemungkinan ketidak patuhan (bab 10). 3) Bila bisa dipilih, sebaiknya PMO yang memiliki latar belakang pendidikan minimal sekolah menengah atas (bab 11). 4) Perbaikan pelayanan secara umum perlu diperhatikan untuk meningkatkan kepuasan penderita dan keluarganya.

Keterlibatan rumah sakit

Bab 17. Kesimpulan dan Rekomendasi

Bachti Alisjahbana, RK

Rumah Sakit mempunyai peranan penting untuk meningkatkan cakupan DOTS karena banyaknya penderita TB yang berobat ke Rumah Sakit. Pemanfaat potensi ini masih lemah dan tercermin dalam 3 penelitian (Bab 12-13-14). Beberapa kesimpulan diperoleh yaitu 1) persepsi pentingnya DOTS masih belum dimiliki oleh sejumlah Rumah Sakit. Masih ada anggapan bahwa program DOTS adalah merupakan kepentingan Dinas Kesehatan. Persepsi semacam ini mengakibatkan lemahnya dukungan pimpinan RS yang tampak sebagai penugasan yang kurang jelas, tidak adanya sistem insentif dan koordinasi dukungan eksternal yang tidak optimal (Bab12,13). 2) Di Rumah sakit yang sudah mengimplementasikan strategi DOTS, program ini masih sangat tergantung pada komitmen para dokter yang mungkin kekurangan waktu dalam pengelolaannya. 3) Komponen pendukung seperti kecukupan anggota, adanya petugas pembuat laporan yang tetap, sistem reward masih belum ada secara konsisten.. 4) Dinas kesehatan seyogyanya memberikan supervisi yang memadai yang dilakukan oleh pengawas supervisor (Wasor). Namun pekerjaan ini belum terlaksana secara rutin di semua rumah sakit karena beberapa hal (Bab13). Disamping adanya petugas yang supervisi, dukungan dinas kesehatan juga penting untuk membina jejaring eksternal yang kuat (Bab 12-13-14).

Dari hasil penelitian-penelitian ini direkomendasikan agar 1) semua rumahsakit yang pada tahun 2005 – 2006 telah menerima sosialisasi program penanggulangan TB strategi DOTS mendapatkan pelatihan ulang dan bimbingan teknis untuk pengembangan HDL. Hal ini sebaiknya juga di koordinir oleh Dinas Kesehatan 2) Rumahsakit harus menyiapkan SDM terlatih (dokter, perawat, petugas administrasi, farmasi) yang jumlahnya sesuai kebutuhan; memperbaharui keanggotaan Tim DOTS dan membuat SOP yang sesuai. 3) Penunjukkan ini perlu dikukuhkan dalam SK Direktur dengan menjelaskan tugas pokok dan fungsi masing-masing anggota dan melakukan pertemuan berkala Tim DOTS; 4) diangkat seorang petugas khusus TB penuh waktu yang memiliki kemampuan mengkoordinasikan jejaring internal dan eksternal antara Dinas Kesehatan, rumahsakit, dan UPK lain. 4) Dinas Kesehatan diharapkan dapat memberikan dukungan supervisi dan bimbingan pada tim DOTS melalui Wasor masing masing daerah.

Keterlibatan praktisi swasta

Keterlibatan praktisi swasta dalam DOTS akan membuat jaringan pelayanan DOTS lebih lengkap dan dapat mencakup lebih banyak penderita. Upaya ini sudah lebih dahulu di lakukan di Bali dengan melatih 537 praktisi swasta pada tahun 2006,

Bab 17. Kesimpulan dan Rekomendasi

Bachti Alisjahbana, RK

namun kontribusi dari praktisi swasta ini masih sangat kecil. Penelitian tim dari Bali menyimpulkan bahwa lemahnya kontribusi dokter praktek swasta ini adalah karena 1) faktor kelengkapan formulir rujukan yang masih kurang 2) kurangnya supervisi dan bimbingan teknis, dalam bentuk kunjungan petugas puskesmas yang secara rutin membina kerjasama ini. Disamping itu ditemukan pula bahwa praktisi swasta yang dekat dengan Puskesmas dan jender wanita akan lebih banyak berkontribusi pada rujukan pasien TB.

Penelitian pada kepatuhan pelaksanaan standar internasional dalam pengelolaan tuberkulosis (ISTC) pada dokter di rumah sakit di Jakarta menunjukkan bahwa 1) penegakkan diagnosis pasien tuberkulosis (TB) yang mengacu pada ISTC (standar 1, pemeriksaan dahak pada penderita batuk 2-3 minggu) cukup tinggi. 2) Tingkat pengetahuan mengenai TB yang baik berhubungan dengan perilaku yang baik dalam menegakkan diagnosis TB paru sesuai pedoman penanggulangan TB nasional. 3) Perilaku dokter dalam penegakkan diagnosis TB paru khususnya ISTC standard no 2 (pemeriksaan mikroskopis harus sedikitnya 2 kali), no 4 (pemeriksaan dahak mikroskopis harus dilakukan pada pasien dengan temuan foto toraks yang diduga tb) dan 5 (diagnosis tb paru BTA negatif harus berdasarkan 3 kali pemeriksaan) belum sepenuhnya sesuai. 3) kendala terbesar adalah rendahnya komitmen RS terhadap program DOTS. 4) kendala lain dalam penegakkan diagnosis TB paru sesuai standard ISTC no 2 dan 4 adalah faktor penderita, masalah administrasi, SDM laboratorium pemeriksaan mikroskopis. (bab 16).

Dari kedua penelitian ini dirumuskan beberapa rekomendasi yaitu: 1) Dinas kesehatan atau puskesmas dapat membantu meningkatkan kontribusi dokter praktek swasta dengan senantiasa menyediakan perangkat formulir rujukan suspek TB ke Puskesmas pemeriksa dan membina hubungan dengan memberdayakan PMO praktisi swasta. 2) perhatian ditujukan awal pada praktisi yang dekat dari Puskesmas, kemudian dilanjutkan dengan pembinaan dengan praktisi yang lebih jauh jaraknya dari Puskesmas, untuk ini diperlukan upaya ekstra. 3) perlu disediakan fasilitas pengambilan dahak dan pembuatan sediaan sampai dengan fiksasi di puskesmas pembantu sehingga lebih banyak fasilitas semakin dekat dan terjangkau oleh masyarakat (bab 15). 4) Mengenai pemanfaatan ISTC, disarankan agar pelatihan dan sosialisasi ISTC yang berkesinambungan dapat dilaksanakan sebagai bagian program DOTS di rumah sakit bagi dokter yang sebagian besar dari mereka juga melaksanakan praktek swasta serta 5) menjadikan ISTC sebagai bagian dari penilaian akreditasi rumah sakit (bab 16)

Bab 17. Kesimpulan dan Rekomendasi

Bachti Alisjahbana, RK

Bab dan judul	Kesimpulan Utama	Saran Utama	Usulan penelitian lebih lanjut
Perilaku mencari pengobatan			
Bab 2. Perilaku pencarian pengobatan penderita TB di Jogja	kebanyakan pasien TB memerlukan waktu lebih dari 1 bulan setelah gejala awal muncul untuk mencapai Fasilitas Pelayanan DOTS karena kecenderungan untuk mencari pengobatan di fasilitas pelayanan kesehatan non-DOTS (dokter praktek swasta, rumah sakit dan perawat/bidan)	Meningkatkan keterlibatan se mu fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan yang biasanya menjadi tujuan pertama pasien TB saat mencari pengobatan kedalam program DOTS	(mengembangkan model, mEvaluasi <i>feasibility, cost-effectiveness</i> dan <i>sustainability</i> intervensi pelibatan berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan dalam program DOTS
Bab 3. Perilaku Masyarakat dan pasien TB dalam mencari pengobatan serta kemampuan pelayanan luar gedung dalam mendukung program TB di Kecamatan Tanjung Bintang	Layanan kesehatan luar gedung (dokter umum, perawat dan bidan diluar jam dinas) merupakan sarana layanan kesehatan pertama yang dikunjungi oleh sebagian besar masyarakat dan pasien TB. Namun dari layanan ini sebagian besar pasien tidak langsung dirujuk ke pusat layanan DOTS di Puskesmas sehingga penatalaksanaan pasien TB menjadi tidak tuntas.	Petugas kesehatan luar gedung yang melayani pasien di komunitas perlu diberdayakan (ditingkatkan kemampuan dan kesediaannya untuk terlibat)dalam mendeteksi suspek, mendiagnosis, dan bekerja sama dalam pengobatan pasien TB.	Mengembangkan model, mengvaluasi <i>feasibility cost effectiveness</i> dan <i>sustainability</i> intervensi dengan melibatkan petugas kesehatan luar gedung dalam program DOTS dan mengintegrasikannya dalam layanan yang diberikannya secara rutin.
Pemberdayaan masyarakat dalam mendeteksi kasus TB			
Bab 4. Pemberdayaan Tuha Peut (tokoh masyarakat) dalam program penanggulangan TB melalui peningkatan pengetahuan masyarakat di kabupaten Bireun, Aceh.	Tokoh masyarakat Tuha Peut dapat membantu meningkatkan pengetahuan masyarakat untuk mengarahkan penderita suspek TB berobat ke Puskesmas masuk ke program DOTS.	Tokoh masyarakat Tuha peut sebaiknya dilibatkan dalam upaya memberikan informasi dan edukasi tentang TB ke masyarakat dengan metoda yang efektif dan praktis.	Evaluasi mengenai metoda dan strategi KIE yang cocok yang bisa disampaikan pada masyarakat mengenai TB oleh Tuha Peut.
Bab 5. efek promosi kesehatan pada kelompok masyarakat informal dalam mendeteksi suspek TB di kabupaten Gowa	Diantara kelompok masyarakat informal (dukun, eks penderita TB, guru SD, kader, dukun), kader memberikan kontribusi yang terbesar dalam mendeteksi suspek TB, merujuk untuk pemeriksaan ke Puskesmas.	Perlu upaya memberdayakan kelompok masyarakat informal khususnya kader kesehatan untuk dapat memberikan menyampaikan promosi mengenai pengenalan gejala TB dan mengarahkan penderita ke program DOTS di Puskesmas.	Evaluasi, <i>feasibility, benefit</i> dan <i>sustainability</i> pelibatan kader dan tenaga informal lain dalam mengenali suspek dan ke program DOTS di Puskesmas.
Deteksi suspek dan diagnosis TB dengan pemeriksaan dahak dengan secara mikroskopis			
Bab 6. Rendahnya kualitas sputum yang diperiksa untuk diagnosis tuberkulosis dan faktor-faktor yang mempengaruhinya di Klaten.	Masih sedikit penderita yang memberikan dahak dengan kualitas yang memadai. Penyebabnya antara lain karena rendahnya pengetahuan mengenai tujuan dan bagaimana memeriksa dahak.	Para petugas kesehatan, dokter di poliklinik, perawat dan petugas laboratorium perlu lebih banyak memberikan pendidikan mengenai alasan dan bagaimana mengumpulkan sampel dahak yang baik.	Mengembangkan prosedur dan perangkat KIE yang praktis untuk memberikan pendidikan alasan dan bagaimana mengumpulkan dahak bagi yang baik. Prosedur ini termasuk metoda evaluasi yang praktis dan mudah.

Bab 17. Kesimpulan dan Rekomendasi

Bachti Alisjahbana, RK

Bab 7. Kualitas proses diagnosis tuberkulosis di puskesmas dan rumah sakit di Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur.	Penjaringan suspek untuk masuk program DOTS di puskesmas dan rumah sakit masih rendah dibandingkan target. Sebagian besar penderita masih berobat ke layanan kesehatan swasta.	Diperlukan pelatihan dan pembinaan kerjasama yang baik antara dinas kesehatan dan petugas kesehatan di berbagai institusi termasuk praktek dokter dan rumah sakit swasta untuk menjalankan program DOTS secara terintegrasi.	Evaluasi <i>feasibility, cost-effectiveness</i> dan <i>sustainability</i> intervensi pelibatan berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan dalam program DOTS
Bab 8. Variasi kinerja puskesmas terhadap penemuan kasus TB dan faktor yg mempengaruhinya di Kota Medan dan Kabupaten Karo	Sistim promosi dan insentif bagi petugas kesehatan kurang kondusif bagi pencapaian kinerja yang tinggi	Penerapan manajemen SDM berbasis kinerja untuk meningkatkan motivasi petugas kesehatan	Evaluasi efektifitas sistim insentif bagi petugas kesehatan yang terlibat dalam program DOTS
Bab 9. Deskripsi faktor-faktor yang mempengaruhi cakupan penemuan kasus tuberkulosis di Kabupaten Minahasa Utara dan kota Bitung, Sulawesi utara tahun 2008.	Angka penemuan kasus (CDR) yang diperoleh tidak sebanding dengan faktor-faktor kinerja atau upaya yang sudah dilakukan oleh puskesmas di kedua kabupaten.	Diperlukan evaluasi ulang mengenai penggunaan CDR atau parameter lain sebagai indikator kinerja Puskesmas atau kabupaten dalam melaksanakan program DOTS.	Implementasi penggunaan indikator lain seperti <i>notification rate</i> sebagai parameter kinerja Puskesmas dan program TB kabupaten.
Kepatuhan penderita dalam berobat			
Bab 10. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien TB yang diobati dengan strategi DOTS di kota Jayapura, Propinsi Papua.	Ketidakpatuhan dan putus berobat berhubungan dengan faktor yang dapat diperbaiki seperti pengetahuan mengenai penyakit TB dan faktor karakteristik penderita seperti riwayat tempat tinggal berpindah.	Untuk memulai pengobatan penderita TB di Jayapura, diperlukan upaya identifikasi penderita yang berisiko untuk putus atau tidak patuh berobat. Dilanjutkan dengan pemberian informasi, edukasi atau konseling yang efektif sebelum dan saat penderita dalam pengobatan.	Pengembangan prosedur pemberian informasi, edukasi dengan konseling yang efektif mengenai pengobatan TB. Mengimplementasi prosedur ini dengan evaluasi pada efektivitasnya untuk menekan angka putus berobat.
Bab 11. Penyusunan indikator prediksi kejadian putus berobat TB melalui PMO di Poli DOTS RS dr Hasan Sadikin, Bandung	Faktor-faktor PMO yang berhubungan dengan kejadian putus berobat pada penderita TB adalah tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap, kurangnya kepuasan pada layanan dan layanan yang lama.	PMO untuk pasien TB di RS sebaiknya dipilih yang mempunyai latar pendidikan sedikitnya SMA, dan kemudian mendapatkan pengetahuan tambahan mengenai TB	Pemberian informasi dan edukasi yang efektif pada PMO sebelum dan saat penderita dalam program pengobatan. Mengevaluasi efektivitasnya untuk menjaga kepatuhan penderita di poli DOTS di RS dr Hasan Sadikin.
Keterlibatan rumah sakit dalam DOTS			
Bab 12. Kajian proses deteksi pasien tuberkulosis dalam upaya implementasi DOTS di Rumah Sakit di Jawa Tengah.	Implementasi DOTS di rumah sakit sangat tergantung pada dokter pelaksana sebagai motor dari aktivitas. Untuk kinerja yang lebih baik, perlu juga di dukung dengan anggota staff, pelatihan dan sistem reward yang baik	Perlu diterbitkan surat kesepatkatan tertulis antara pimpinan dan staff RS untuk melaksanakan DOTS dengan kerjasama yang baik disertai kemitraan yang baik dengan Dinas Kesehatan.	Pengembangan model pelibatan RS dan jejaringnya dalam deteksi dan pengobatan TB di daerah yang bersangkutan.

Bab 17. Kesimpulan dan Rekomendasi

Bachti Alisjahbana, RK

<p>Bab 13. Deskripsi implementasi strategi DOTS pada rumah sakit di Propinsi Kalimantan Selatan tahun 2007-2008.</p>	<p>Walaupun sudah mendapatkan sosialisasi mengenai program TB DOTS, sebagian besar Rumah Sakit belum berkomitmen untuk melaksanakannya karena masih menganggap bahwa program DOTS adalah program Dinas Kesehatan.</p>	<p>Diperlukan sosialisasi atau pendekatan lebih lanjut pada RS yang diharapkan dapat menyelenggarakan DOTS disertai dengan pengembangan dukungan dan peningkatan kapabilitas tim DOTS yang baik.</p>	<p>Evaluasi dan pemantauan kualitas sosialisasi dan pelibatan rumah sakit dalam program DOTS di daerah yang bersangkutan.</p>
<p>Bab 14. Kesiapan implementasi Hospital <i>DOTS Linkage</i> dan karakteristik pasien yang berobat di RS di Propinsi Banten</p>	<p>Pengelolaan pasien TB di 3 Rumah Sakit Umum kota di propinsi Banten masih belum optimal. Tim DOTS yang ada masih belum berjalan dengan baik dan masih kekurangan dukungan sarana dan prasarana.</p>	<p>Diperlukan peningkatan komitmen RS lebih lanjut termasuk pembuatan SK dan pemberian dukungan yang efektif pada Tim DOTS oleh manajemen RS, petugas kesehatan yang berkaitan dan Dinas Kesehatan Setempat.</p>	<p>Evaluasi dan pemantauan kualitas dan kinerja DOTS Rumah Sakit dan jejarangnya dalam deteksi dan pengobatan TB di daerah yang bersangkutan.</p>
<p>Keterlibatan praktisi swasta</p>			
<p>Bab 15. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kontribusi praktisi swasta dalam penjarangan suspek tuberkulosis di Propinsi Bali.</p>	<p>Kontribusi yang baik dari praktisi swasta dalam penjarangan suspek tuberkulosis dipengaruhi oleh adanya kunjungan PMO praktisi dan adanya sistem dengan perangkat untuk pemeriksaan dan rujukan pasien yang lengkap.</p>	<p>Disamping sosialisasi program, keterlibatan praktisi swasta harus dibina secara sistematis, termasuk dengan kunjungan PMO praktisi, dan meyakinkan lengkapnya perangkat yang diperlukan untuk memeriksa, mencatat dan merujuk penderita ke sarana DOTS terdekat.</p>	<p>Pengembangan strategi untuk melibatkan praktisi swasta secara cost effective dan mengevaluasi kontribusinya pada program.</p>
<p>Bab 16. Penggunaan <i>International Standards for Tuberculosis Care</i> (ISTC) dalam penegakkan diagnosis tuberkulosis paru oleh tenaga medis pada rumah sakit umum di DKI Jakarta 2009</p>	<p>Perilaku dokter dalam penegakkan diagnosis TB paru belum sepenuhnya sesuai dengan ISTC khususnya standard no 2 (pemeriksaan dahak dengan mikroskopi), 4 (pemeriksaan dahak melanjutkan hasil foto toraks yang positif) dan 5</p>	<p>Diperlukan upaya sosialisasi dan pelatihan ISTC yang berkesinambungan dengan metoda serta strategi yang lebih <i>cost effective</i>.</p>	<p>Pengembangan upaya sosialisasi dan pelatihan ISTC yang praktis disertai evaluasi mengenai biaya dan efektifitas kegiatan tersebut</p>

Bab 17. Kesimpulan dan Rekomendasi

Bachti Alisjahbana, RK