

## MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN STRATEGI *DIRECTLY OBSERVED TREATMENT SHORTCOURSE* SEBAGAI UPAYA PENANGGULANGAN TUBERCULOSIS DI PUSKESMAS YANG BERADA DALAM LINGKUP PEMBINAAN DINAS KESEHATAN KABUPATEN SUBANG

*MONITORING AND EVALUATION OF DOTS STRATEGY AS A TUBERCULOSIS CONTROL EFFORT IN THE HEALTH CENTERS IN THE WORK AREA OF SUBANG DISTRICT HEALTH OFFICE*

Felix Kasim, Mary Soen, Katrin Fitria Hendranata  
Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran,  
Universitas Kristen Maranatha, Bandung

### ABSTRACT

**Background:** The implementation of the DOTS strategy in health centers aims to, among others, reduce morbidity rates and break the chain of transmission. Indonesia ranks third on the incidence of TB cases. In general, this research aimed to investigate the effort implementation, barriers, benefits and expectations in implementing the DOTS program in 40 health centers within the work area of Subang District Health Office.

**Methods:** This was a qualitative study. Data collection technique was in-depth interviews to the head of health centers and P2TB officers, the DOTS corner participation observation and Focus Group Discussion of TB officers. The research instruments were recorder and camera. The number of population was 40 health centers taken with cluster random sampling technique and the number of samples was 10 health centers, represented by 10 heads of the health centers and 10 P2TB officers.

**Results:** This study found out things such as efforts, barriers, benefits and expectations of the implementation of the DOTS strategy in the health centers of Subang District. The efforts made in 10 health centers were good enough, with some constraints such as lack of laboratory infrastructure, lack of human resources, intersectional collaboration, medication compliance, and the role of PMO personnel, economic factors and poor public education, drug distribution delays, difficulties in recording and reporting of patient transfer. Therefore, improvements should be done in cross-sectoral communication, completeness of lab infrastructure, empowerment of each village cadre for education and networking.

**Conclusion:** In 10 health centers (Pagaden, Gunung Sembung, Kalijati, Binong, Purwadadi, Palasari, Cisolak, Kasomalang, Sagalaherang, and Serang Panjang) DOTS program had been done in an effort to overcome tuberculosis in accordance with the 5 elements of DOTS.

**Keywords:** Monitoring, DOTS Strategy, TB Control

### ABSTRAK

**Latar belakang:** Pelaksanaan strategi DOTS di puskesmas salah satunya bertujuan mengurangi angka kesakitan dan memutus rantai penularan. Indonesia menduduki peringkat ketiga insidensi kasus TB. Secara umum penelitian ini bertujuan adalah untuk mengetahui upaya pelaksanaan, kendala-kendala, manfaat dan harapan dalam menjalankan program DOTS di 40 Puskesmas yang berada dalam lingkup pembinaan Dinas Kesehatan Kabupaten Subang.

**Metode:** menggunakan metode kualitatif, teknik pengumpulan data wawancara mendalam Kepala Puskesmas dan Petugas P2TB Puskesmas, Observasi Partisipasi Pojok DOTS, serta *Focus Group Discussion* kader TB, instrumen penelitian berupa alat perekam dan kamera, jumlah populasi 40 Puskesmas, teknik pengambilan sampel *Cluster Random Sampling*, jumlah sampel 10 Puskesmas, diwakili 10 kepala Puskesmas, 10 petugas P2TB.

**Hasil:** penelitian, didapatkan upaya, kendala, manfaat dan harapan pelaksanaan Strategi DOTS di Puskesmas Kabupaten Subang.

**Kesimpulan:** upaya yang dilakukan di 10 Puskesmas sudah cukup, dengan beberapa kendala seperti ketiadaan sarana prasarana laboratorium, kurangnya SDM, kerja sama lintas sektoral, kepatuhan minum obat, peran dan tenaga PMO, faktor ekonomi dan rendahnya pendidikan masyarakat, keterlambatan pendistribusian obat, sulitnya pencatatan dan pelaporan pasien pindah dan pindahan. Sebaiknya dilakukan komunikasi lintas sektoral, mengusahakan kelengkapan sarana-prasarana lab, pemberdayaan kader tiap desa untuk penyuluhan dan penjangkaran.

**Kata kunci :** Monitoring, evaluasi, DOTS Strategy, tuberculosis,

### PENGANTAR

Pembangunan kesehatan sebagai bagian dari pembangunan nasional dilaksanakan secara bertahap dan berkesinambungan serta ditujukan untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat secara menyeluruh. Program Pemberantasan Penyakit Menular mempunyai peranan dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian. Tujuan tersebut dapat dicapai dengan penerapan teknologi kesehatan secara tepat oleh petugas-petugas kesehatan yang didukung peran serta aktif masyarakat, salah satunya adalah penyakit TB paru yang penyebarannya sangat mudah karena penularan penyakit tersebut hanya melalui droplet yang disebarkan lewat udara oleh penderita TB paru Bakteri Tahan Asam (BTA) (+)<sup>1</sup>.

Tuberculosis (TB) dapat menyerang siapa saja, dari semua golongan, segala usia dan jenis kelamin

serta semua status sosial-ekonomi dan bukan merupakan penyakit keturunan atau penyakit yang disebabkan oleh kutukan atau guna-guna<sup>2</sup>. Pada saat ini kasus Tuberculosis di dunia masih tinggi. Tahun 2009, terdapat 9,4 juta kasus TBC setara dengan 137 kasus per 100.000 populasi, dimana jumlah tersebut mengalami peningkatan ringan setiap tahunnya, seiring penurunan pendapatan per kapita.

Kebanyakan kasus pada tahun 2009 menyerang Asia (55%), dan Afrika (30%), sebagian kecil menyerang Mediterania Timur (7%), Eropa (4%), dan beberapa bagian Amerika (3%). Lima negara dengan insidensi kasus terbanyak tahun 2009 yaitu India (1.6–2.4 juta), China (1.1–1.5 juta), Africa Selatan (0.4–0.59 juta), Nigeria (0.37–0.55 juta) dan Indonesia (0.35–0.52 juta). India sendiri menduduki peringkat pertama (21%) untuk kasus TB diseluruh dunia, bila digabungkan dengan China menjadi 35% kasus. Tahun 2007 di Indonesia prevalensi semua tipe TB sebesar 244 per 100.000 penduduk dan insidensi semua tipe TB sebesar 228 per 100.000 penduduk<sup>3</sup>. Beban TB di Indonesia masih sangat tinggi, khususnya mengenai kesembuhan yang ada. Setiap hari sekitar 300 orang meninggal karena TBC dan lebih dari 100,000 orang meninggal setiap tahun<sup>4</sup>.

Di Jawa Barat., total penduduk 38, 5 juta jiwa, dan diperkirakan jumlah penderita TBC disetiap provinsinya sebanyak 41.198 orang. Angka minimal pencapaian ditargetkan hanya 28.839 orang (70%). Tahun 2006, terdapat 6.705 orang (16,3%) yang mampu ditemukan oleh Dinas Kesehatan Jawa Barat. Pada tahun 2009, total penderita TB paru BTA (+) di Kabupaten Subang sebesar 1180 orang, dengan jumlah terbanyak terdapat di Puskesmas Sukarahayu, yaitu 71 orang, dengan proporsi penderita BTA (+) diantara semua suspek sebesar 91%, dan CNR 93%<sup>5</sup>.

Puskesmas Pagaden, terdapat suspek sebesar 408 orang, seluruh penderita TBC Paru BTA (+) 42 orang, dengan proporsi penderita BTA (+) diantara seluruh penderita TBC paru 53%, CNR 110% dan jumlah seluruh kasus TBC 79 orang. Puskesmas Gunung Sembung, terdapat suspek sebesar 241 orang, seluruh penderita TBC Paru BTA (+) 23 orang, dengan proporsi penderita BTA (+) diantara seluruh penderita TBC paru 51%, CNR 102% dan jumlah seluruh kasus TBC 45 orang. Puskesmas Kalijati, terdapat suspek sebesar 620 orang, seluruh penderita TBC Paru BTA (+) 55 orang, dengan proporsi penderita BTA (+) diantara seluruh penderita TBC paru 93%, CNR 95% dan jumlah seluruh kasus TBC 59 orang. Puskesmas Binong, terdapat suspek sebesar 518 orang, seluruh penderita TBC Paru BTA

(+) 43 orang, dengan proporsi penderita BTA (+) diantara seluruh penderita TBC paru 93%, CNR 89% dan jumlah seluruh kasus TBC 46 orang. Puskesmas Purwadadi, terdapat suspek sebesar 569 orang, seluruh penderita TBC Paru BTA (+) 22 orang, dengan proporsi penderita BTA (+) diantara seluruh penderita TBC paru 54%, CNR 41% dan jumlah seluruh kasus TBC 41 orang. Puskesmas Palasari, terdapat suspek sebesar 292 orang, seluruh penderita TBC Paru BTA (+) 20 orang, dengan proporsi penderita BTA (+) diantara seluruh penderita TBC paru 71%, CNR 73% dan jumlah seluruh kasus TBC 28 orang. Puskesmas Cisalak, didapatkan perkiraan suspek sebesar 428 orang, seluruh penderita TBC Paru BTA (+) 38 orang, dengan proporsi penderita BTA (+) diantara seluruh penderita TBC paru 84%, CNR 95% dan jumlah seluruh kasus TBC 45 orang. Puskesmas Kasomalang, terdapat suspek sebesar 429 orang, seluruh penderita TBC Paru BTA (+) 14 orang, dengan proporsi penderita BTA (+) diantara seluruh penderita TBC paru 100%, CNR 35% dan jumlah seluruh kasus TBC 14 orang. Puskesmas Sagalaherang, terdapat suspek sebesar 327 orang, seluruh penderita TBC Paru BTA (+) 10 orang, dengan proporsi penderita BTA (+) diantara seluruh penderita TBC paru 83%, CNR 33% dan jumlah seluruh kasus TBC 12 orang. Puskesmas Serang panjang, didapatkan perkiraan suspek sebesar 276 orang, seluruh penderita TBC Paru BTA (+) 6 orang, dengan proporsi penderita BTA (+) diantara seluruh penderita TBC paru 100%, CNR 23% dan jumlah seluruh kasus TBC 6 orang<sup>5</sup>.

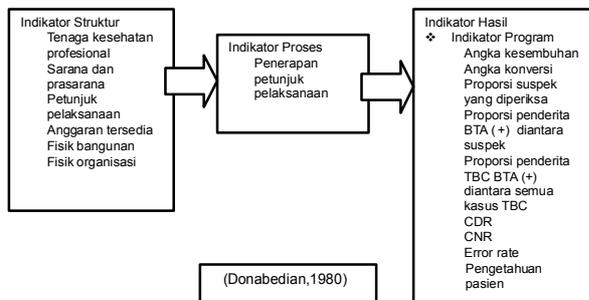
Sejak tahun 1995 program pemberantasan Tuberculosis Paru, telah dilaksanakan dengan strategi *Directly Observed Treatment, Shortcourse* (DOTS) yang direkomendasikan oleh WHO. Berkembang seiring dengan pembentukan GERDUNAS-TBC pada 24 Maret 1999, maka pemberantasan penyakit Tuberculosis Paru berubah menjadi Program Penanggulangan Tuberculosis (TBC)<sup>1</sup>.

*Directly Observed Treatment, Shortcourse* (DOTS) mengandung lima komponen, yaitu : 1) komitmen pemerintah untuk menjalankan program TB nasional, 2) penemuan kasus TB dengan pemeriksaan BTA mikroskopik, 3) pemberian obat jangka pendek yang diawasi secara langsung, dikenal dengan istilah DOT, 4) pengadaan Obat Anti TBC (OAT) secara berkesinambungan, 5) monitoring serta pencatatan dan pelaporan yang (baku/standar) baik. Istilah DOT diartikan sebagai pengawasan langsung menelan obat jangka pendek setiap hari oleh Pengawas Menelan Obat (PMO) yang dilakukan oleh petugas kesehatan, kader, tokoh masyarakat, suami, istri, keluarga dan orang serumah. Tujuan pelaksana-

naan DOTS adalah: 1) mencapai angka kesembuhan yang tinggi, 2) mencegah putus obat, 3) mengatasi efek samping obat, dan 4) mencegah resistensi<sup>6</sup>.

Enam komponen strategi dan implementasi Stop TB yaitu 1) mencapai, mengoptimalkan dan mempertahankan kualitas DOTS, 2) merespon masalah TB-HIV, MDR-TB, 3) berkontribusi dalam penguatan sistem kesehatan, 4) melibatkan semua pemberi pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta, 5) memberdayakan pasien dan masyarakat, DAN 6) melaksanakan dan mengembangkan riset<sup>7</sup>.

Penanggulangan dengan strategi DOTS dapat memberikan angka kesembuhan yang tinggi. Bank dunia menyatakan strategi DOTS merupakan strategi kesehatan yang paling *cost-effective*<sup>1</sup>. Kerangka teori dapat dilihat dalam Gambar 1.



Gambar 1. Kerangka Teori

Tujuan penelitian ini adalah untuk memonitor dan mengevaluasi pelaksanaan DOTS di puskesmas yang berada dalam lingkup pembinaan Dinas Kesehatan Kabupaten Subang.

Dan untuk mengetahui upaya-upaya yang telah dilakukan, kendala yang timbul dari upaya tersebut, manfaat, dan harapan terhadap 5 komitmen Strategi DOTS di Puskesmas yang berada dalam lingkup pembinaan Dinas Kesehatan Kabupaten Subang. Lokasi penelitian adalah di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Subang.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Metode penelitian menggunakan kualitatif dengan rancangan penelitian *Grounded research*. Metode penelitian kualitatif menggunakan teknik wawancara mendalam untuk mengetahui upaya yang telah dilakukan dalam pelaksanaan strategi DOTS di 40 Puskesmas yang berada dalam lingkup pembinaan Dinas Kesehatan Kabupaten Subang. Sampel yang ditentukan adalah 40 puskesmas yang berada dalam lingkup pembinaan Dinas Kesehatan Kabupaten Su-

bang. Teknik pengambilan sampel yaitu teknik *Cluster random sampling*, sebesar 25%, sehingga didapatkan 10 Puskesmas di Kabupaten Subang, yang dipilih secara acak, diantaranya yaitu Puskesmas Pagaden, Puskesmas Gunung Sembung, Puskesmas Kalijati, Puskesmas Binong, Puskesmas Purwadadi, Puskesmas Palasari, Puskesmas Cisolak, Puskesmas Kasomalang, Puskesmas Sagalahe-rang, Puskesmas Serangpanjang.

Instrumen pokok penelitian adalah peneliti sendiri, rekaman untuk menyimpan hasil wawancara mendalam, dan kamera untuk dokumentasi observasi partisipasi pojok DOTS.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

WHO telah memperkenalkan strategi *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS), yang dianut juga oleh program penanggulangan TBC di Indonesia. WHO menyatakan bahwa kunci keberhasilan program keberhasilan program penanggulangan Tuberculosis adalah dengan menerapkan strategi DOTS. Pemahaman tentang DOTS merupakan hal yang amat penting agar TBC dapat ditanggulangi dengan baik. Ada lima elemen dalam strategi DOTS yaitu: 1) komitmen pemerintah untuk menjalankan program TB nasional, 2) penemuan kasus TB dengan pemeriksaan BTA mikroskopik, 3) pemberian obat jangka pendek yang diawasi secara langsung, dikenal dengan istilah DOT, 4) pengadaan Obat Anti TBC (OAT) secara berkesinambungan, dan 5) monitoring serta pencatatan dan pelaporan yang (baku/standar). Ada sepuluh puskesmas telah melakukan upaya-upaya dalam menjalankan program DOTS. Komitmen pemerintah dimana melibatkan para pemegang kebijakan dan kerja sama lintas sektoral dilaksanakan seperti tercantum dalam pernyataan sebagai berikut :

".. targetnya 110 per 100.000 per kali jumlah penduduk. Targetnya ditentukan dari Dinas Kesehatan sudah ditentukan, dia juga mungkin dari WHO ya..dari Provinsi sudah ditentukan penghitungannya seperti itu" (Responden 6).

"..ya kita penyuluhan dengan pamflet-pamflet... kerjasama dengan camat dan kepala desa... jadi kalau ada masyarakatnya yang seperti itu kadang-kadang oleh kepala desa atau tokoh juga dia ikut menyarankan" (Responden 7).

"..setiap bulan kita ada pertemuan di Dinkes untuk membahas masalah DOTS ini..." (Responden 11).

"..biaya nya dari global fund, jadi mereka nya sendiri banyak dapet reward-reward,

sehingga karyawannya semua semangat” (Responden 14).

“..pangomongkeun kalo kita ada pemerik-  
saan dahak gratis, trus obat TB juga gratis”  
(Responden 19).

Komitmen pemerintah dimana melibatkan para pemegang kebijakan dan kerja sama lintas sektoral artinya bersifat menyeluruh, bukan hanya departemen kesehatan saja tetapi berbagai instansi pemerintah terkait, baik hubungannya dengan pendanaan, pelaksanaan di daerah serta hal terkait lainnya. Komitmen politik pemerintah untuk memberi prioritas dalam penanggulangan Tuberculosis merupakan kunci utama keberhasilan program ini<sup>8</sup>. Komitmen pemerintah yang melibatkan para pemegang kebijakan dan kerjasama lintas sektoral tersebut, diharapkan masyarakat dapat mendapatkan manfaat dari pelaksanaan strategi DOTS.

Pendekatan hasil (*outcome*) adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan terhadap pasien, artinya ada perubahan derajat kesehatan dan kepuasan baik positif maupun negative, sehingga baik tidaknya hasil dapat diukur dari derajat kesehatan pasien dan kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang telah diberikan<sup>9</sup>. Strategi DOTS pun terdapat *outcome* yang bertujuan untuk menurunkan angka kejadian TB serta menanggulangi penularannya. Pihak politisi baik dari bidang kesehatan dan non-kesehatan perlu mendukung program ini karena tidak mungkin hanya dilakukan oleh pihak puskesmas.

Manfaat peran serta pemegang kebijakan yang saat ini sudah dirasakan masyarakat, yang pertama untuk mengurangi angka kejadian dan penularan. Hal ini seperti ter kutip dalam pernyataan berikut ini:

“..kita dapet mencapai target ya, untuk pasiennya dapat memutuskan tali penularannya...” (Responden 3)

“..untuk menurunkan angka kejadian TB di Purwadadi...” (Responden 16)

Manfaat lain program pengobatan TBC bagi masyarakat adanya kebijakan pemerintah untuk meringankan beban biaya. Hal ini seperti ter kutip dalam pernyataan berikut ini: “Karena kalau memakai paket, gratis sama sekali. Jadi kita pengobatannya bisa lebih bagus, sampai tuntas karena pasiennya juga merasa punya tanggung jawab untuk pengobatan karena kan dia ga usah bayar” (Responden 2).

Struktur merupakan masukan yang meliputi sarana fisik perlengkapan/peralatan, organisasi, manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya dalam fasilitas kesehatan. Struktur yang baik sebagai input dapat diukur dari jumlah besarnya

mutu, mutu struktur, besarnya anggaran atau biaya, dan kewajaran. Penilaian juga dilakukan terhadap perlengkapan-perengkapan dan instrumen yang tersedia dan dipergunakan untuk pelayanan. Pada aspek fisik, penilaian juga mencakup pada karakteristik dari administrasi organisasi dan kualifikasi dari profesi kesehatan<sup>9</sup>.

Salah satu komponen struktur adalah organisasi dan manajemen dimana kebijakan politis dan adanya kerjasama lintas sektoral terutama dukungan dari pihak-pihak non-medis menentukan baik tidaknya struktur input. Upaya yang telah dilakukan dalam pelaksanaan strategi DOTS di puskesmas, terutama mengenai hal ini masih menemui beberapa kendala. Hal ini ter kutip dari pernyataan berikut: “Sebenarnya untuk kendala banyak yah.. Salah satunya penjaringan lintas program kurang berjalan lancar, sehingga target selalu kurang” (Responden 16).

Komitmen pemerintah pelaksanaan strategi DOTS di puskesmas masih kurang, yaitu kurangnya waktu, personil kesehatan untuk melaksanakan program TB juga menjadi salah satu kendala. Hal ini seperti ter kutip dalam pernyataan berikut:

“.. kalau misalkan tetep pemegang programnya dia...dengan kinerjanya seperti itu, mungkin program TB paru jadi tidak ada peningkatan..” (Responden 5).

“.. terus dokter puskesmas nya kan sering ganti, jadi yang kemaren udah pelatihan strategi DOTS, udah ganti lagi yang baru, kebetulan ini dokternya baru belum pernah (training) Strategi DOTS. Kadang-kadang yang di Puskesmas satelit kan bukan analis, ada yang dari perawat, ada yang dari umum” (Responden 9).

“.. pencarian suspect BTA (+) masih sulit terjaring karena kurangnya tenaga kesehatan...” (Responden 11).

Kendala lain ialah mengenai keterbatasan dana dan sarana prasarana yang tersedia untuk menjalankan program DOTS ini. Hal ini ter kutip dari pernyataan berikut :

“.. jarak rumahnya kan jauh ya, ongkosnya juga...Soalnya ini kita ruangnya juga ga ada, ruangnya semuanya gabung-gabung. Kita kekurangan ruangan sih...” (Responden 1)

“..kader juga sulit kalo dikumpulin, biasa terbentur sama dana sih...” (Responden13)

Pada aspek fisik, penilaian juga mencakup pada karakteristik dari administrasi organisasi dan kualifikasi dari profesi kesehatan. Kendala yang ada pada masyarakat seperti faktor ekonomi dan faktor pendidikan. Hal ini seperti ter kutip dalam pernyataan berikut:

“...biasa ada pasien yang dari swasta, terus ga punya uang, putus obat, baru berobat ke sini” (Responden 18).

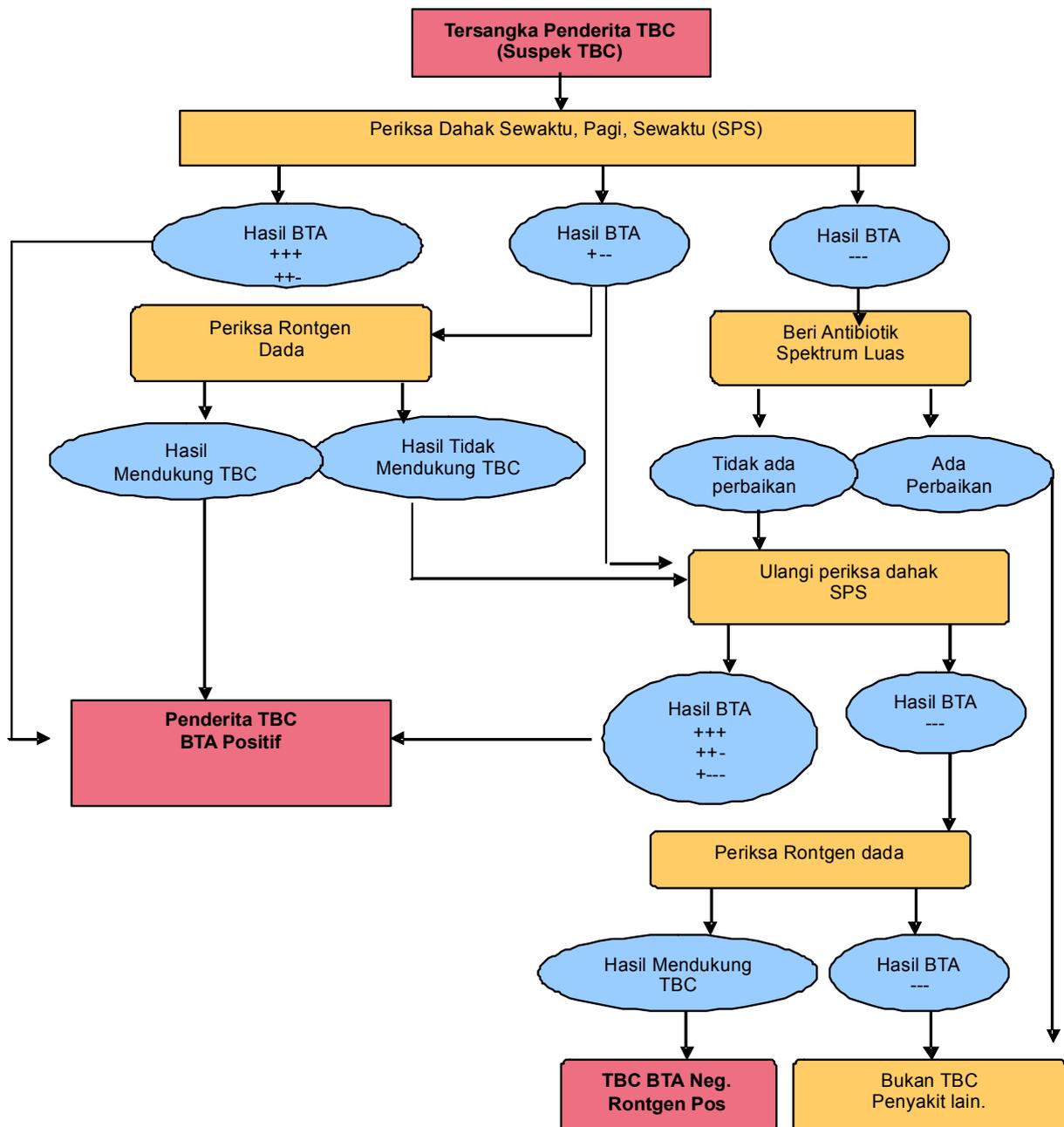
“... masyarakat di sini juga kan banyaknya yang miskin, pendidikan rendah, jadi mereka sulit mengerti...”(Responden 12)

“...penderita TB nya kan menengah ke bawah, jadi sulit” (Responden 14)

“.. walaupun sputum udah hasilnya positif, masyarakat belum tentu mau diberi pengobatan intensif...” (FGD I2)

Dalam menegakkan Diagnosis TB, diperlukan suatu alur diagnosis. Dimulai dengan penjarangan suspek, pemeriksaan dahak, penegakkan diagnosa, dan pengobatan<sup>1</sup>. Dapat dilihat dalam Gambar 2:

Alur Diagnosis Tuberculosis pada Orang Dewasa



Gambar 2. Alur Diagnosis Tuberculosis pada Orang Dewasa

Penegakkan diagnosis TB di puskesmas telah mengikuti alur diagnosis, dan dilakukan dengan mikroskop, seperti ter kutip dalam pernyataan berikut ini:

“ pertama kita nyari suspek ya, nyari penderita dengan keluhan batuk-batuk lebih dari 1 minggu, itu untuk penjarangan... periksa dahaknya 3 kali, sewaktu pagi sewaktu...BTA positif, setelah itu dikasih pengobatan yang 6 bulan. Itu sistem DOTS” (Responden 9).

“menegakkan diagnosis berdasarkan BTA (+) atau BTA (-). Kalo BTA (-) di observasi, kalo tetap (-) harus di rontgen” (Responden 11).

“lab bisa periksa di sini, karena kita kan PRM, puskesmas rujukan bukan puskesmas satelit (Responden 19).

Dari observasi pojok DOTS di salah satu puskesmas juga telah mengikuti alur diagnosis dan dilakukan dengan mikroskop, ter gambarkan pada Gambar 3:



Gambar 3. Pengambilan Dahak

Pemeriksaan mikroskopis dahak merupakan cara yang paling efektif dan dapat dilakukan dimana saja . Diusahakan tiga buah spesimen dahak untuk diperiksa dalam waktu dua hari berturut-turut yaitu sewaktu, pagi dan sewaktu (SPS). Pelaksanaan pengumpulan dahak SPS adalah: 1) S (sewaktu), yaitu dahak dikumpulkan saat suspek TBC datang berkunjung pertama kali. Saat pulang suspek membawa sebuah pot dahak untuk mengumpulkan dahak pada hari kedua, 2) P (pagi): dahak dikumpulkan di rumah pada hari kedua, segera setelah bangun tidur. Pot dibawa dan diserahkan sendiri kepada unit pelayanan kesehatan, dan 3) S (sewaktu): dahak dikumpulkan di unit pelayanan kesehatan pada hari kedua saat menyerahkan dahak pagi<sup>1</sup>.

Dengan mengikuti alur dignosis tersebut, Program DOTS memberi kemudahan dalam prosedur penemuan kasus TB yang sudah dirasakan oleh petugas kesehatan di Puskesmas. Hal ini seperti

terkutip dalam pernyataan berikut: “Jadi kita tahu prosedurnya ya, cara kalau pasien TB ini kita harus misalnya pemeriksaan BTA dulu, jadi ada prosedurnya aja (Responden 1).

Penemuan penderita TB, sesuai Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis, dilakukan secara pasif, artinya penjarangan dilakukan pada mereka yang berkunjung ke unit pelayanan kesehatan. Penemuan secara pasif, didukung dengan penyuluhan secara aktif baik oleh petugas kesehatan maupun masyarakat, untuk meningkatkan cakupan penemuan tersangka penderita. Cara ini biasa dikenal dengan sebutan *Passive Promotive Case Finding*<sup>1</sup>. *Passive Promotive Case Finding* ini telah diterapkan dalam penemuan penderita TB di Puskesmas, seperti ter kutip dalam pernyataan berikut: “Satu, penjarangan, satu di dalam gedung, kedua di luar gedung. Di dalam gedung, pasien yang datang ke puskesmas kita jaring dan kita pilah dan kita periksa BTA nya bila memang itu menunjang kepada suspek TB. Di luar gedung adalah kita dengan menggunakan Puskesmas Keliling” (Responden 6).

Dalam upaya peningkatan pelayanan, puskesmas tidak hanya pasif menunggu pasien datang berobat tetapi juga aktif dalam kegiatan penjarangan suspek TB, penjarangan kontak, penyuluhan, seperti ter kutip dalam pernyataan berikut ini:

“... yang kedua melakukan monitoring ke lapangan terhadap pasien yang dicurigai dahaknya (+), maksudnya dengan mengambil sampel dari keluarganya atau yang kontak langsung dengan penderita TB tersebut” (Responden 20).

“Dengan penyuluhan ke desa-desa, memberikan informasi kalo penyakit TB itu bisa disembuhkan, gejala TB itu batuk 2 minggu. Harus diperiksa dahaknya kalo batuknya sudah lebih dari 2 minggu. Lalu menginformasikan ke masyarakat tentang pengobatan TB itu mahal, tapi bisa didapatkan secara gratis di Puskesmas ...” (Responden 11)

Upaya penjarangan suspek maupun kontak yang bertujuan menemukan pasien BTA (+) masih menemui beberapa kendala, dalam proporsi penjarangan suspek penderita TBC dengan BTA (+) dengan target penjarangan yang masih kurang. Hal ini ter kutip dari pernyataan responden :

“...kalau di sini target setahun 24, tapi itu juga kita susah mencapainya. Untuk mencapai BTA (+) itu susah banget ya nyarinya” (Responden 1).

“..nanti kalau sudah ketemu (suspek TB) kadang-kadang disuruh ke Puskesmas juga ga dateng, tetapi sudah diperiksa dan harus ambil obat, ga dateng (pasiennya)...Kedua juga kesulitan kita dalam menemukan pasien baru (Responden 2).

“..kendalanya, Puskesmas Serangpanjang termasuk 5 terbawah dalam pencapaian target (Responden 5).

“..kalo pengobatan bagus sih sebenarnya..Cuma memang kita belum mencapai target untuk penjarangan BTA (+), terus suspect masih rendah. Itu aja sih kendalanya...” (Responden 11)

Hal lain yang menjadi kendala di puskesmas adalah karena tidak adanya petugas laboratorium untuk pemeriksaan dahak, sehingga pemeriksaan harus dilakukan di puskesmas rujukan. Banyak pasien yang tidak memeriksakan dahak, dengan alasan jauh dan ekonomi. Hal ini terkuip dari pernyataan responden :

“..untuk rontgen juga di Puskesmas Jalan Cagak, di sana semua..... dia kan jauh rumahnya, kita ga mungkin setiap hari memantaunya... laboratoriumnya aja, kita harus ke Jalan Cagak, nunggu kan pasiennya. Jadi kalau kita kirim hari Kamis ini, seminggu baru ada hasilnya...pasien udah ga sabar” (Responden 1).

“..di sini pencapaian BTA (+) rendah...pasien dari Cisalak, bahkan dari Tanjungsiang aja periksanya ke Jalan cagak karena pasiennya mikirnya di sana lebih lengkap, BTA juga di sana kan bisa ditunggu hasilnya” (Responden 9).

“..baiknya sebelum mereka minum obat, diperiksa liver fungsi test sama fungsi ginjal...kendala biaya...” (Responden 14).

Pengawasan minum obat, keteraturan berobat harus dicapai dengan strategi DOTS yang intinya adalah memastikan penderita minum obat seluruh dosis sesuai dengan ketentuan dan waktunya untuk setiap kategori pengobatan. Pengawas Minum Obat (PMO) sangat dibutuhkan, dapat dipercaya oleh penderita dan bertanggungjawab. Pengawas pengobatan biasanya petugas kesehatan, kader dasawisma, kader unsure LSM seperti PPTI, keluarga penderita, penderita yang telah sembuh, anggota organisasi masyarakat, tokoh masyarakat, dan lain-lain yang telah dilatih<sup>1</sup>. Upaya pengawasan menelan obat, puskesmas menetapkan kader-kader dan keluarga pasien sebagai PMO. Hal ini seperti terkuip dalam pernyataan berikut :

“..kalau kepatuhan sih, kan kita pantau terus ... Kulit bekas obatnya kita cek, dan cek berat badan lagi ya dan kita periksa semuanya, kalau misalnya ga naik (berat badannya) kita juga melakukan kunjungan ke rumahnya” (Responden 1).

“..untuk jadi PMO bisa keluarga terdekat dalam rumah. Satu misalkan keluarga...tokoh masyarakat atau dengan kader, atau ... petugas kesehatan” (Responden 6).

“..iya nu mantan pasien teh jadi role model” (FGD I 3).

Observasi Pojok DOTS pada salah satu puskesmas, keluarga pasien TB ditetapkan sebagai PMO. Hal ini tergambar lewat Gambar berikut:



Gambar 4. Penunjukkan PMO

Manfaat yang ingin dicapai dari upaya pengawasan minum obat yaitu agar dapat mengurangi kejadian putus obat dan memberikan kemudahan pengobatan. Hal ini seperti terkuip dalam pernyataan berikut ini:

“..sejauh ini pasien rata-rata patuh minum obat..simplen banget cara pengobatannya..” (Responden 17).

“..ga ada kasus DO tahun 2010 – 2011 ... minum obat FDC kan udah tergabung 4 obat dalam 1 bentuk tablet jadi pasien ga tralu banyak minum obat..” (Responden 19).

Pasien diawasi secara langsung ketika menelan obatnya minimal dua bulan pada fase intensif, obat yang diberikan harus sesuai standar dan diberikan secara gratis pada seluruh pasien TB yang menular dan yang kambuh. Biasanya setelah makan obat dua atau tiga bulan keluhan pasien telah hilang, merasa dirinya telah sehat kemudian menghentikan pengobatan. Sistem yang menjamin pasien akan menyelesaikan seluruh pengobatan sampai selesai. Pasien dalam minum obat dapat dilakukan oleh petugas kesehatan, pemuka masyarakat setempat, tetangga atau keluarga pasien<sup>8</sup>.

Peran dari Pengawas Minum Obat (PMO) sangatlah penting, tetapi kendala yang dihadapi adalah masih kurangnya peran dan tenaga PMO. Hal ini terkuip dalam pernyataan :

“..ya DOTS itu kan PMO nya kan keluarga sendiri, jadi pasiennya itu sering bandel, ga mau minum obat” (Responden 15).

“..kan kalau harus kader yang mengawasi minum obat tiap hari tidak mungkin mereka berkeliling terus...” (Responden 17).

“..tapi da kadang hese, kita kan juga ga bisa merhatiin tiap orang minum obat..” (FGD I4).

Petugas pengawas pengobatan harus dapat memberikan informasi yang tepat mengenai penyakit Tuberculosis apabila terjadi efek samping obat. Petugas pengawas juga harus dapat memberikan dorongan semangat kepada penderita dalam masa pengobatannya serta melakukan pelacakan bila penderita tidak datang mengambil obat sesuai dengan yang ditetapkan<sup>4</sup>. Kendala yang paling sering dialami sehingga kurangnya kepatuhan minum obat adalah efek samping obat yang dirasakan sangat mengganggu. Ini juga menjadi faktor utama pasien sering menghentikan pengobatannya sendiri. Hal ini ter kutip dari pernyataan :

“..mereka banyak yang mengeluh alergi obat, misalnya mual, alergi....ga mau melanjutkan pengobatan lagi...mereka juga mikirnya karena obatnya gratis makanya jadi banyak efek samping...kalo bukan Puskesmasnya yang “jempot bola” aja banyak pasien yang putus obat di tengah jalan..” (Responden 12).

“..banyak pasien TB yang bandel, ga mau ngikutin pengobatannya (kurang patuhnya pasien) (Responden 15).

... Cuma dulu teh takut pisan pertama-tama da kahampangan Ibu jadi merah, terus mual-mual juga... FGD I10 :

Pengadaan OAT dilaksanakan dalam bentuk blister dosis harian (Kombipak) dan disediakan satu paket untuk satu orang penderita. Penyediaan OAT dalam bentuk paket satu orang satu adalah untuk menjamin tidak terjadinya penderita putus berobat akibat tidak tersedianya obat. Kemasan dalam bentuk kombipak adalah untuk menjamin penderita menelan obat dengan tepat sesuai dengan jenis dan jumlahnya. Pendelegasian pengawasan pengobatan dibutuhkan untuk tidak terjadi kesalahan atau kurang menelan obat<sup>4</sup>. Upaya beberapa puskesmas dalam pengadaan obat paket dapat menjamin ketersediaan obat dari dinas kesehatan, seperti ter kutip dalam pernyataan berikut:

“ Obat ada, sudah dialokasikan ada yang dari program, ada juga yang kebetulan dia tidak termasuk dalam program, kita upayakan untuk pengadaan sendiri...” (Responden 4).

“Obatnya tersedia, ada. Dari Dinas Kesehatan, ada untuk semua kategori” (Responden 6).

Upaya beberapa puskesmas dalam pengadaan obat tersebut menghadapi kendala, yaitu keterlambatan pendistribusian obat, terutama untuk pasien kategori tiga dan kategori anak. Menurut panduan WHO, obat kategori tiga (2HRZ/2H3R3) adalah tahap intensif terdiri dari HRZ diberikan setiap hari selama dua bulan, diteruskan dengan tahap lanjutan terdiri dari HR selama empat bulan diberikan tiga kali seminggu, diberikan untuk penderita BTA (-) atau rontgen (+) dan penderita Tuberculosis ekstra paru ringan<sup>4</sup>. Hal ini dapat dilihat dalam kutipan pernyataan berikut:

“.. kadang obatnya kategori 3 dari Dinas kadang ada kadang engga” (Responden 1).

“..kadang-kadang juga kalau lagih kosong, kita nunggu beberpa hari, kadang-kadang satu minggu...” (Responden 2).

“..kendalanya itu untuk pendistribusian obat secara langsung dari Dinas Kesehatan yang turun ke Subang itu dari masa kadaluwarsanya...(obat) Anak suka agak terlambat... Suka sedikit dari sananya” (Responden 7).

Masalah utama dalam hal ketersediaan obat adalah perencanaan dan pemeliharaan stok obat pada berbagai tingkat daerah. Pencatatan dan pelaporan penggunaan obat yang baik sangat diperlukan, misalnya jumlah kasus pada setiap kategori pengobatan, kasus yang ditangani dalam waktu yang lalu untuk *forecasting* dan data akurat stok masing masing gudang yang ada<sup>8</sup>.

Setiap pasien TB yang diobati harus mempunyai satu kartu identitas penderita yang kemudian tercatat dicatatan TB yang ada di kabupaten. Pencatatan dilakukan dengan menggunakan sistem kohort, yang merupakan cara pengamatan sistematis untuk mengetahui perkembangan dan keberhasilan pengobatan. Secara sistematis mengevaluasi perkembangan pasien dan hasil pengobatan. Sistemnya terdiri dari daftar laboratorium yang berisi keterangan pasien yang telah diperiksa dahaknya, kartu pengobatan yang berisi keterangan tentang obat yang dimakan tiap hari dan *follow up* pemeriksaan dahak. Buku daftar TB yang berisi pasien-pasien dari awal pengobatan dan monitoring perkembangan pengobatan terakhir dengan pelaporan sampai tingkat nasional. Laporan ini menggambarkan usaha yang telah dilakukan untuk mengontrol TB<sup>8</sup>.

Dalam upaya mengontrol TB, maka diperlukan sistem pencatatan dan pelaporan yang baik. Hal ini ter kutip dari pernyataan :

"..buat suspek ada TB 06, ...pengantar ke laboratorium ada TB 05, buat kartu pasien TB 01, buat pelaporan ke Dinas TB 03,...Buat ke Dinas dilaporkan satu bulan satu kali, kalau dulu kan tiap 3 bulan sekali, sekarang satu bulan sekali tiap tanggal 28" (Responden 9).

".. TB 09 untuk pasien pindahan.misalnya kalo dari Puskesmas kita pindah ke Bandung, sekalian sisa obatnya dibawa..." (Responden 16)

"..ada 46 orang BTA (+), ada DO meninggal 2 orang, ada DO tidak berobat 2 orang, anak ada sekitar 9 orang. (Responden 20).

Setiap pasien TBC yang diobati harus mempunyai satu kartu identitas penderita yang kemudian tercatat dicatat TBC yang ada di kabupaten. Pasien pergi kemanapun harus menggunakan kartu yang sama sehingga dapat melanjutkan pengobatannya dan tidak sampai tercatat dua kali, karena banyak pasien pindah-pindah dan tidak memberikan informasi terlebih dahulu sehingga akan menimbulkan kesulitan dalam pelaporan. Hal ini terkuip dari pernyataan :

"..pasien yang DO... ga dateng...udah ga ada di rumah..." (Responden 14).

"..Kalau pasien pindahan dari praktek dokter swasta biasanya BTA (-) karena sudah di terapi Rifampisin..." (Responden 16).

"..pasien di sini suka pindah rumah ikut pekerjaan suaminya ga bilang-bilang..." (Responden 19)

Indonesia mempunyai angka indikator nasional yaitu: 1) angka penemuan penderita 70%, 2) angka konversi 80%, 3) angka kesembuhan 85%, 4) kesalahan *cross check* <5%, dan 5) Positive rate 10%. Struktur merupakan masukan yang meliputi sarana fisik perlengkapan/peralatan, organisasi, manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya dalam fasilitas kesehatan. Strategi DOTS pihak puskesmas pun harus berupaya dalam upaya peningkatan "input" berupa peningkatan SDM, penyediaan fasilitas laboratorium dan obat-obatan sehingga meningkatkan kualitas kinerja puskesmas dalam melayani dan memenuhi kebutuhan masyarakat akan kehidupan yang lebih sehat. Harapan untuk tersedianya sarana prasarana, tenaga kesehatan, dana, dan kerja sama lintas sektoral yang menunjang pelaksanaan program DOTS. Hal ini terkuip dari pernyataan :

"...sebenarnya kalau laboratoriumnya ada di sini kan bisa langsung segera ya, begitu di

cek langsung kelihatan hasilnya kan... mudah-mudahan ke depannya lebih baik lagi, ada khusus ruangan DOTS sendiri. Jadi kalau ada pasien TB dia langsung aja ke Poli TB nya itu.." (Responden 1).

".. tolong kalau bisa ya ditambah lagi lah, terutama menyangkut dana" (Responden 4).

"..saya inginnya ...diadakan Reshuffle..." (Responden 5).

"..strategi DOTS pun harus berjalan lintas sektoral sehingga bukan hanya menjadi tanggung jawab puskesmas semata" (Responden 13).

"..reagen-reagen untuk pemeriksaan BTA tetap tersedia.." (Responden 14).

"..kemarin kan angka TB sudah bagus jadi kader-kadernya juga suka dikasi sekedar tips lah... Terus pengennya kami sebagai petugas pelayanan TB diperhatikan juga, kan kami juga beresiko tertular dari pasien, tapi kalo kami menggunakan masker kan pasien TB itu sensitif, ngerasa ga enak jadi kitanya.." (Responden 19).

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Pada sepuluh Puskesmas (Puskesmas Pagaden, Puskesmas Gunung sembung, Puskesmas Kalijati, Puskesmas Binong, Puskesmas Purwadadi, Puskesmas Palasari, Puskesmas Cislak, Puskesmas Kasomalang, Puskesmas Sagalaherang, dan Puskesmas Serang panjang) dalam usaha menanggulangi Tuberculosis sudah melaksanakan program DOTS dan sudah melakukan upaya-upaya yang sesuai dengan lima elemen DOTS.

Upaya yang telah dilakukan dalam pelaksanaan strategi DOTS masih menemui beberapa kendala, seperti ketiadaan sarana dan prasarana laboratorium, kurangnya SDM, kurangnya kerja sama lintas sektoral, serta faktor ekonomi dan rendahnya pendidikan masyarakat, yang menyebabkan terjadinya kesenjangan proporsi suspek penderita TB dengan BTA positif dengan target penjangkaran, kurangnya kepatuhan minum obat, kendala lain seperti kurangnya peran dan tenaga PMO, adanya keterlambatan pendistribusian obat, sulitnya pencatatan dan pelaporan pasien pindah dan pasien pindahan. Kendala-kendala tersebut, pelaksanaan program DOTS di puskesmas belum maksimal dan karenanya dapat menyebabkan tingginya angka kejadian Tuberculosis.

Manfaat yang telah dirasakan masyarakat dalam pelaksanaan strategi DOTS diantaranya yaitu untuk mengurangi angka kejadian dan penularan, adanya keringanan biaya dari pemerintah, memberi

kemudahan dalam prosedur penemuan kasus TB, mengurangi kejadian putus obat dan memberikan kemudahan pengobatan, serta menjamin ketersediaan obat.

Harapan untuk pelaksanaan program DOTS ke depannya yaitu agar tercapainya indikator nasional, terputusnya rantai penularan dan menurunkan angka kesakitan yang ditunjang oleh sarana dan prasarana, tenaga kesehatan, dana, dan kerjasama lintas sektoral yang lebih baik. Adanya harapan agar pengetahuan masyarakat mengenai TBC ditingkatkan sehingga kesadaran dan kepatuhan minum obat lebih tinggi, serta adanya peran serta kader dan PMO yang lebih efektif, dan ketersediaan obat.

### Saran

Puskesmas di wilayah kerjanya dalam hal pendanaan untuk pelatihan petugas P2TB dan pembentukan kader TB di tiap-tiap puskesmas, penyediaan sarana dan prasarana laboratorium seperti mikroskop dan reagen pewarnaan serta petugas laboratorium di Puskesmas yang belum memiliki sarana dan prasarana tersebut. Peningkatan kerja sama lintas sektoral dengan menjalin komunikasi yang baik, dan dapat mengadakan pelatihan untuk staff puskesmas tentang TB agar dapat melayani pasien TB yang datang berobat. Peningkatkan pelaksanaan penyuluhan selain oleh penanggung jawab program, juga oleh kader; mengupayakan pemberdayaan kader-kader di setiap desa maupun kader dasawisma. Peningkatkan peran dan tenaga PMO secara berkesinambungan agar masyarakat lebih peduli dan mendukung program TB dari puskesmas, pasien-pasien pun lebih meningkatkan kesadaran dalam keteraturan minum obat dan kontrol sehingga cepat sembuh dan tidak menularkan ke orang lain.

### REFERENSI

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis. Cetakan ke-8, Depkes RI, Jakarta, 2002;1(56):105-111.
2. Misnadiarly. Mengenal, Mencegah, Menanggulangi TBC Paru, Ekstra Paru, Anak, dan pada Kehamilan, Pustaka Populer Obor, Jakarta, 2006.
3. World Health Organization, Global Tuberculosis Control: The Global Burden of TB in WHO Report 2010, Geneva, [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2010/en/index](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2010/en/index), (Diakses tanggal 14 Februari 2011).
4. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, <http://www.depkes.go.id>, (Diakses tanggal 22 Februari 2011).
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Subang, Cakupan dan Proporsi TB Kabupaten Subang Triwulan 2010, Dinkes Subang, Subang, 2010.
6. Tim Kelompok Kerja PPOK, Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan di Indonesia, Balai Penerbit FKUI, Jakarta, 2001.
7. Gerdunas TB (Gerakan Terpadu Penanggulangan TB Terpadu STOP TB Partnership Indonesia), Situasi Epidemiologi TB di Indonesia. <http://tbindonesia.or.id>, (Diakses tanggal 14 Februari 2011).
8. Aditama TY, Kamso S, Basri C, Surya A, Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis, Edisi 2, 2008;1-15.
9. Wijono D, Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Teori, Strategi dan Aplikasi, Cetakan Kedua, Airlangga University Press, Surabaya, 2000.