



Penatalaksanaan Program Pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant*

Wiwid Komalasari [✉], Fitri Indrawati ¹

¹Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, Indonesia

Info Artikel

Sejarah Artikel:

Diterima 20 9 Maret 2020
Disetujui 1 Desember
2020

Dipublikasikan 30
Desember 2020

Keywords:

*MDR TB, Multi Drug
Resistant Tuberculosis,
MDR TB control*

DOI:

<https://doi.org/10.15294/higeia.v4iSpecial%204/37527>

Abstrak

Multidrug Resistance Tuberculosis TB (atau TB MDR) adalah salah satu jenis resistensi bakteri TB terhadap minimal dua obat anti TB lini pertama, yaitu Isoniazid dan Rifampicin yang merupakan dua obat TB yang paling efektif. Pengobatan TB Resistan Obat ditetapkan menjadi bagian dari program Pengendalian TB nasional. Total kasus *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Kota Semarang dari tahun 2014 s.d tahun 2018 sebanyak 165 kasus. Dikaitkan dengan proporsi kejadian TB MDR pada kasus TB Baru dan TB Kambuh di tahun 2018 terdapat 71 kasus baru TB MDR. Angka kesembuhan kasus TB Kota Semarang dalam kurun waktu 5 (lima) tahun terakhir tidak pernah mencapai target nasional, yang tertinggi sebesar 65% CR di tahun 2017, yang terendah sebesar 64 % di tahun 2013. Rata-rata pencapaian CR pertahunnya baru sebesar 18,32% di bawah target CR nasional. Puskesmas Bandarharjo merupakan salah satu fasilitas kesehatan tingkat pertama yang telah melaksanakan program pengendalian TB MDR. Pasien yang terdata pada tahun 2019 sebanyak 10 kasus. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui penatalaksanaan program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang. Jenis dan rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Penelitian dilakukan pada bulan oktober sampai dengan novemver 2019. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penatalaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo sudah dilaksanakan dengan baik tetapi belum maksimal. Hal ini dilihat dari kurangnya tersedia sarana dan prasarana yang mendukung, serta tidak adanya penyuluhan yang diberikan kepada petugas TB dan PMO.

Abstract

Multidrug Resistance Tuberculosis TB (or MDR TB) is one type of TB bacterial resistance to at least two first-line anti-TB drugs, namely Isoniazid and Rifampicin which are the two most effective TB drugs. Drug-resistant TB treatment is determined to be part of the national TB Control program. Total cases of Multi Drug Resistant Tuberculosis (MDR TB) in Semarang City from 2014 to 2018 were 165 cases. Associated with the proportion of MDR TB cases in New TB and Kambuh TB cases in 2018 there were 71 new MDR TB cases. The cure rate of Semarang City TB cases in the past 5 (five) years has never reached the national target, the highest of 65% CR in 2017, the lowest of 64% in 2013. The average annual CR achievement is only 18, 32% below the national CR target. The Bandarharjo Health Center is one of the first-level health facilities that has implemented an MDR TB control program. There are 10 patients recorded in 2019. The purpose of this study was to determine the management of the Multi Drug Resistant Tuberculosis (MDR TB) control program at the Bandarharjo Health Center in Semarang City. The type and design of the study used in this study is qualitative descriptive. The study was conducted from October to November 2019. The results showed that the management of the MDR TB control program at the Bandarharjo Puskesmas was well implemented but not yet optimal. This can be seen from the lack of available supporting facilities and infrastructure, as well as the lack of counseling given to TB and PMO officers.

© 2020 Universitas Negeri Semarang

✉ Alamat korespondensi:

Gedung F5 Lantai 2 FIK Unnes
Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, 50229
E-mail: Wiwidkomalasari60@gmail.com

p ISSN 1475-362846
e ISSN 1475-222656

PENDAHULUAN

Resistensi kuman *Mycobacterium tuberculosis* terhadap Obat Anti Tuberculosis (OAT) merupakan salah satu masalah yang umum ditemui pada pengobatan TB. Resistensi kuman *M.tuberculosis* terhadap OAT adalah keadaan dimana kuman sudah tidak dapat lagi dibunuh dengan OAT. Salah satu bentuk resistensinya adalah *Multi Drug Resistant* (MDR). Saat ini TB MDR merupakan masalah terbesar yang dihadapi dunia terhadap pencegahan dan pemberantasan kasus TB MDR. Resistensi obat terjadi akibat penggunaan OAT yang tidak tepat dosis pada pasien yang masih sensitif terhadap rejimen OAT. Penatalaksanaan TB resistan OAT lebih rumit dan memerlukan perhatian yang lebih banyak daripada penatalaksanaan TB yang tidak resistan. Penerapan Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat menggunakan kerangka kerja yang sama dengan strategi DOTS.

Angka prevalensi TBC Indonesia pada tahun 2014 sebesar 297 per 100.000 penduduk (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Tantangan lainnya adalah meningkatnya kasus TB MDR (*Multidrug-Resistant*). TB MDR bisa terjadi bila pengobatan TB tidak dilakukan secara tuntas. Apabila kasus MDR tidak ditangani dengan tuntas dapat berkembang menjadi XDR (*Extensively drug-resistant*). Saat ini layanan RS Rujukan atau Sub Rujukan TB MDR terdapat di 68 RS yang tersebar di seluruh provinsi di Indonesia dengan 1.217 Puskesmas sebagai satelit layanan. Angka penemuan kasus TB RO semakin tahun semakin meningkat. Namun tidak diimbangi dengan angka pengobatan pasien TB RO. Pada tahun 2017, angka pengobatan pasien TB RO sebesar 59%. Angka keberhasilan pengobatan TB RO rata-rata 50%, sedangkan angka putus berobat/ *lost to follow up* (LFU) sebesar (~30%).

Untuk mencegah TB MDR pemerintah mendorong seluruh pemberi pelayanan TB pemerintah dan swasta memberikan pelayanan TB standar serta meningkatkan kewaspadaan dengan penemuan kasus TB secara dini dan

memastikan pelayanan TB berkualitas untuk mencegah kejadian TB resistan obat. Selain itu juga mengajak seluruh masyarakat dan keluarga untuk mendukung pasien dalam menjalani pengobatan TB sampai tuntas. Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat di Indonesia dilaksanakan sesuai tata laksana Pengendalian TB yang berlaku saat ini dengan mengutamakan berfungsinya jejaring diantara fasilitas pelayanan kesehatan. Titik berat manajemen program meliputi: perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta menjamin ketersediaan sumber daya (dana, tenaga, sarana dan prasarana). Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat dilaksanakan dengan menggunakan kerangka kerja strategi DOTS dimana setiap komponen yang ada di dalamnya lebih ditekankan kepada penatalaksanaan kasus TB Resistan Obat dengan pendekatan programatik yang disebut Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat (Kementerian Kesehatan RI, 2013)

Indonesia telah memulai program MTPTRO (Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat) sejak tahun 2009 dan di kembangkan secara bertahap ke seluruh wilayah Indonesia sehingga seluruh pasien TB MDR dapat mengakses penatalaksanaan TB MDR yang terstandar dan cepat. Sedangkan di Kota Semarang telah memulai program MTPTRO pada tahun 2013. Berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 13/MENKES/PER/II/2013 program MTPTRO merupakan bagian intergal dari Program Pengendalian TB Nasional.

Di Semarang, total kasus TB MDR dari tahun 2014 s.d tahun 2018 sebanyak 165 kasus. Dikaitkan dengan proporsi kejadian TB MDR pada kasus TB Baru dan TB Kambuh di tahun 2018 terdapat 71 kasus baru TB MDR. Kasus TB MDR di Semarang mengalami peningkatan drastis dari tahun-tahun sebelumnya. Angka kesembuhan Kota Semarang dalam kurun waktu 5 (lima) tahun terakhir tidak pernah mencapai target nasional, yang tertinggi sebesar 65% CR di tahun 2017, yang terendah sebesar 64 % di tahun 2013. Rata-rata pencapaian CR pertahunnya baru sebesar 18,32% di bawah

target CR nasional (Dinkes Kota Semarang, 2018).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Semarang kasus TB MDR per Puskesmas selama 3 tahun terakhir mengalami peningkatan yaitu pada tahun 2016 sebanyak 22 kasus, pada tahun 2017 menjadi 35 kasus dan pada tahun 2018 meningkat secara drastis menjadi 68 kasus. Hal ini dapat dilihat bahwa pelaksanaan program pengendalian TB MDR di Kota Semarang belum terlaksana secara maksimal dengan adanya kasus TB MDR yang selalu meningkat setiap tahunnya. Salah satu puskesmas yang telah melaksanakan program pengendalian TB MDR di Kota Semarang adalah Puskesmas Bandarharjo. Salah satu Puskesmas yang memiliki kasus dengan jumlah TB MDR tertinggi di Kota Semarang yaitu Puskesmas Bandarharjo dengan jumlah kasus sebanyak 11 kasus selama 3 tahun terakhir, pada tahun 2016 sebanyak 4 kasus, pada tahun 2017 sebanyak 2 kasus, dan pada tahun 2018 sebanyak 5 kasus.

Berdasarkan studi pendahuluan, di peroleh informasi bahwa terdapat beberapa permasalahan dalam pelaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo diantaranya yaitu koordinator program TB MDR yang merangkap tugas lain sehingga menambah beban pekerjaan dan pelaksanaan program pengendalian TB MDR kurang maksimal, masih rendahnya kinerja PMO dalam mengawasi pasien meminum obat sehingga pengawasannya kurang, serta adanya keterbatasan waktu dalam melaksanakan program pengendalian TB MDR karena banyaknya beban pekerjaan yang lain sehingga dalam pelaksanaan program TB MDR tidak berjalan maksimal, serta belum dilaksanakannya monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan program tersebut. Permasalahan tersebut dapat menghambat pelaksanaan program pengendalian TB MDR dalam mencapai tujuan yang diinginkan. Sehingga perlu adanya analisis untuk mengetahui apakah program tersebut berjalan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang telah ditetapkan.

Pada Rencana Aks Nasional: Programmatic

Management of Drug Resistance Tuberculosis, diketahui bahwa insidensi TB MDR yang tinggi sebagian besar disebabkan oleh rendahnya angka keberhasilan pengobatan TB terutama di fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit, klinik, dan praktisi swasta. Hal ini disebabkan oleh kepatuhan tenaga kesehatan rendah terhadap standar penatalaksanaan TB, pemberian konseling kepada pasien/keluarga, dukungan jejaring eksternal dalam *case holding*, dan pemberian rejimen tidak tepat oleh tenaga kesehatan, atau karena kegagalan pasien menyelesaikan seluruh tahapan pengobatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014)

Kesulitan MDR-TB/XDR-TB tidak dapat diatasi tanpa mencapai angka kesembuhan yang tinggi dengan DOTS berkualitas dan lebih tinggi, dan secara bersamaan menangani kemiskinan dan HI (Chang KC, 2012). Pengobatan TB MDR adalah upaya yang sulit dan berkepanjangan. Ini membutuhkan banyak obat, termasuk yang disuntikkan, untuk waktu yang lama. Banyak dari ini memiliki efek samping yang signifikan yang membuat kepatuhan pengobatan sulit. TB MDR terus menjadi masalah kesehatan masyarakat yang signifikan di banyak negara di dunia, termasuk India. Manajemen infeksi yang resisten ini membutuhkan fasilitas diagnostik yang baik. Selain itu, pasien sering tidak dapat mentoleransi rejimen pengobatan yang berkepanjangan dan menyakitkan (Paul, 2018). Menurut penelitian Syahrezki, secara garis besar faktor risiko terjadinya resistensi obat pada pasien TB MDR pada umumnya terdapat 4 faktor yaitu faktor pasien, faktor dokter, faktor obat, dan faktor pelayanan kesehatan. Faktor dokter meliputi seberapa baik dokter dalam memberikan edukasi meliputi penyakit TB itu sendiri, penobatan, maupun TB MDR atau kemungkinan terjadinya resistensi obat. Faktor pasien meliputi ada tidaknya pengawas minum OAT, dukungan keluarga, tingkat kemampuan ekonomi pasien, jarak rumah ketempat pelayanan kesehatan, tingkat pendidikan dan pengetahuan pasien terhadap TB itu sendiri. Faktor obat meliputi pengetahuan pasien

mengenai jenis, dosis, pemakaian, serta efek samping dari OAT. Faktor pelayan sistem kesehatan meliputi jarak dari rumah ke tempat pelayanan kesehatan, program kesehatan, dan ketersediaan obat (Syahrezki, 2015).

Menurut Penelitian Nugrahaeni & Malik, penatalaksanaan TB yang tidak adekuat sebagai penyebab terjadinya resistensi dapat ditinjau dari sisi pemberi jasa/petugas kesehatan, yaitu karena diagnosis tidak tepat, pengobatan tidak menggunakan paduan yang tepat, dosis, jenis, jumlah obat dan jangka waktu pengobatan tidak adekuat, dan penyuluhan kepada pasien yang tidak adekuat (Nugrahaeni & Malik, 2015). Penatalaksanaan penyakit TB dilihat dari sisi pasien, hal ini karena penderita TB tidak mematuhi anjuran dokter/petugas kesehatan, tidak teratur menelan OAT, menghentikan pengobatan secara sepihak sebelum waktunya, dan gangguan penyerapan obat. Penatalaksanaan TB dilihat dari sisi program penanggulangan TB, yaitu karena persediaan OAT yang kurang dan kualitas OAT yang disediakan rendah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor pengobatan sebelumnya bisa meningkatkan risiko resistensi sebesar 10 kali lipat atau lebih dibandingkan dengan yang tanpa riwayat pengobatan sebelumnya. Pada penelitian ini ditemukan bahwa sebesar 69,2% penderita MDR-TB yang tidak memiliki kontak erat tetapi mengalami resisten, hal ini dapat dipahami karena berdasarkan data WHO, penularan pada penderita baru yang berasal dari kontak erat dengan penderita MDR-TB hanya sebesar 1,9% sedangkan risiko tertinggi terjadinya MDR-TB terjadi pada kasus TB yang pernah diobati sebelumnya tetapi pengobatan yang didapatkan tidak adekuat yaitu sebesar 12%.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, dalam penelitian ini peneliti bertujuan untuk melakukan penelitian tentang Penatalaksanaan Program Pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) dengan studi kasus di Puskesmas. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian lainnya adalah tempat dan waktu penelitian yang berbeda dengan penelitian lainnya.

METODE

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Bandarharjo pada bulan Oktober sampai dengan November 2019. Jenis Penelitian yang digunakan ini merupakan penelitian kualitatif dengan rancangan deskriptif. Metode kualitatif digunakan dalam penelitian ini dikarenakan untuk mengetahui secara mendalam mengenai penatalaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo. Oleh karena itu, dalam penelitian ini peneliti bermaksud melakukan penelitian secara mendalam terkait penatalaksanaan TB MDR.

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini diperoleh dari data primer dan sekunder dengan teknik pengambilan data berupa wawancara, observasi, dan dokumentasi. Pengumpulan data primer dalam penelitian ini dilakukan melalui wawancara mendalam (*indepth interview*) dan observasi terkait dengan penatalaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo.

Dalam penelitian ini terdapat dua macam informan, yaitu informan utama dan informan triangulasi. Penetapan informan pada penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu peneliti menetapkan informan berdasarkan anggapan bahwa informan dapat memberikan informasi secara terperinci dan detail. Informan dalam penelitian ini berjumlah 8 orang dengan rincian 3 informan utama dan 5 informan triangulasi. Pengumpulan data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari catatan, buku, dokumen dan sumber lain yang dapat melengkapi data primer (telaah literature) dan data sekunder dari instansi terkait.

Instrument penelitian yang digunakan adalah peneliti itu sendiri. Peneliti merupakan perencana, pelaksana pengumpulan data, analisis, penafsir data dan pada akhirnya menjadi pelapor hasil penelitiannya. Dalam penelitian ini, teknik yang digunakan untuk membantu dalam pengumpulan adalah dengan menggunakan alat bantu pedoman wawancara dan alat bantu perekam.

Prosedur penelitian pada penelitian ini melalui 3 tahapan yaitu tahap pra penelitian,

penelitian, dan pasca penelitian. Tahapan pra penelitian yang dilakukan yaitu melakukan studi pustaka, menyusun rancangan awal penelitian, mengurus surat izin, melakukan studi pendahuluan, dan pemantapan desain penelitian, fokus penelitian dan pemilihan informan serta mempersiapkan instrument penelitian. Setelah semua sudah siap, peneliti melakukan pengambilan data dengan melakukan wawancara mendalam, observasi serta dokumentasi. Tahapan yang ditempuh peneliti yang terakhir yaitu melakukan pemeriksaan keabsahan data, menganalisis data, menyajikan data dan mengevaluasi berdasarkan pedoman yang ada, serta melakukan penarikan kesimpulan dan pemberian saran.

Pemeriksaan keabsahan data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan teknik triangulasi. Triangulasi untuk menguji kredibilitas data yang dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama namun dengan teknik yang berbeda dengan menggunakan wawancara, observasi lapangan dan studi dokumen. Triangulasi yang digunakan yaitu dengan sumber, yang artinya memabndingkan dan mengecek kembali derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda. Informan triangulasi terdiri dari koordinator pengawas minum obat. Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menganalisis semua bentuk komunikasi (data dari jawaban wawancara), data dari dokumen atau naskah, gambar, foto, dan jenis data lainnya yang bersifat informatif. Proses analisis data dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung dan setelah selesai pengumpulan data dalam periode tertentu. Bila jawaban informan yang diwawancarai setelah dianalisis terasa belum memuaskan, maka peneliti akan melanjutkan pertanyaan lagi sampai dirasa cukup.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang

diperoleh dari wawancara mendalam dan observasi lapangan, peneliti dapat memberikan gambaran mengenai penatalaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang. Gambaran penatalaksanaan program pengendalian TB MDR diperoleh berdasarkan analisis faktor yang mempengaruhi pelaksanaan yang terdiri dari *input* yang meliputi Sumber Daya Manusia (SDM), Metode, Dana, Material, serta proses yang terdiri dari komitmen politis, strategi penemuan kasus, pengelolaan pasien, jaminan ketersediaan OAT, Pencatatan dan Pelaporan. Serta *output* yang merupakan hasil dari capaian atau cakupan pelaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo.

Sumber daya Manusia (SDM) yang terlibat dalam pelaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo sudah sesuai dengan Pedoman Nasional Penanggulangan TB tahun 2016. Di Puskesmas Bandarharjo telah memiliki tenaga terlatih yang terdiri atas dokter, perawat/petugas TB, tenaga laboratorium. Semua petugas memiliki tugas dan fungsinya masing-masing sesuai perannya. Semua sumber daya tersebut telah mendapatkan pelatihan terkait Tuberkulosis akan tetapi untuk pelatihan khusus TB MDR belum pernah dilakukan. Berdasarkan penelitian tugas yang dilakukan petugas TB dalam melaksanakan program penanggulangan TB MDR hanya pemberian pengobatan kepada pasien TB MDR, sedangkan dokter yang bertugas adalah dokter umum yang melayani pemeriksaan kepada pasien di poli umum Puskesmas Bandarharjo.

Hasil penelitian tersebut sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tubekulosis yang menyatakan bahwa sumber daya manusia untuk puskesmas sebagai pelaksana mandiri kebutuhan minimal tenaga terlatih terdiri dari 1 dokter, 1 perawat atau petugas TB dan 1 tenaga laboratorium. Hal ini dapat disimpulkan bahwa jumlah sumber daya manusia dalam pelaksanaan program pengendalian TB MDR di Puskesmas

Bandarharjo sudah mencukupi sesuai dengan kebutuhan standar tenaga puskesmas (Anggraeni, 2017). Sumber daya manusia merupakan salah satu kunci pokok dalam menentukan keberhasilan pelaksanaan kegiatan organisasi dan merupakan salah satu komponen penting dalam manajemen program (Findarti, 2016)

Metode merupakan peraturan standar pelayanan dan kebijakan yang ada di suatu organisasi (Azwar, 2010). Dalam hal ini metode yang digunakan dalam proses manajemen adalah berupa kebijakan dan prosedur kerja atau *Standar Operasional Prosedur* (SOP). Salah satu dari aspek struktur yang penting dari setiap organisasi adalah adanya prosedur operasi yang standar (SOP atau *Standard Operating Procedures*). SOP menjadi pedoman bagi setiap implementor dalam bertindak (Anengsih, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian bahwa pelaksanaan program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo mengacu pada pedoman berupa kebijakan atau peraturan terkait pengendalian TB MDR yang mengacu pada Permenkes No.67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberculosis dan Permenkes No. 13 Tahun 2013 Tentang Pedoman Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberculosis Resistan Obat. Pedoman berupa kebijakan atau peraturan terkait pengendalian dan penanggulangan TB dan TB MDR dan SOP yang digunakan berupa SOP pengobatan pasien TB MDR. Meskipun mengacu pada pedoman nasional dan prosedur tetap, metode penyelenggaraan pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo belum sesuai dengan Pedoman Nasional Penanggulangan TB, hal ini dikarenakan puskesmas tidak memiliki buku pedoman dan buku juklak/juknis TB MDR.

Dana dalam pelaksanaan program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo bersumber dari dana BOK, dan dana APBD. Dana tersebut bersumber dari pusat diberikan kepada puskesmas yang kemudian dikelola sendiri oleh setiap puskesmas. Alokasi dana program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug*

Resistant (TB MDR). Berdasarkan Permenkes Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberculosis yang menyatakan bahwa belum optimalnya pelaksanaan program TB selama ini diakibatkan karena salah satunya adalah masih kurangnya pendanaan untuk kegiatan operasional sehingga ada beberapa kegiatan yang harus tertunda. Menurut Azwar (2010), dana atau anggaran dapat dikatakan cukup apabila anggaran yang digunakan dapat mencapai sasaran sesuai perencanaan dan bermanfaat pada program tersebut. Kecukupan dana akan mempengaruhi kinerja petugas dalam menjalankan tugasnya. Penemuan TB rendah dapat disebabkan oleh pengalokasian dana yang belum optimal. Dalam era desentralisasi, pembiayaan program kesehatan termasuk pengendalian TB MDR sangat bergantung pada alokasi dari pemerintah pusat dan daerah.

Sarana dan prasarana merupakan bahan dan alat kesehatan untuk menunjang kegiatan program pengendalian TB MDR. Dalam program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) sarana merupakan segala sesuatu yang digunakan sebagai alat untuk mencapai tujuan tertentu, sedangkan prasarana merupakan segala sesuatu yang digunakan sebagai penunjang dalam melaksanakan suatu kegiatan, karena dalam program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) tidak lepas dari tersedianya sarana dan prasarana untuk mendukung keberhasilan program tersebut (Tambunan, 2017). Sarana dan prasarana program pengendalian TB MDR adalah ketersediaan OAT lini kedua, semua jenis bahan dan alat kesehatan selain OAT yang digunakan untuk mendukung tatalaksana pasien TB MDR.

Sarana dan prasarana dalam pencapaian program pengendalian *Tuberculosis Multi Drug Resistant* (TB MDR) di Puskesmas Bandarharjo logistik OAT yang berupa sediaan OAT lini kedua dan logistic non OAT meliputi masker, *tissue*, *handscoon* (sarung tangan), sabun cuci tangan baik sabun cair maupun alkohol *hand rub* dan wastafel atau tempat mencuci tangan dan lain-lain. Berdasarkan hasil penelitian ketersediaan sarana dan prasarana

dasar di Puskesmas Bandarharjo seperti masker, *tissue*, *handscoon* (sarung tangan) selalu terpenuhi karena adanya bantuan dari Dinas Kesehatan Kota yang mendukung ketersediaannya. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ketersediaan sarana dan prasarana yang digunakan dalam kegiatan pencapaian program pengendalian TB MDR di Puskesmas Bandarharjo belum sesuai dengan ketentuan Kementerian Kesehatan RI. Sarana dan prasarana merupakan alat penunjang keberhasilan suatu proses upaya yang dilakukan di dalam pelayanan public, karena apabila kedua hal ini tidak tersedia maka semua kegiatan yang dilakukan tidak akan dapat mencapai hasil yang diharapkan sesuai rencana. Ketersediaan sarana dan prasarana yang cukup akan menunjang proses pelaksanaan program agar dapat terlaksana secara efektif dan efisien. Sehingga apabila suatu program tidak mempunyai sarana dan prasarana yang tidak memadai suatu program akan menjadi terhambat (Aryani & Maryati, 2018).

Komitmen politis yang berkesinambungan sangat penting untuk menerapkan dan mempertahankan komponen DOTS lainnya. Komitmen pemerintah dimana melibatkan para pemegang kebijakan dan kerjasama 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 (Faradis, 2018).

Berdasarkan hasil penelitian tentang pelaksanaan komponen komitmen politis di Puskesmas Bandarharjo berjalan dengan baik. Pemerintah telah membuat keputusan untuk menjadikan program TB MDR yang terlihat dari adanya Permenkes No 13 Tahun 2013 tentang "Pedoman Manajemen Terpadu pengendalian Tuberkulosis Resisten Obat". Program penanggulangan TB MDR mulai dilaksanakan di Puskesmas Bandarharjo pada tahun 2016 setelah adanya pasien TB MDR. Puskesmas Bandarharjo melakukan penjangkaran suspek TB yang diduga TB MDR dan merujuk ke RS Karyadi, Tugurejo, dan Wongsonegoro.

Kemudian akan menangani pasien yang dinyatakan TB MDR selama 2 tahun dengan 6 bulan suntik. Komitmen politis pemerintah dalam mendukung pengawasan tuberkulosis adalah penting terhadap keempat unsur lainnya untuk dijalankan dengan baik. Komitmen ini seyogyanya dimulai dengan keputusan pemerintah untuk menjadikan tuberkulosis sebagai prioritas penting/utama dalam program kesehatan. Untuk mendapatkan dampak yang memadai maka harus dibuat program nasional yang menyeluruh yang diikuti dengan pembuatan buku petunjuk (*guideline*) yang menjelaskan bagaimana program pengendalian TB MDR dapat diimplementasikan dalam program/sistem kesehatan umum yang ada. Begitu dasar-dasar ini telah diletakan maka diperlukan dukungan pendanaan serta tenaga pelaksana yang terlatih untuk dapat mewujudkan program menjadi kegiatan nyata di masyarakat.

Kegiatan yang mendukung komitmen politis seperti pengembangan sumber daya manusia telah dilakukan dengan pelatihan akan khusus untuk pelatihan TB MDR belum pernah didapatkan. Hal ini tidak menjadi penghalang untuk menangani pasien TB MDR karena canggihnya teknologi saat ini yaitu dengan mencari di internet yang berhubungan dengan penanganan TB MDR. Petugas Puskesmas Bandarharjo hanya ikut berpartisipasi dalam sosialisasi tentang penjangkaran, penemuan kasus serta pengobatan TB MDR. Kegiatan kerja sama yang dilakukan puskesmas Bandarharjo berupa kerja sama lintas program dan lintas sektor. Hasil Penelitian didapatkan bahwa kerja sama lintas program di Puskesmas Bandarharjo dilakukan dengan baik karena petugas kesehatan saling berkoordinasi satu sama lain dalam memberikan obat dan memberikan suntik kepada pasien. Selain itu adanya dukungan dana dalam pelaksanaan TB MDR yang bersumber dari dana APBD merupakan suatu dukungan dari pemerintah sebagai wujud nyata komitmen politis yang berkesinambungan dalam menjalankan program penanggulangan TB MDR. Dana yang diperoleh Puskesmas Bandarharjo digunakan untuk biaya

penyuluhan, dan pengobatan, namun tidak ada di khususkan untuk penjangingan kasus dengan mengunjungi masyarakat secara langsung.

Strategi penemuan kasus merupakan komponen yang terdiri dari ketepatan dalam mendiagnosis dengan akurat dan ketepatan waktu. Diagnosis yang akurat dan tepat waktu adalah landasan utama dalam Program Pengendalian TB Nasional, termasuk mempertimbangkan perkembangan teknologi yang sudah ada maupun baru.

Penemuan kasus yang dilakukan di Puskesmas Bandarharjo dengan cara mencari suspek. Untuk pencarian suspek biasanya dilakukan dengan investigasi kasus dengan memilih wilayah dengan resiko yang tinggi dan wilayah dengan kasus TB yang tinggi hal ini dikarenakan kasus TB MDR sebagian besar berasal dari kasus lanjutan dari pasien TB yang tidak selesai. Selain itu penjangingan pasien TB MDR dilakukan pada pasien yang datang ke puskesmas dengan tanda dan gejala TB yang diduga tergolong pada kategori penderita TB MDR. Penjangingan dilakukan dengan pemeriksaan 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari berturut-turut, yaitu sewaktu-pagi-sewaktu dan dengan melihat riwayat pengobatan TB terdahulu. penegakan diagnosis TB MDR dengan menggunakan uji kepekaan obat dengan standar yang telah di tetapkan (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan bahwa untuk penegakan diagnosis TB MDR tidak dapat dilakukan di puskesmas dikarenakan tidak adanya ketersediaan dukungan alat yang digunakan untuk diagnosa dan pemeriksaan kultur dan uji kepekaan OAT di puskesmas. Maka dalam hal penegakan diagnosis TB MDR puskesmas melakukan rujukan ke RS Karyadi. Rujukan dapat berupa slide dahak penderita terduga TB MDR ataupun penderita tersebut, namun selama ini yang dilakukan hanya rujukan slide dahak penderita saja. Setelah pemeriksaan dan diketahui hasilnya positif maka hasil pemeriksaan di kirimkan kembali ke puskesmas agar diberi pengobatan. Maka Puskesmas Bandarharjo hanya dapat merujuk pasien ke RS Karyadi dan setelah hasilnya

positif akan dikembalikan ke puskesmas untuk melanjutkan pengobatan. Karena kurangnya dukungan alat puskesmas tidak dapat mendiagnosis pasien TB MDR. Strategi penemuan kasus yang dilakukan di Puskesmas Bandarharjo telah berjalan dengan baik mulai dari penjangingan sampai pengobatan kepada pasien sesuai dengan arahan dari pihak RS rujukan TB MDR. Penegakan diagnosis dilakukan secara tepat di RS rujukan TB MDR dengan alat yang telah tersertifikasi untuk memeriksa kultur dahak pasien terduga TB MDR.

Pengelolaan Pasien TB Resistant Obat, dalam mengobati pasien TB Resistan Obat diperlukan paduan OAT lini kedua dan lini satu yang masih sensitif dan berkualitas dengan panduan pengobatan yang tepat. OAT lini kedua lebih rumit dalam pengelolaannya antara lain penentuan paduan obat, dosis, cara pemberian, lama pemberian, perhitungan kebutuhan, penyimpanan dan sebagainya. Pengobatan didukung oleh pelayanan TB MDR dengan keberpihakan kepada pasien, serta adanya prosedur tetap untuk mengawasi dan mengatasi kejadian efek samping obat (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Bandarharjo diketahui bahwa terdapat 2 pasien TB MDR yang sedang dalam pengobatan dan masing-masing memiliki PMO. PMO dari 2 pasien TB MDR yang diteliti merupakan keluarga dekat pasien. PMO tidak pernah ikut penyuluhan dalam penanganan TB MDR. Sehingga dalam pelaksanaannya PMO hanya menjalankan tugas mengambil obat dan memberikannya kepada pasien seperti anjuran petugas kesehatan. PMO tidak mendapatkan sosialisasi dalam upaya penemuan kasus baru mengenai gejala-gejala TB, mereka hanya mendapatkan informasi mengenai tugas yang harus mereka lakukan, sehingga mereka tidak mengetahui apabila ada masyarakat atau keluarga sekitarnya terkena TB sehingga mengakibatkan tidak tercapainya angka penemuan kasus. Selain itu berdasarkan pengamatan yang peneliti lakukan didapatkan bahwa PMO kurang mengawasi pasien dalam

minum obat karena PMO sibuk bekerja. Sementara hasil penelitian menyatakan peran PMO keluarga akan berjalan dengan baik apabila ditunjang dengan kunjungan rumah dan supervisi intensif dari tenaga kesehatan, serta mendapat cukup pelatihan dan penyuluhan dari petugas kesehatan. Dalam pengelolaan pasien di Puskesmas Bandarharjo dilakukan pengobatan efek samping dan pemberian obat kepada pasien. Hal itu berjalan lancar pada awal masa 6 bulan suntik karena pasien rajin datang ke Puskesmas. Selain itu dalam pengelolaan pasien PMO kurang memahami tugasnya karena tidak mendapatkan penyuluhan dan hanya mengetahui untuk mengingatkan pasien untuk minum obat.

Jaminan Ketersediaan OAT Lini Kedua, dalam pengelolaannya OAT lini kedua lebih rumit daripada OAT lini pertama. Hal ini disebabkan oleh beberapa hal, antara lain: waktu kadaluarsa yang lebih singkat, cara penghitungan kebutuhan pemakaian yang berdasar kebutuhan per individual pasien, jangka waktu pemberian yang berbeda sesuai respons pengobatan, beberapa obat memerlukan cara penyimpanan khusus yang tidak memungkinkan untuk dikemas dalam sistem paket (Kementerian Kesehatan RI, 2013)

Sesuai dengan program penanggulangan TB MDR maka pemerintah menyediakan OAT lini kedua di puskesmas-puskesmas dalam bentuk paket (Kombipak) dengan kemasan yang baik dan tidak mudah rusak. Paket kombipak ini harus di minum oleh penderita sesuai dengan waktu yang telah di perhitungkan. Obat-obatan dikirim dari RS Karyadi ke setiap puskesmas yang menangani pasien TB MDR. Dalam pengadaan OAT TB MDR RS Karyadi berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kota Semarang, sementara pihak dinas berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan RI dalam pendanaan yang dibutuhkan untuk penanggulangan program TB MDR. Pendistribusian OAT ini berdasarkan jumlah pasien yang menjalankan pengobatan. Puskesmas Bandarharjo memiliki sebanyak 10 orang pasien dimana pasien telah selesai mendapatkan obat injeksi. Mulai awal

pengobatan setiap pasien minum obat setiap hari, sehingga dalam sebulan dibutuhkan sebanyak 24 paket per bulan untuk 1 pasien. Berdasarkan pendistribusian obat dari RS Karyadi ke Puskesmas Bandarharjo dilaksanakan sesuai dengan jumlah pasien dan jumlah obat yang diberikan puskesmas kepada pasien dalam pengobatan. Obat-obatan yang diterima puskesmas selalu lengkap dan dalam keadaan bagus sehingga terjamin mutunya terlihat dari waktu kadaluarsa yang bagus, jumlah sesuai dengan kebutuhan pasien. Petugas juga memperhatikan cara perhitungan dalam pembagian obat kepada pasien dengan secukupnya.

Sistem pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan TB MDR menunjukkan hasil yang optimal. Pencatatan yang dilakukan oleh petugas berguna agar pengobatan lengkap, tidak tertinggal, dan untuk mengevaluasi kondisi penderita dan kemajuan pengobatannya. Dengan adanya laporan dari puskesmas maka Dinas kesehatan akan memberikan umpan balik. Prosedur penegakan diagnosis TB MDR memerlukan waktu yang bervariasi, masa pengobatan yang panjang dan tidak sama lamanya, banyaknya jumlah OAT yang ditelan, efek samping yang mungkin ditimbulkan merupakan hal-hal yang menyebabkan perbedaan antara pencatatan dan pelaporan formulir yang ada selama ini.

Hasil pencatatan dan pelaporan diperlukan untuk analisis kohort, menghitung indikator antara pemeriksaan biakan dan uji kepekaan OAT dan laporan hasil pengobatan. Selain itu pengawasan rutin harus dilakukan untuk memverifikasi kualitas informasi dan untuk mengatasi masalah kinerja petugas. Monitoring atau pengawasan akan membantu untuk menjamin agar program yang dilakukan dapat berjalan seperti yang diharapkan dan membantu tenaga serta pengawas untuk mempertahankan jumlah dan mutu pekerjaan yang diharapkan. Pengawasan yang baik adalah pengawasan yang tepat waktu, sederhana, minimal, dan luwes. Pemantauan dan evaluasi harus dilakukan untuk meninjau langsung

pencatatan dan pelaporan yang dilakukan oleh puskesmas.

Mengevaluasi efektifitas suatu program adalah menentukan nilai dari hasil yang dicapai oleh tim kesehatan. Evaluasi diadakan untuk mengetahui sejauh mana program yang dilaksanakan dapat memenuhi kebutuhan masyarakat dan tenaga kesehatan. Informasi yang didapat untuk memperbaiki kuantitas, kualitas, aksesibilitas, efisiensi dari pelayanan kesehatan.

Dalam keberhasilan Penatalaksanaan Program Pengendalian Tuberkulosis Multi Drug Resistant (TB MDR), dari kelima komponen Strategi DOTS plus sebagai upaya pengendalian TB MDR yaitu, Komitmen politis, Strategi penemuan kasus, Pengelolaan Pasien, Jaminan ketersediaan OAT lini kedua dan Sistem pencatatan dan pelaporan, berjalan dengan baik meskipun dalam pelaksanaannya ada beberapa kekurangan. Sedangkan komponen pengelolaan pasien dalam pelaksanaannya masih kurang optimal.

Pelaksanaan komitmen politis yang berkesinambungan dengan adanya pengembangan sumber daya manusia, kerja sama lintas program dan sektor, serta didukung dengan pendanaan untuk menanggulangi TB MDR akan dapat memberikan dampak yang baik terhadap keberhasilan pelaksanaan strategi DOTS plus sebagai upaya penanggulangan TB MDR. Semakin baik pelaksanaan komitmen politis maka akan semakin tinggi harapan untuk keberhasilan pengobatan pasien TB MDR. Pelaksanaan strategi penemuan kasus juga dapat memberikan dampak untuk keberhasilan penanggulangan TB MDR. Dengan dilakukannya strategi penemuan kasus yang tepat dan akurat maka akan mengurangi angka kesakitan dan kematian yang di akibatkan oleh penyakit menular yaitu TB MDR ini. Pelaksanaan penemuan kasus dilakukan dengan baik dan dengan diagnosa yang tepat melalui RS Karyadi dengan menggunakan alat yang telah terdifikasi yang tidak ada di puskesmas. Penemuan kasus yang cepat dan tepat akan mencegah terjadinya TB MDR bagi orang disekitar penderita.

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian tentang analisis penatalaksanaan program TB MDR di Puskesmas Bandarharjo bahwa penatalaksanaan program sudah dilaksanakan dengan baik tetapi belum maksimal. Hal ini dilihat dari kurangnya tersedia sarana dan prasarana yang mendukung, serta tidak adanya penyuluhan yang diberikan kepada petugas TB, pasien, dan PMO.

Kelemahan dari penelitian ini adalah kurangnya penggunaan indikator-indikator dalam pelaksanaan program TB MDR. Saran untuk peneliti selanjutnya yaitu dapat melakukan penelitian dengan metode kuantitatif untuk mengetahui secara menyeluruh tentang komitmen petugas pelaksana program TB MDR.

DAFTAR PUSTAKA

- Anengsih, C. P. (2017). *Implementasi Penanggulangan TB Paru Dengan Strategi DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse) di Wilayah Kerja Batupanga Kabupaten Polewali Mandar*. Skripsi. Makasar: UIN Alaudin Makasar.
- Anggraeni, D. E. (2017). *Hubungan antara Karakteristik Rumah dan Karakteristik Kontak dengan Gejala Klinis Tuberkulosis pada Keluarga Penderita Tuberkulosis BTA Positif*. Skripsi. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Aryani, E., & Maryati, H. (2018). Analisis Pelaksanaan Penanggulangan TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Cikupa Tahun 2017. *HEARTY Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(0), 1–10.
- Azwar, A. (2010). *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Chang KC. (2012). Management of difficult multidrug-resistant tuberculosis and extensively drug-resistant tuberculosis:update 2012. *Respirology*, 1(18), 194–204.
- Dinkes Kota Semarang. (2018). *Profil kesehatan kota semarang 2018*. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- Faradis, N. A. (2018). Implementasi Kebijakan Permenkes Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. *HIGEIA*, 2(1), 307–319.
- Findarti, F. (2016). Pengaruh Sumber Daya Manusia terhadap Kinerja Pegawai pada Kantor Badan

- Kepegawaian Daerah Provinsi Kalimantan Timur. *Journal Ilmu Administrasi Bisnis*, 4(4), 937946.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Rencana Aksi Nasional Programmatic Management of Drug resistance Tuberculosis Pengendalian Tuberculosis Indonesia : 2011-2014*. Jakarta: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Pedoman Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberculosis Resistan Obat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Nugrahaeni, D. K., & Malik, U. S. (2015). Analisis Penyebab Resistensi Obat Anti Tuberkulosis. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 11(1), 8–15.
- Paul, R. (2018). The Threat of Multidrug-resistant Tuberculosis. *Journal Of Global Infectious Diseases*, 3(10), 199–120.
- Syahrezki, M. (2015). Faktor Risiko Tuberculosis Multidrug Resistant (TB-MDR). *J Agromed Unila*, 2(4), 413–418.
- Tambunan, E. M. (2017). *Analisis Penatalaksanaan Program Penanggulangan TB Paru dengan Strategi DOTS di Puskesmas Belawan Kecamatan Medan Belawan Tahun 2017*. Skripsi. Medan: Universitas Sumatera.