

PEMBERDAYAAN SURVIVOR TB DALAM PROGRAM DOTS

Sulidah¹, Dewy Haryanti Parman²

^{1, 2} Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan

E-mail: sulidah06@gmail.com

ABSTRACT

Tuberkulosis masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di dunia termasuk Indonesia. Kemajuan penanggulangan TB melalui penerapan strategi DOTS belum mampu mengeradikasi kasus TB. Pemilihan PMO yang berasal dari anggota keluarga penderita terbukti kurang efektif meskipun sudah berdampak positif. Diperlukan terobosan dan inovasi baru untuk meningkatkan capaian target program. Kajian ini bertujuan untuk membuktikan efektifitas pemberdayaan survivor TB dalam program DOTS. Pemberdayaan survivor TB dilakukan setelah diberikan pelatihan sebagai kader PMO. Jenis kajian ini adalah deskriptif korelatif dengan pendekatan cross-sectional. Populasi kajian ini adalah seluruh mantan penderita tuberkulosis yang telah sembuh dalam wilayah kerja Puskesmas Karang Rejo dan Puskesmas Sebengkok Kota Tarakan. Subyek kajian ini berjumlah 25 orang yang diambil dengan teknik purposive sampling dengan kriteria inklusi bersedia menjadi kader PMO dan pernah tercatat sebagai pasien yang menjalani pengobatan TB hingga sembuh. Pengumpulan data dilakukan menggunakan lembar observasi pencapaian target program TB berupa cakupan penemuan kasus baru, angka konversi, angka kesembuhan, angka drop out, dan angka TB-RO. Observasi dilakukan setelah survivor TB menjalankan tugas sebagai Kader PMO dibandingkan dengan data trimester sebelumnya untuk selanjutnya dianalisis menggunakan uji Wilcoxon. Temuan kajian teridentifikasi pemberdayaan survivor TB mampu meningkatkan cakupan penemuan kasus baru, sedang indikator angka konversi, angka kesembuhan, angka drop out dan pasien TB-RO belum teridentifikasi. Hasil analisis membuktikan terdapat hubungan yang bermakna untuk pemberdayaan survivor TB dalam program DOTS terhadap peningkatan sebagian target program.

Kata kunci : *Survivor TB, DOTS, PMO.*

PENDAHULUAN

Indonesia dan dunia hingga saat ini masih dihadapkan dengan masalah kesehatan berupa penyakit infeksi kronis menular yaitu tuberkulosis (TB). Laporan *World Health Organization* (WHO) dalam *Annual Report On Global TB Control* 2009 menyatakan Indonesia termasuk sebagai salah satu penyumbang kasus TB terbesar dunia diantara kelompok negara yang dikategorikan sebagai *high burden countries* terhadap TB dimana Indonesia menempati peringkat ketiga setelah India dan China. Estimasi insiden TB menular (TB BTA positif) di Indonesia adalah 102 per 100.000 penduduk, sedang prevalensi TB adalah 110 per 100.000 penduduk (Depkes RI, 2014). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013

menunjukkan bahwa prevalensi TB secara nasional sebesar 0.4 persen, tidak berbeda dengan hasil Riskesdas 2010. Di Kota Tarakan jumlah semua kasus TB yang ditemukan tahun 2014 adalah 318 kasus dengan angka penemuan kasus baru (CDR) 46,14%. Angka kesembuhan masih rendah, hanya mencapai 79,33%; angka ini masih dibawah standar kesembuhan nasional sebesar 85%.

Pemerintah dan masyarakat perlu memberikan perhatian lebih terhadap program pengendalian TB jika ingin menekan hingga menghilangkan kasus TB. Telah terbukti TB menimbulkan dampak yang sangat merugikan. Selain sebagai penyumbang angka kesakitan dan kematian, TB juga berdampak terhadap kehidupan sosial dan ekonomi bangsa. Menurut

Misnadi (2014), hasil investigasi WHO tahun 2003 menyimpulkan dampak TB terhadap keadaan ekonomi, bahwa TB akan mempengaruhi ekonomi rumah tangga, masyarakat dan bangsa. Hal ini karena sebagian besar (75%) kasus TB terjadi pada usia produktif yaitu 14–59 tahun. Seorang penderita TB akan mengalami kerugian ekonomi secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung, TB berpengaruh terhadap keadaan ekonomi berkenaan dengan kebutuhan biaya untuk berobat, perawatan dan pemenuhan kebutuhan pokok lainnya; dan secara tidak langsung TB membutuhkan biaya untuk transportasi serta kerugian 3–4 bulan waktu kerja yang sebanding dengan 20–30% pendapatan rumah tangga setahun. Bahkan apabila seseorang meninggal karena TB, maka keluarga mengalami kerugian setara dengan kehilangan pendapatan rata-rata selama 15 tahun. Secara nasional TB berimplikasi pada penggunaan anggaran yang besar yang seharusnya dapat digunakan untuk membangun sektor lain. Sunarya (2009), mengestimasi kerugian ekonomi akibat TB adalah hampir sama dengan total anggaran kesehatan pemerintah Indonesia. Atas dasar kerugian tersebut, dapat dikatakan TB adalah penyakit yang kejam.

Pemerintah telah menggalakkan program penanggulangan TB dengan strategi *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS) sejak tahun 1996. Strategi DOTS telah banyak mencapai kemajuan meskipun belum sampai tahap eliminasi kasus (Suronto, 2007). Adanya kecenderungan peningkatan indikator program berupa *Case Detection Rate* (CDR), *Cure Rate* (CR), *Conversion Rate* dan *Succes Rate* merupakan bukti kemajuan program pengendalian TB. Dalam pelaksanaannya

strategi DOTS di Indonesia diterapkan dengan menggunakan Pengawas Menelan Obat (PMO). Dengan strategi tersebut, secara nasional kejadian penyakit TB memang sudah dapat ditekan; kecuali pada beberapa daerah masih tetap tinggi.

Keberhasilan strategi DOTS sangat dipengaruhi oleh pemilihan PMO yang baik. Menurut PPTI (2010) tugas PMO sangat penting untuk menjamin keteraturan pengobatan pasien TB. PMO mempunyai empat tugas pokok, yaitu : mengawasi dan memberi dorongan serta memastikan pasien TB menelan obat sesuai aturan sampai tuntas; mengingatkan pasien TB untuk memeriksakan ulang dahak pada waktu yang ditentukan untuk mengetahui perkembangan pengobatan; memberikan penyuluhan tentang TB dan menyarankan anggota keluarga pasien untuk memeriksakan diri bila ada yang dicurigai sakit TB; memperhatikan atau mengawasi bila ada gejala efek samping obat.

Dalam strategi DOTS, keberhasilan program pengobatan dan pencegahan TB telah terbantu oleh peran penting yang dijalankan seorang PMO. Sangat penting untuk memastikan setiap kasus TB dapat diobati sesuai standar program. Menurut WHO (2009) setiap kasus TB BTA positif merupakan faktor risiko penularan bagi orang sehat disekitarnya; karena setiap penderita TB aktif yang tidak diobati atau mendapat pengobatan tidak standar dapat menginfeksi 10 hingga 15 orang sehat pertahun. Sebagai pilar penting dalam program pengobatan dan pengendalian TB, semestinya penunjukan seorang PMO perlu dilakukan secara tepat. Mulanya, seseorang yang ditunjuk menjadi PMO adalah petugas kesehatan atau tokoh masyarakat setempat, namun dalam perkembangannya

banyak yang menjadikan keluarga penderita sebagai PMO. Penelitian Istiawan, Sahar, dan Bachtiar (2007) membuktikan bahwa anggota keluarga penderita dapat berperan sebagai PMO dalam meningkatkan perilaku pencegahan klien TB dengan hubungan yang bermakna. Pola hubungan yang terjadi bersifat positif, artinya semakin baik peran anggota keluarga sebagai PMO maka semakin baik pula perilaku pencegahan penularan TB. Hasil serupa juga didapat dalam penelitian Herlinda, dkk (2009) bahwa PMO yang berasal dari keluarga penderita mempunyai kinerja yang baik dalam meningkatkan kepatuhan penderita dalam menelan obat secara teratur serta mampu meningkatkan fungsi pencegahan penularan dalam keluarga. Kepatuhan menelan obat oleh penderita TB semakin meningkat dengan pemberdayaan keluarga sebagai PMO. Dengan demikian keluarga merupakan sumber dukungan utama bagi penderita (Wahidin, 2012). Hasil berbeda ditemukan dalam penelitian Sulidah (2013) yang menyimpulkan pemberdayaan keluarga sebagai PMO adalah tidak efektif. Dalam penelitiannya, Sulidah menemukan bahwa tugas pokok PMO yaitu melakukan pengawasan menelan obat tidak berfungsi optimal dengan indikasi pengawasan hanya dilakukan secara rutin dalam 1-2 bulan pertama pengobatan.

Tingkat kesembuhan dalam program pengobatan TB Paru di Kota Tarakan yang masih rendah diduga berkaitan dengan pemberdayaan keluarga sebagai PMO. Studi pendahuluan yang dilakukan terhadap enam orang PMO memperkuat hasil penelitian Sulidah (2013). Dengan demikian patut dipikirkan kembali bagaimana memilih PMO bagi seorang penderita TB selain petugas kesehatan dan atau keluarga

penderita; antara lain mantan penderita TB yang telah menyelesaikan program pengobatan dan telah dinyatakan sembuh yang disebut dengan istilah survivor TB. Seorang survivor TB dapat memberi bukti bahwa penderita TB dapat sembuh dan pulih seperti sediakala asal mengikuti program pengobatan secara teratur hingga tuntas. Seorang survivor TB tentu sangat mengerti kapan waktu menelan obat, berapa dosisnya, berapa lama minumnya, dan bahkan mungkin efek samping yang ditimbulkan. Seorang survivor TB juga mengerti bagaimana membosankannya minum obat anti tuberkulosis dalam waktu yang lama. Dengan pengalamannya seorang survivor TB dapat menjadi motivator yang baik bagi penderita TB, dapat menjadi penyuluh TB bagi keluarga penderita dan masyarakat, dan dapat diberdayakan untuk meningkatkan cakupan penemuan kasus baru.

Keterlibatan survivor TB penting untuk keberhasilan program DOTS. Melalui pemberdayaan survivor TB dalam program DOTS sesungguhnya juga membantu survivor TB itu sendiri untuk menjadi manusia yang berguna, memperbaiki kondisi psikologis, dan menemukan kembali kehidupannya yang sempat terenggut akibat TB. Selama ini seorang penderita TB mengalami kesulitan memperoleh pekerjaan bahkan sekedar bersosialisasi dengan masyarakat. Dengan demikian, pemberdayaan survivor TB setidaknya memiliki dua tujuan pokok, yaitu meningkatkan keberhasilan program DOTS dengan sasaran utama peningkatan angka kesembuhan dan penemuan kasus baru; dan sebagai sarana pengembalian survivor TB ke masyarakat dengan sasaran pokok penerimaan masyarakat terhadap keberadaan survivor TB. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi apakah seorang survivor

TB dapat diberdayakan sebagai seorang Kader PMO dalam program DOTS dengan indikator peningkatan cakupan penemuan kasus baru, peningkatan angka konversi, meningkatkan angka kesembuhan, dan berkurangnya kegagalan pengobatan (*drop out*). Jika terbukti, hasil penelitian ini diharapkan dapat memperluas jejaring program TB.

METODE PENELITIAN

Jenis kajian ini adalah deskriptif korelatif desain *cross-sectional* dengan tingkat kepercayaan 95%. Kajian ini dilakukan di Kota Tarakan Provinsi Kalimantan Utara dengan melibatkan Puskesmas Karang Rejo dan Puskesmas Sebengkok sebagai mitra kajian. Populasi kajian ini adalah seluruh mantan penderita TB yang telah sembuh dengan jumlah tidak diketahui secara pasti. Tim peneliti melibatkan 25 orang mantan penderita TB yang telah sembuh (*survivor TB*) dari kedua puskesmas sebagai subyek kajian yang diambil dengan teknik *purposive sampling*. *Survivor TB* diberdayakan sebagai Kader PMO setelah diberikan pelatihan Kader PMO. Setiap kader diminta melakukan tugas sebagai kader PMO dengan sasaran melakukan penjarangan kasus, memberikan edukasi terduga TB untuk melakukan pemeriksaan dahak pada puskesmas mitra, menjadi seorang pengawas menelan obat jika disetujui pasien, melakukan pemantauan efek samping obat, dan memberikan penyuluhan kesehatan tentang TB. Tim peneliti melakukan pendampingan kepada kader PMO dalam melaksanakan tugasnya. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan lembar observasi. Kuesioner digunakan untuk mengidentifikasi tingkat pengetahuan Kader PMO tentang program pengendalian TB sebelum dan sesudah mengikuti pelatihan; sedang lembar

observasi digunakan untuk mengidentifikasi capaian target program yang meliputi angka cakupan penemuan kasus, angka konversi, angka kesembuhan, angka *drop out* pengobatan, dan jumlah pasien TB resisten obat (TB-RO). Data capaian target program dibandingkan antara sebelum dan sesudah pemberdayaan *survivor TB* sebagai Kader PMO. Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji Wilcoxon untuk setiap indikator program.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini telah mengidentifikasi tingkat pengetahuan *survivor TB* sebelum dan sesudah mengikuti pelatihan kader PMO dan juga data capaian target program TB sampai dengan bulan kedua trimester ke tiga tahun 2017. Hasil lengkap penelitian ini ditunjukkan dengan tabel/diagram berikut:

Tabel 1: Tingkat Pengetahuan *survivor TB* sebelum mengikuti pelatihan Kader PMO.

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Baik	0	0
Cukup	4	16
Kurang	21	84

Tingkat pengetahuan *survivor TB* umumnya masih rendah. Tabel diatas menggambarkan masih rendahnya tingkat pengetahuan *survivor* tentang TB. 84% responden penelitian ini memiliki pengetahuan tentang TB yang rendah dan hanya 16% responden memiliki pengetahuan yang cukup; bahkan tidak ada responden yang memiliki tingkat pengetahuan tentang TB yang baik. Tingkat pengetahuan *survivor* yang rendah dipengaruhi oleh dua faktor utama; yaitu tingkat pendidikan yang rendah dan kepercayaan masyarakat yang bersifat turun temurun.

Sebagian besar survivor memiliki latar belakang pendidikan sekolah dasar dan sekolah lanjutan tingkat pertama. Tingkat pendidikan yang rendah umumnya berpengaruh terhadap keterbatasan kemampuan seseorang untuk menerima dan mencerna informasi. Hal ini diperburuk dengan rendahnya upaya penyebarluasan informasi tentang TB. Meskipun penyuluhan kesehatan dan upaya penyebarluasan informasi tentang TB telah cukup sering dilakukan tetapi umumnya tidak sistematis, bersifat insidental dan cenderung kurang tepat sasaran. Bahkan jarang dilakukan kegiatan pendidikan kesehatan baik dalam bentuk penyuluhan, pemasangan baliho, spanduk, pamflet, leaflet, siaran televisi, siaran radio, dan sebagainya. Dalam masyarakat juga masih berkembang stigma negatif tentang TB yang masih diyakini kebenarannya oleh masyarakat. Faktor-faktor tersebut menjadi penghambat dalam pencapaian target program TB. Kurangnya dukungan pemerintah maupun masyarakat memberi kontribusi pada kegagalan mencapai target program. Padahal dalam program yang pelaksanaannya ditekankan pada cara aktif dan pasif secara simultan, faktor dukungan pemerintah dan masyarakat sangat menentukan. Rendahnya dukungan tersebut sesungguhnya mengindikasikan tingkat kesadaran pemerintah dan tingkat pengetahuan masyarakat yang masih rendah. Menurut Notoatmodjo (2012), bahwa pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Program penanggulangan TB menghendaki dukungan pemerintah dalam hal pendanaan dan pembuatan kebijakan yang berpihak pada program. Program penanggulangan TB juga menghendaki dukungan masyarakat terhadap program, antara lain dalam bentuk kesediaan melakukan

pemeriksaan kontak, melaporkan indikasi penemuan TB, melakukan pengobatan penderita, hingga menunjukkan sikap bersahabat dan empati kepada penderita TB. Semakin baik dukungan masyarakat akan semakin tinggi pula peluang keberhasilan program tersebut, demikian pula sebaliknya.

Pada penelitian ini, keterbatasan tingkat pengetahuan survivor tentang TB terindikasi pada banyaknya responden yang tidak mengetahui penyebab, tanda dan gejala, pengobatan, dan pencegahan penyakit TB. Hasil ini sejalan dengan temuan penelitian Sulidah (2013) yang menunjukkan ketidaktahuan masyarakat tentang TB pada komponen pertanyaan yang sama. Rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat tentang TB menyebabkan stigma negatif sulit dihilangkan. Menurut WHO (2009), tujuan utama pemberantasan penyakit TB adalah memutus rantai penularan untuk menurunkan insidensi penyakit, mengobati dan menyembuhkan penderita serta mencegah resistensi obat. Guna mencapai tujuan tersebut strategi pokok yang perlu dilakukan adalah meningkatkan cakupan penemuan kasus baru dan memastikan pengobatan yang adekuat. Meskipun telah mencapai banyak kemajuan dengan semakin banyak penderita yang sembuh, namun rantai penularan TB dirasakan masih panjang. Peningkatan tersebut sejalan dengan meningkatnya temuan kasus HIV-AIDS dan DM, dimana TB saat ini seringkali menyertai penyakit tersebut. Stigma negatif tentang TB dan tingkat pengetahuan masyarakat tentang TB yang masih rendah menyebabkan kesadaran masyarakat untuk mendukung program penanggulangan TB juga masih rendah. Diperlukan upaya penanggulangan secara

terpadu dengan melibatkan seluruh elemen masyarakat.

Tabel 2 : Tingkat pengetahuan survivor TB sesudah mengikuti pelatihan Kader PMO

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Baik	24	96
Cukup	1	4
Kurang	0	0

Berdasarkan tabel 2 di atas diketahui bahwa setelah mengikuti pelatihan Kader PMO responden mempunyai tingkat pengetahuan yang baik tentang TB yaitu sebesar 96% dan hanya 4% yang memiliki tingkat pengetahuan cukup, serta tidak ada responden yang memiliki tingkat pengetahuan kurang. Hal ini membuktikan bahwa pemberian informasi secara sistematis dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat secara signifikan. Jika mantan penderita TB dengan tingkat pendidikan yang rendah dapat ditingkatkan pengetahuannya melalui program pelatihan, maka hal ini tentu juga berlaku bagi masyarakat secara umum.

Sebagai kader PMO sudah semestinya seorang survivor TB mempunyai pengetahuan yang baik tentang penyakit TB. Hal ini akan sangat mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan peran sebagai kader. Faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang menurut Wawan dan Dewi (2011) meliputi faktor internal dan faktor eksternal. Termasuk faktor internal diantaranya pendidikan, usia, dan pekerjaan; sedang faktor eksternal meliputi lingkungan dan sosial budaya. Hal tersebut sesuai dengan kondisi masyarakat yang didapatkan tingkat pendidikan responden terbanyak pada tingkat pendidikan menengah kebawah. Faktor lain yang dapat mempengaruhi pengetahuan adalah perkembangan teknologi mutakhir dan kemudahan mendapatkan akses informasi sehingga masyarakat mudah dalam memperoleh

informasi melalui media massa maupun media elektronik, disamping upaya promosi kesehatan yang dilakukan melalui kegiatan penyuluhan kesehatan oleh unit pelayanan kesehatan dimasyarakat.

Tinggi rendahnya tingkat pendidikan merupakan faktor yang mempengaruhi kemampuan persepsi seseorang untuk lebih mudah menerima atau menolak pengetahuan baru yang diterimanya. Menurut Notoatmodjo (2012) semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin baik pengetahuannya. Dengan kata lain dapat disebutkan bahwa pendidikan turut menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami suatu pengetahuan yang mereka peroleh. Pendapat senada diungkapkan oleh Istiawan, Sahar, dan Bachtiar (2007) bahwa pengetahuan berbanding lurus dengan tingkat pendidikan; artinya semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang makin baik pengetahuannya dan semakin mudah pula untuk menerima informasi. Seseorang dengan pendidikan tinggi umumnya lebih tanggap terhadap keadaan sekitarnya, mempunyai minat dan kepedulian untuk memecahkan masalah yang ada pada diri dan lingkungannya serta memiliki keinginan untuk menambah wawasan dari sumber-sumber lain. Namun demikian, seseorang dengan pendidikan rendah tidak mutlak memiliki pengetahuan rendah. Dalam hal ini pengetahuan tidak hanya diperoleh melalui pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh dari pendidikan non formal termasuk melalui media massa dan media informasi lainnya. Kemajuan sarana komunikasi pada era globalisasi ini cukup memberi kemudahan penyampaian informasi, sehingga penyebaran informasi tentang TB seharusnya bukan merupakan hambatan lagi.

Diagram 3 : Cakupan target program.

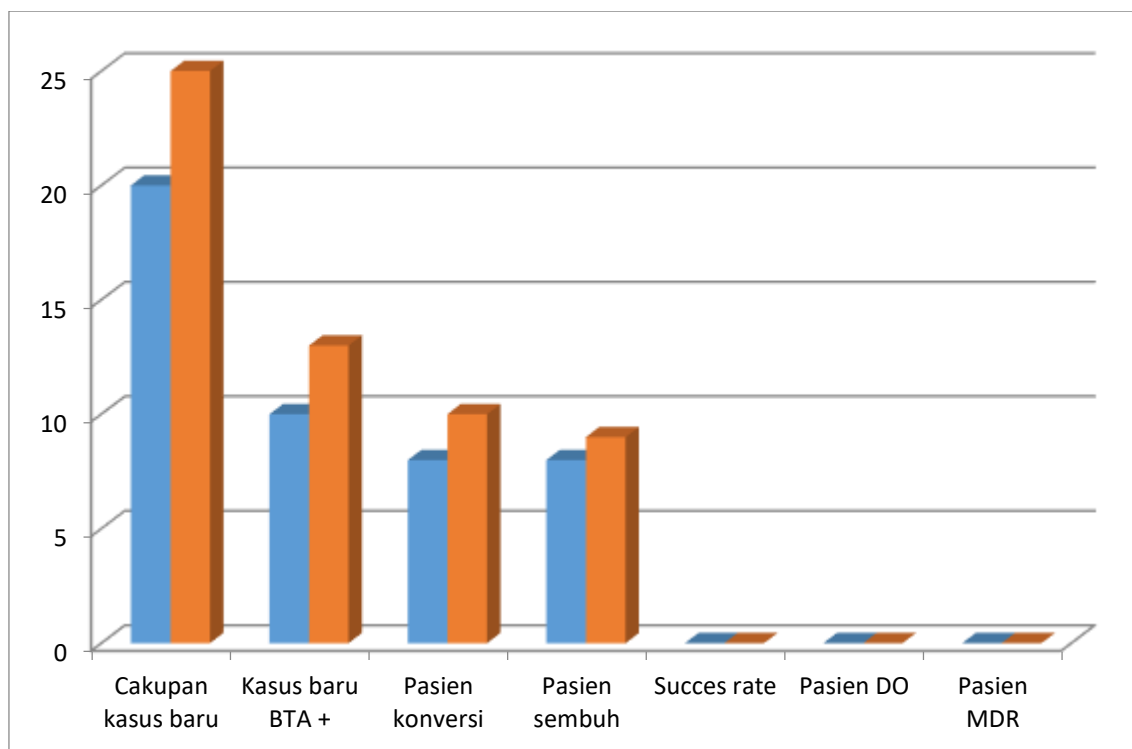


Diagram diatas menggambarkan pencapaian target program pada Triwulan II dan dua bulan awal Triwulan III tahun 2017. Keberhasilan pemberdayaan survivor TB terlihat dengan peningkatan sebagian target program meskipun baru dua bulan pemberdayaan. Peningkatan target program terutama pada indikator utama yaitu cakupan penjarangan kasus dan penemuan kasus baru BTA positif. Meskipun angka konversi dan angka kesembuhan juga terdapat peningkatan tetapi hal tersebut tidak mencerminkan hasil pendayagunaan survivor TB melainkan sebelum pemberdayaan survivor TB dalam program DOTS. Hal tersebut karena untuk melakukan pemeriksaan laboratorium guna mengetahui apakah terjadi konversi dari BTA positif menjadi BTA negatif baru akan dilakukan setelah dua bulan pengobatan. Terlebih lagi untuk kesembuhan penderita baru akan terdeteksi setelah program pengobatan selama 6-8 bulan

terselesaikan. Pada penelitian ini pemberdayaan survivor TB baru berjalan selama dua bulan yaitu bulan Juli sampai Agustus 2017 sehingga belum dapat memastikan angka konversi maupun angka kesembuhan. Namun demikian, melihat tren peningkatan penjarangan kasus, peneliti meyakini bahwa angka konversi dan angka kesembuhan juga akan meningkat; sedang kasus *drop out* pengobatan dan resistens obat diharapkan tidak terjadi.

Analisis data pada indikator cakupan penemuan kasus baru diperoleh $p=0,026$ dan penemuan kasus baru BTA positif diperoleh $p=0,044$; sedang pada indikator angka konversi, angka kesembuhan, dan angka *drop out* masing-masing diperoleh $p>0,05$. Hasil analisis tersebut mengindikasikan bahwa terdapat pengaruh pemberdayaan survivor TB terhadap sebagian indikator program tetapi tidak ada dampak pada indikator lainnya. Meskipun terdapat

peningkatan angka penjarangan kasus, tetapi jumlahnya masih rendah. Tidak mudah meyakinkan suspek TB sekedar untuk datang dan periksa dahak ke puskesmas. Menurut Murti, dkk (2010), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi rendahnya cakupan pemeriksaan suspek TB, yaitu: pendekatan penemuan kasus terutama dilakukan secara pasif di fasilitas pelayanan kesehatan (*Passive Case Finding, PCF*); penjarangan secara aktif (*Active Case Finding (ACF)*) atau penjarangan kasus oleh masyarakat belum optimal; dan upaya penjarangan kasus secara aktif hanya dilakukan melalui *Contact Survey* terhadap anggota keluarga dan tetangga yang dicurigai TB. Guna meningkatkan angka cakupan Murti, dkk menyarankan agar penjarangan kasus dapat ditingkatkan melalui upaya ACF dan atau deteksi dini kasus TB oleh kader.

Deteksi dini kasus TB oleh kader merupakan metode yang terbaik karena dinilai konsisten dengan salah satu elemen strategi baru WHO untuk menghentikan TB, yaitu pemberdayaan pasien dan komunitas. Dengan demikian pemberdayaan survivor TB yang peneliti lakukan merupakan jawaban konkrit terhadap kebutuhan peningkatan penjarangan kasus.

Seringkali terdapat kesenjangan data penjarangan kasus antara yang dilaporkan dengan jumlah kasus yang sesungguhnya. Dalam hal ini sistem pencatatan dan pelaporan masih belum dapat diandalkan. Tidak semua terduga TB yang melakukan pemeriksaan pada sarana pelayanan kesehatan dapat terdata dengan baik sehingga menghasilkan selisih data terlapor dengan keadaan sebenarnya. Hal ini antara lain disebabkan sistem pencatatan dan pelaporan berbasis komputer masih belum berjalan dengan

baik. Situasi tersebut berdampak pada penyiapan data yang kurang akurat dan tidak bisa diperoleh secara cepat. Menurut Murti, dkk (2010), terdapat beberapa faktor penyebab ketidaksesuaian data, yaitu: belum tersedianya sistem komputerisasi dalam program penanggulangan TB dan ancaman serangan virus komputer dalam sistem pencatatan dan pelaporan. Lebih jauh Murti, dkk (2010) beranggapan bahwa sistem komputerisasi di sarana pelayanan kesehatan masih dipandang sebagai pelengkap saja, padahal sebagai salah satu sarana penting penunjang program, idealnya komputer diletakkan sentral dan menyatu di meja masing-masing petugas yang relevan. Terhadap ancaman virus yang dapat merusak data komputer, Murti menyarankan agar petugas perlu memasang perangkat lunak penangkal virus. Kewaspadaan dapat dilakukan dengan memindai file sebelum dibuka terutama yang berasal dari *flash disk* dan CD sehingga data yang tersimpan tetap aman.

Sampai saat ini rata-rata *Case detection Rate (CDR)* pada puskesmas mitra masih dibawah target nasional sebesar 70%; upaya yang telah dilakukan pun dirasakan belum maksimal. Ada empat faktor yang diidentifikasi oleh Murti, dkk (2010) yang menyebabkan angka CDR rendah yaitu: ketidakmampuan suspek untuk mengeluarkan dahak meskipun telah diberikan mukolitik-ekspektoran, khususnya suspek TB yang sebelumnya telah diobati dengan obat anti-tuberkulosis tidak standar; Program TB masih mengutamakan cara *Passive Case Finding (PCF)* untuk menjaring kasus TB disertai upaya *Active Case Finding (ACF)* yang belum optimal; estimasi prevalensi kasus BTA positif yang diterapkan secara seragam seluruh Indonesia tanpa memperhitungkan kepadatan populasi;

filter penjarangan yang terlalu longgar; dan kualitas dahak yang diperiksa kurang baik. Pemeriksaan diagnostik dengan tingkat sensitifitas lebih tinggi yang mampu mendiagnostik lebih cepat dan akurat dibutuhkan guna mengantisipasi kesulitan memperoleh dahak untuk pemeriksaan. hal ini telah terjawab dengan dikembangkannya alat diagnostik terbaru yaitu *genexpert test*. Sayangnya alat ini masih terbatas dan hanya terdapat pada sarana pelayanan tertentu saja, terutama di kota-kota besar.

Penilaian angka konversi dilakukan setelah penderita menjalani pengobatan pada fase intensif. Dengan demikian angka konversi dapat digunakan sebagai indikator untuk mengetahui hasil pengobatan secara cepat. Hasil pengobatan tersebut akan menggambarkan tingkat kepatuhan penderita dalam menelan obat sekaligus menjadi indikasi kinerja PMO dalam melakukan pengawasan menelan obat. Seorang PMO yang melakukan pengawasan menelan obat secara benar akan meningkatkan kepatuhan penderita minum obat secara teratur yang pada gilirannya akan meningkatkan angka kesembuhan. Secara nasional target minimal angka konversi adalah 80%. Meskipun angka konversi di puskesmas mitra telah mendekati standar nasional, tetapi data tersebut tidak menggambarkan data yang sebenarnya. Selain puskesmas juga terdapat unit pelayanan kesehatan lainnya di wilayah tersebut dimana pasien dapat melakukan pengobatan, antara lain rumah sakit, praktik dokter spesialis dan praktik dokter umum, tetapi data hasil pemeriksaan maupun pengobatan tidak terkoneksi dengan puskesmas mitra. Rendahnya cakupan konversi juga berkaitan dengan sulitnya mendapat pasien dengan BTA positif, padahal penilaian konversi diperoleh melalui perubahan

hasil pemeriksaan laboratoris dari BTA positif menjadi negatif pada akhir pengobatan fase intensif. Tidak berbeda dengan penelitian Murti, dkk (2010), pada penelitian ini juga didapatkan informasi yang disampaikan oleh penanggungjawab TB dan petugas laboratorium di puskesmas bahwa sering diperoleh suspek TB tetapi sulit mendapatkan BTA positif karena kualitas dahak rendah sehingga menyulitkan diagnosis di laboratorium.

Angka kesembuhan termasuk indikator yang belum dapat diidentifikasi karena penilaian kesembuhan baru akan diketahui pada akhir masa pengobatan. Keberhasilan pengobatan sangat dipengaruhi oleh keadekuatan pengawasan menelan obat yang dilakukan seorang PMO. Dalam hal ini, survivor TB belum tentu diberdayakan sebagai PMO mengingat pemilihan PMO harus disetujui oleh pasien. Angka kesembuhan (*cure rate*) dihitung sebagai angka persentase kasus baru BTA positif yang sembuh terhadap kasus baru TB paru BTA positif yang diobati. Identifikasi angka kesembuhan berguna untuk menilai efektivitas pengobatan standar yang diberikan kepada pasien TB. Program pengobatan dikatakan berhasil bila angka kesembuhannya tinggi. Sebaliknya, angka kesembuhan yang rendah merupakan indikator ketidakefektifan program pengobatan yang memberi gambaran atas ketidakpatuhan pasien menelan obat secara teratur serta rendahnya kinerja PMO melakukan tugas pengawasan menelan obat. Angka kesembuhan yang rendah merupakan ancaman terhadap peningkatan resistensi bakteri tuberkulosis terhadap OAT standar.

Menurut Murti, dkk (2010), kesembuhan pasien TB penting karena setiap pasien TB yang tidak sembuh atau tidak diobati merupakan

faktor risiko TB yang mempengaruhi keberhasilan program penanggulangan TB.

Target minimal angka kesembuhan adalah 85%; namun demikian capaian angka kesembuhan pada puskesmas mitra masih dibawah target. Murti, dkk (2010) mengidentifikasi beberapa faktor penghambat yang dapat mempengaruhi angka kesembuhan, yaitu (1) Putus berobat karena merasa sudah sehat; (2) Pengobatan tidak teratur karena berpindah-pindah tempat tinggal atau kerja; (3) Kebosanan minum obat; (4) Pasien kurang motivasi; (5) Efek samping obat (reaksi pada tubuh setelah minum obat); (6) Persepsi bahwa pelayanan puskesmas kurang memuaskan dan obat tidak lengkap, lalu pindah ke dokter praktik swasta yang tidak memberikan OAT standar DOTS dalam jangka panjang. Hambatan tersebut sesungguhnya dapat direduksi jika kader PMO mampu menjalankan perannya dengan baik.

Survivor TB diharapkan dapat berperan sebagai seorang PMO. Pengalaman nyata keberhasilannya melalui proses pengobatan hingga dinyatakan sembuh semestinya dapat ditularkan kepada pasien lain yang sedang menjalani program pengobatan. Survivor TB dapat memberi motivasi sekaligus pemahaman tentang perlunya kesabaran mengikuti program pengobatan dalam jangka waktu yang cukup panjang. Selain pengalaman pribadinya, dalam kajian ini survivor TB juga telah dibekali pemahaman yang cukup tentang TB melalui kegiatan pelatihan kader PMO. Dengan demikian, pemberdayaan survivor TB sebagai PMO seharusnya dapat dilakukan. Pemberdayaan survivor TB sebagai jejaring eksternal program TB, khususnya dalam program DOTS merupakan inovasi baru yang perlu dikembangkan dengan menyingkirkan

berbagai faktor pengambatnya agar dapat berfungsi sebagaimana yang diharapkan.

KESIMPULAN

Kajian ini berhasil mengidentifikasi tingkat pengetahuan survivor TB sebelum dan sesudah mengikuti pelatihan kader PMO. Hasil identifikasi mengindikasikan peningkatan pengetahuan tentang TB secara signifikan. Pemberdayaan survivor TB dalam program DOTS mampu meningkatkan capaian target program untuk indikator utama yaitu peningkatan cakupan penjangkaran kasus dan penemuan kasus baru BTA positif. Adapun indikator tambahan berupa angka konversi, angka kesembuhan, jumlah pasien drop out pengobatan, dan kejadian resistensi obat belum dapat diidentifikasi. Disarankan untuk terus meningkatkan pemberdayaan survivor TB, khususnya sebagai pengawas menelan obat bagi pasien baru yang menjalani program pengobatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bhisma Murti dkk, "Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis Dengan Strategi DOTS di Karesidenan Surakarta". <http://rossisanusi.files.wordpress.com> Diakses 29 Agustus 2017.
- DepKes, "Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis". DepKes RI, Jakarta, 2014.
- Depkes, "Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013". www.depkes.go.id Diakses pada 29 Agustus 2017.
- Herlinda, Heru AS, Ghalib A, Nugroho W, Surahman, "Peran Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan TB Paru". Bina Diknakes, Edisi No. 36.
- Istiawan, Sahar, dan Bachtiar, "Hubungan Peran Pengawas Minum Obat Oleh Keluarga Dan Petugas Kesehatan Terhadap Pengetahuan, Perilaku Pencegahan Dan Kepatuhan Klien TB Dalam Konteks Keperawatan Komunitas Di Kabupaten Wonosobo". Jurnal Keperawatan Soedirman Volume 1, No.2 : 96-104, 2007.

- Misnadi, “TB : Ancaman Global”. Penerbit Karya Bersama, Jakarta, 2014.
- Notoatmodjo, “Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku”. PT Rineka Cipta, Jakarta, 2012.
- Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia (PPTI), “*Buku Saku PPTI*”. Available. www.ppti.info Diakses tanggal 30 Agustus 2017.
- Sulidah & Raini Diah Susanti, “Efektifitas Anggota Keluarga Sebagai Pengawas Menelan Obat (PMO) Bagi Penderita Tuberkulosis di Wilayah Kerja Puskesmas Cimahi Selatan Kota Cimahi Jawa Barat”. Prosiding Seminar Nasional, ISBN : 978-602-67846-2-6, Semarang, 2013.
- Sunarya, “Perubahan Pola Epidemiologi Tuberkulosis di Indonesia”. Bilik Metro No. 12 : 20-26, 2009.
- Suronto S, “Tuberkulosis”, dari <http://www.medicastore.com>. Diakses 29 Agustus 2017.
- Wahidin, A., “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pasien Minum Obat Anti Tuberkulosis”. Jurnal Kesmas. Volume 3 No. 2. 2012.
- Wawan A, Dewi M, “Teori Pengukuran Pengetahuan Sikap dan Perilaku Manusia”. Yogyakarta : Nuha Medika, Yogyakarta, 2011.
- WHO, “WHO Report 2009: Global Tuberculosis Control Epidemiology, Strategy, Financing”. Geneva, Switzerland: WHO Press. whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563802_eng.pdf Diakses 30 Agustus 2017.
- WHO, “*The Stop TB Strategy*”. www.who.int.org. Diakses 30 Agustus 2017.
- WHO, “*Tuberculosis, Strategy & Operation, Monitoring & Evaluation, Publication on DOTS*”. Available. <http://www.who.int/gtb/dots/whatisdots.htm> Diakses 29 Agustus 2017.

