

**PENGELOLAAN PENANGANAN
PENGOBATAN TUBERKULOSIS
di RS DR M Djamil Padang**

Syafrizal, Tridjoko Hadiano, Mubasysyir Hasanbasri

Daftar Isi

Daftar Isi	ii
Daftar Tabel.....	ii
Abstract	iii
Latar Belakang	1
Metode Penelitian	4
Hasil dan Pembahasan.....	5
Kesimpulan dan Saran	18
Daftar Pustaka.....	19

Daftar Tabel

Tabel 1. Karakteristik Pasien Tuberkulosis Rawat Inap di RS Dr M Djamil Padang Periode 1 Mei s/d 1 Juli 2007 (N=37)	5
Tabel 2. Karakteristik Penyakit Tuberkulosis Rawat Inap di RS Dr M Djamil Padang Periode 1 Mei s/d 1 Juli 2007 (N=37)	6
Tabel 3. Status Pulang Pasien Tuberkulosis Rawat Inap di RS Dr M Djamil Padang Periode 1 Mei s/d 1 Juli 2007 (N=37)	8
Tabel 4. Penanganan Pengobatan Pasien Tuberkulosis Rawat Inap di RS Dr M Djamil Padang Periode 1 Mei s/d 1 Juli 2007 (N=37)	9
Tabel 5. Pola Penanganan Pasien Tuberkulosis Rawat Inap di RS Dr M Djamil Padang Periode 1 Mei s/d 1 Juli 2007	13
Tabel 6. Pola Penanganan Pasien tuberkulosis Rawat Inap di RS Dr M Djamil Padang Periode 1 Mei s/d 1 Juli 2007	14
Tabel 7. Pola Penanganan Pasien Tuberkulosis Rawat Inap di RS Dr M Djamil Padang Periode 1 Mei s/d 1 Juli 2007	15

Abstract

The Management of Tuberculosis Medication Operating Procedures at Dr M. Djamil Hospital Padang (A case Study)

Syafrizal¹, Tridjoko Hadiananto², Mubasasyir Hasanbasri³

Background: Efforts to continuous quality improvement take place at all processes, products and services. One effort is trying to understand variation, omitting or minimizing causes of the prevalence in service processes. Dr. M. Djamil Hospital of Padang as a pilot project of a trial in the implementation of Indonesian Diagnostic Related Group (INA-DRG) Case Mix is obliged to carry out continuous service process evaluation.

Objective: To identify the management of tuberculosis medication operating procedure at Dr. M Djamil Hospital of Padang.

Method: This was a case study with descriptive qualitative analysis. Subject of the study were 37 tuberculosis cases treated from 1st May - 31st July 2007 involving 27 informen (3 lung specialist doctors, 2 internists, 10 residents, 2 general physicians, and 10 tuberculosis patients). Instruments of the study were medical record observation sheets and interview.

Result: The majority of patients were given antituberculosis drugs. Supporting examination was not carried out to all cases. Most of patients were recommended hospital discharge but there was no information about the continuation of antituberculosis drug supply and no follow up medication at hospital outpatient. Supporting culture examination was carried out to 58% of cases (57% of result was not accepted by the doctor – from laboratory until patients were asked to discharge), sputum examination was carried out to 68% of cases (20% of the result was not accepted by the doctor) and thorax x-ray examination was carried out to 65% of cases (24% of the result was not accepted by the doctor). The pattern of tuberculosis medication operating procedure was inconsistent leading to resistance of tuberculosis germs to drugs so that subsequent medication could become more expensive, longer and more harmful to the patients.

Conclusion: Dr. M. Djamil Hospital of Padang could implement Indonesian diagnostic related group (INA-DRG) case mix properly by re-evaluating operating procedure as well as quality of service.

Keywords: tuberculosis, operating procedure, medication variation

1. Dr. M Jamil Hospital, Padang

2. Postgraduate Program of Biomedical Sciences, Gadjah Mada University

3. Magister, Health Policy and Service Management, Gadjah Mada University

Latar Belakang

Rendahnya mutu pelayanan kesehatan tidak hanya terjadi di negara-negara berkembang, tetapi juga di negara maju. Isu sentral yang sering muncul adalah kesalahan medik, yang sering berlanjut dengan tuntutan hukum, baik kepada dokter, petugas kesehatan, maupun rumahsakit. Kesalahan medik bisa menimbulkan efek samping, bahkan cacat dan kematian. Penelitian di Salt Lake City menemukan efek samping yang serius terjadi pada 1,7% pasien yang dirawat. Dengan parameter lebih rinci, ternyata angka kejadian meningkat menjadi 5,3%. Di Rumahsakit Pendidikan Chicago, 45,8% pasien diidentifikasi mengalami kesalahan medik.

Dalam setiap kesalahan profesional medik, rumahsakit harus ikut bertanggung jawab. Menurut dr. Budi Sampurna, SH, SpF, dari Bagian Forensik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, rumahsakit bertanggung jawab memastikan pelayanan medis terselenggara dengan baik dan mutunya dapat dipertanggungjawabkan. Rumahsakit harus memastikan bahwa para profesional medis yang berpraktik adalah orang yang berkualifikasi memadai, etis, patuh pada peraturan dan prosedur baku, serta catatan perilakunya memuaskan.⁽¹⁾

Usaha peningkatan mutu secara berkelanjutan terjadi pada seluruh proses, produk dan pelayanan. *Continuous quality improvement (CQI)* memberikan perhatian pada pemahaman mengenai adanya perubahan atau variasi, pentingnya pengukuran, pentingnya peran pelanggan, dan dilibatkannya karyawan pada semua tingkat dalam organisasi dalam mencapai peningkatan mutu tersebut.⁽²⁾

Adanya kemajuan dalam ilmu pengetahuan dan status sosial mengakibatkan pasien menginginkan pelayanan yang semakin meningkat dan unggul. Pelayanan yang semakin meningkat dan unggul dapat diciptakan dengan pelayanan kesehatan yang berjalan secara efisien (terkendali), efektif, berdasarkan mutu, dan *cost containment* dari pengobatan yang diberikan. Salah satu upaya untuk

mencapai hal tersebut ialah dengan mengembangkan Sistem *Diagnostic Related Group (DRG) Case Mix*, yang dikembangkan pertama kali oleh Prof Bob Fetter dan John Thompson dari Yale University pada tahun 1980. *Case Mix* adalah sistem pembayaran pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan mutu, pemerataan, jangkauan dalam sistem pelayanan kesehatan yang menjadi salah satu unsur dalam pembiayaan kesehatan, serta mekanisme pembayaran untuk pasien berbasis kasus campuran. Pada prinsipnya *case mix* ditetapkan sebagai suatu ilmu untuk mengklasifikasikan dan menilai kualitas dari sumberdaya pelayanan kesehatan, selain digunakan untuk mengklasifikasi setiap tahapan pelayanan kesehatan yang sejenis ke dalam kelompok yang mempunyai arti relatif sama.⁽³⁾

Parchman (1995) berpendapat bahwa penelitian terbatas lingkup kecil aktifitas klinik dengan melihat pengaruh variasi, seperti menggambarkan perawatan pasien, dapat dimanfaatkan sebagai referensi dalam penyesuaian *case mix*, mengembangkan ukuran-ukuran yang sesuai untuk dapat menjalankan *case mix* dan penyempurnaan aturan atau prosedur pelayanan dari waktu ke waktu. Studi variasi ini telah digunakan untuk menentukan keberadaan determinan pengaruh dan untuk menguraikan hubungan observasi variasi dengan faktor penyebab potensial.⁽⁴⁾

Penelitian ini mengambil kasus pengobatan tuberkulosis sebagai subjek penelitian. Beberapa fakta menyatakan bahwa sampai saat ini makin banyak terjadi wabah-wabah penyakit yang sering ditimbulkan oleh faktor sosial, diantaranya penyakit tuberkulosis (TB).⁽⁵⁾ Tuberkulosis bisa menyerang siapa saja, namun sebagian besar penderita tuberkulosis adalah kelompok usia produktif (15-50 tahun). Secara regional ditemukan fakta bahwa empat puluh persen (40%) dari kasus tuberkulosis dunia ditemukan di wilayah Asia Tenggara dan hampir satu juta kematian terjadi setiap tahunnya yang sembilan lima puluh persen nya diakibatkan dari kasus-kasus tuberkulosis yang dilaporkan terjadi di Banglades, India, Indonesia, Myanmar, dan Thailand. Di negara-negara tersebut, tuberkulosis telah dikenal

sebagai salah satu masalah kesehatan masyarakat yang paling besar. Situasi tersebut menjadi jauh lebih rumit dengan penyebaran HIV yang sangat cepat dan munculnya jenis tuberkulosis yang kebal terhadap pengobatan.⁽⁶⁾

Indonesia adalah negara dengan masalah tuberkulosis, ketiga terbesar di dunia. Tahun 2004 tercatat 211.753 kasus baru tuberkulosis di Indonesia, dan diperkirakan sekitar 300 kematian terjadi setiap hari. Setiap tahunnya kasus baru tuberkulosis bertambah seperempat juta. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana pengelolaan penanganan pengobatan tuberkulosis di RS Dr M Djamil Padang. Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi RS sebagai bahan dan masukan untuk memperbaiki dan menyempurnakan mutu, standar dan prosedur penanganan pengobatan pasien tuberkulosis.

Pola penanganan pengobatan pasien tuberkulosis rawat inap menurut *Indonesian Diagnostic Related Group (INA-DRG)*, merujuk pada *clinical pathway* yang dilakukan di RS Fatmawati. RS Fatmawati adalah salah satu rumahsakit uji coba *pilot project* penerapan sistem INA-DRG *case mix*. Di sini diketahui pasien tuberkulosis rata-rata dirawat inap antara 7 sampai 10 hari. Pasien diterapi dengan pemberian obat anti tuberkulosis (*rifampicin* 1x450 mg, tab INH 1x300 mg, tab *pyrazinamide* 2x500 mg, dan tab *etambutol* 2x500 mg) dan tambahan obat lain berupa OBH 3ddC, tab DMP 3x1, dan tab Vit BC 3x1, dengan diet nutrisi tinggi protein tinggi kalori (TKTP). Prosedur tindakan berdasarkan pada ICD9-CM yang dilakukan meliputi:

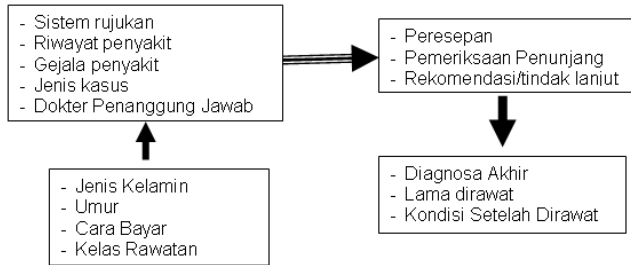
- a. visite/konsul anamnesa ICD9-CM 89,0 (sesak nafas, sakit dada, batuk darah, dan batuk berdahak);
- b. visite/konsul pemeriksaan fisik ICD9-CM 89,7 (kondisi umum dan febris);
- c. pemeriksaan mikroskop darah ICD9-90,5 (pemeriksaan laboratorium klinik DTL, GDS, Ureum, Kreatinin, SGOT, SGPT), pemeriksaan sputum BTA tiga kali;

- d. foto thorax PA ICD9-CM 87,44 (rontgen thorax PA);
- e. pemasangan IVFD dan Injeksi obat ICD9-CM 99,2; serta
- f. oksigen ICD9-CM 93,96.

Ada satu hipotesa yang menyatakan bahwa apabila sistem manajemen sumberdaya diperbaiki sehingga komitmen sumberdaya rumahsakit Indonesia meningkat terhadap rumahsakitnya, maka akan terjadi peningkatan mutu pelayanan. Komitmen di sini adalah besarnya perhatian dan hubungan antara profesional dokter dan rumahsakit. Banyak terjadi kasus dokter spesialis bekerja rangkap di berbagai tempat, sehingga menghasilkan komitmen yang rendah. Para dokter tidak puas dengan pendapatan yang diperoleh dari satu rumahsakit, akibatnya cenderung bekerja tidak hanya di satu rumahsakit.⁽⁷⁾

Metode Penelitian

Jenis penelitian ini adalah studi kasus yang menggunakan rancangan melalui pengumpulan data, dengan strategi analisa yang dilakukan secara kualitatif. Teknik pengambilan kasus adalah dengan cara total *sampling* terhadap kasus tuberkulosis rawat inap di RS Dr M Djamil Padang periode 1 Mei sampai dengan 31 Juli 2007, yakni sebanyak 54 kasus. Dokumen medik hanya diperoleh untuk 37 kasus. Wawancara mendalam dilakukan terhadap 3 orang dokter spesialis paru, 2 orang dokter spesialis penyakit dalam, 10 orang dokter residen, 2 orang dokter umum, dan 10 orang pasien yang sedang dirawat dengan indikasi tuberkulosis dari tanggal 18 Juli 2007 sampai dengan 18 Agustus 2007. Hasil penelitian dianalisis secara deskriptif kualitatif. Rancangan penelitian telah melalui uji kelaikan etik oleh Komisi Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada melalui Surat Keterangan Kelaikan Etik nomor KE/FK/181/EC tertanggal 20 September 2007.



Gambar 1. Bagan Konsep Penelitian

Hasil dan Pembahasan

Penelitian ini mengevaluasi proses pelayanan, khususnya penanganan pengobatan tuberkulosis terhadap pasien rawat inap, yakni 54 (42,5%) kasus dari 127 kasus yang ditangani SMF Paru. Dokumen rekam medik hanya dimiliki oleh 37 kasus.

Tabel 1. Karakteristik Pasien Tuberkulosis Rawat Inap di RS Dr M Djamil Padang Periode 1 Mei s/d 1 Juli 2007 (N=37)

Karakteristik	Persentase
Jenis kelamin	
Laki-Laki	65
Perempuan	35
Umur (tahun)	
< 20	14
20 – 29	5
30 – 39	11
40 – 50	19
> 50	51

Karakteristik	Persentase
Cara Bayar	
Bayar sendiri	16
Jaminan pihak ketiga	
Ikatan Kerja Sama	3
Askes	27
Askes Makin	54
Kelas rawatan	
Super VIP	0
VIP	14
Kelas I	24
Kelas II	8
Kelas III	54

Dari Tabel 1 terlihat bahwa sebagian besar pasien yang dirawat berjenis kelamin laki-laki (65%) dengan umur di atas 50 tahun (51%). Sebagian besar pasien (54%), biaya perawatannya dijamin melalui program Askesmakin, yakni suatu program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin oleh pemerintah melalui PT Askes dengan fasilitas rawat di kelas III. Karakteristik penyakit tuberkulosis dan dokter penanggung jawab penanganan pengobatan dapat dilihat pada Tabel 2 berikut.

Tabel 2. Karakteristik Penyakit Tuberkulosis Rawat Inap di RS Dr M Djamil Padang Periode 1 Mei s/d 1 Juli 2007 (N=37)

Variabel	Persentase
Sistem Rujukan	
Ada	13
Tidak ada	

Variabel	Persentase
TB duplek	38
Susp TB	22
Lain-lain	27
Riwayat Penyakit	
Baru	92
Kambuh	8
Gejala Penyakit	
Gejala Utama	
Batuk darah	38
Batuk	24
Lain-lain	38
Gejala Tambahan	
Sesak nafas	32
Nyeri dada	3
Badan lemah	14
Lain-lain	51
Jenis Kasus	
Akut	86
Kronis	14
Penanggung jawab	
Spesialis paru	12
Spesialis penyakit dalam	5
Residen	51
Tidak ada	32

Pasien tuberkulosis yang rawat inap sebagian besar datang dengan tidak menggunakan rujukan atau datang sendiri dengan indikasi TB duplek (38%). Riwayat penyakit sebagian besar penderita baru (92%), dengan gejala utama adalah batuk darah, demam, sesak nafas, diare, mual, badan lemah, dan lain-lain. Gejala tambahan, kebanyakan ialah batuk, demam, nyeri ulu hati dan lain-lain dengan jenis kasus akut (86%). Kebanyakan (51%) pasien ditangani oleh dokter residen.

Tabel 3. Status Pulang Pasien Tuberkulosis Rawat Inap di RS Dr M Djamil Padang Periode 1 Mei s/d 1 Juli 2007 (N=37)

Variabel	Persentase
Lama dirawat	
< 5 hari	5
5 - 9 hari	46
10 -14 hari	24
15 - 20 hari	14
> 20 hari	11
Status Pulang	
Perbaikan	38
Pulang paksa	19
Tidak dijelaskan	5
Tidak ada resume pulang	38
Diagnosa akhir	
TB paru duplek	48
Susp TB paru	3
Bekas TB	11
Tidak ada diagnosa akhir	38

Tabel 3 memperlihatkan sebagian besar (46%) pasien dirawat selama 5–9 hari, dengan status sewaktu pasien pulang sepertiganya ada perbaikan dan sepertiganya lagi tidak ada laporan atau resume yang dibuat oleh dokter yang bertanggung jawab penanganan pengobatannya (masing-masing 38%). Diagnosa akhir kebanyakan TB paru duplek (48%) dan 38%-nya tidak ada penetapan diagnosa akhir. Disini terlihat masih banyak ditemukan pasien selesai rawat inap tidak jelas diagnosa akhirnya. Perubahan diagnostik atau ketidakpastian diagnostik dan seringnya melakukan investigasi serta tindak lanjut dalam perawatan pasien dapat memberikan pengaruh secara klinis terhadap kesembuhan atau ketidaksembuhan dan lamanya perawatan terhadap pasien.⁽⁸⁾

Tabel 4. Penanganan Pengobatan Pasien Tuberkulosis Rawat Inap di RS Dr M Djamil Padang Periode 1 Mei s/d 1 Juli 2007 (N=37)

Variabel	Persentase
Peresepan	
Diberi OAT	51
Tidak diberi OAT	49
Pemeriksaan penunjang	
Pemeriksaan Kultur	
Diperiksa	57
Tidak diperiksa	43
Pemeriksaan Sputum	
Diperiksa	68
Tidak diperiksa	32
Rongent Thorax	
Diperiksa	65
Tidak diperiksa	35

Variabel	Persentase
Rekomendasi/resumen	
Ada resume	62
Tidak ada resume	38
Lanjutan pemberian OAT	
Dilanjutkan	38
Tidak ada penjelasan	62
Tindak lanjut pengobatan	
Rujuk ke puskesmas	13
Rujuk ke poli RS	49
Tidak ada penjelasan	38

Pada Tabel 4 terlihat penanganan pengobatan pasien tuberkulosis hanya sebagian (51%) dengan memberikan obat anti tuberkulosis (OAT). Dalam permintaan pemeriksaan penunjang guna penegakan diagnosa maupun menindaklanjuti pengobatan berikutnya selama rawat inap tidak semua kasus diberlakukan sama. Mulai dari pemeriksaan kultur, baru 57% yang diperiksa, pemeriksaan sputum dilakukan terhadap 68% pasien dan *rongent* thorax dilakukan terhadap 65% kasus. Oleh dokter penanggung jawab penanganan, rekomendasi diberikan kepada 62% kasus. Kelanjutan pengobatan, khususnya kelanjutan pemberian OAT, 38% direkomendasikan dan dalam tindak lanjut pengobatannya, pasien kebanyakan dirujuk kembali ke poli RS Dr M Djamil Padang (49%).

Sebagian besar pasien diberikan rekomendasi atau resume pulang. Tidak ada penjelasan mengenai kelanjutan pemberian OAT dan tindak lanjut pengobatan pasien untuk dirujuk kembali ke poli RS. Temuan dalam penelitian ini ialah masih cukup banyak pemeriksaan penunjang atas permintaan dokter yang tidak diperoleh hasilnya, baik dari pihak laboratorium maupun dari radiologi. Ini dapat

mempengaruhi penetapan diagnosa dan *follow up* pengobatan lanjutan. Ini mengakibatkan dokter masih meragukan diagnosanya dan tidak merekomendasikan kelanjutan pemberian OAT kepada pasien sehingga pasien kebanyakan dianjurkan kembali berobat rawat jalan ke poliklinik rumahsakit. Fakta ini didukung pendapat beberapa dokter yang terungkap pada pernyataan berikut.

”Tindak lanjut pengobatan pasien tuberkulosis selanjutnya, sebaiknya dikembalikan dengan pertimbangan tergantung kepada kemudahan pasien untuk berobat (menurut domilisi). Bisa ke poliklinik rumahsakit dan bisa juga ke puskesmas terdekat dari tempat tinggal pasien. Lebih pada keinginan pasien kemana harus berobat selanjutnya, kecuali pengobatannya belum selesai, biasanya dokter menganjurkan untuk kembali berobat ke piliklinik rumahsakit”
(Dok.HWW,10/6).

Disimpulkan bahwa diberi atau tidaknya obat anti tuberkulosis pada pasien tuberkulosis rawat inap di rumahsakit, sangat ditentukan oleh kejelasan diagnosa dengan dukungan pemeriksaan penunjang. Tindak lanjut pengobatan pasien dikembalikan berdasarkan pada kondisi pasien sewaktu pulang dan kemudahan pasien untuk mendatangi sarana pelayanan kesehatan lainnya.

Bila merujuk standar pelayanan medik yang diberlakukan, dijelaskan bahwa penanganan pengobatan tuberkulosis umumnya tidak perlu dirawat inap. Indikasi dirawat inap bila batuk darah masif, pneumotoraks, keadaan umum lemah, sesak nafas, dan komplikasi lain, dengan lama rawat inap antara 7-14 hari. Terapi utama adalah perbaikan gizi (Ka-En MG 3, Aminovel, Pan Amin G, Triofusin, Albumin) dan pemberian obat anti tuberkulosis (*rifampicin* 300-450 mg, INH 150-300 mg, *pyrazinamide* 750-1500 mg, *etambutol* 500-1000 mg, *streptomisin* sesuai BB-1000 mg). Jika kasusnya kasus kronis dan atau *multi drug resisten*, diberikan dua jenis obat yang sensitif plus dua obat *second line* (*ciprofloxacin*, *ofloxacin*, *kanamycin*, *eritromisin*, *azytromicine*). Terapi obat tambahan berupa tab *curcuma*

3x1-3, kombinasi lesitin, silimarin, dan ekstrak schizandra 3x1. Pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan darah rutin, pemeriksaan sputum BTA, pemeriksaan kultur, serta foto thoraks PA dan Lateral. Khusus pada kasus-kasus yang meragukan, dilakukan pemeriksaan bilasan bronkus, identifikasi kuman dan pemeriksaan serologi.

Pengobatan tuberkulosis, pemantauan respon klinis pada awal penyakit amat penting. Khusus pasien laki-laki dengan usia lebih dari 40 tahun, BTA negatif, perokok berat, sebaiknya dilakukan pemeriksaan diagnostik ke arah kanker paru, berupa pemeriksaan sitologi sputum, bronkoskopi, TTB, CT Scan thoraks dengan kontras. Ini dilakukan karena amat sering ditemukan kasus yang diduga tuberkulosis ternyata terbukti kanker paru, sehingga dikawatirkan diagnosa terlambat diketahui.⁽⁹⁾

Fakta yang ditemukan selama periode 1 Mei sampai dengan 1 Juli 2007, jika merujuk pada prosedur dan standar penanganan pasien tuberkulosis rawat inap, sudah mengikuti pola penanganan yang semestinya. Cara penanganan pengobatan pasien tuberkulosis yang dirawat inap di rumahsakit terungkap pada pernyataan berikut.

”Sebaiknya penanganan pengobatan pasien tuberkulosis yang rawat inap di rumahsakit adalah pasien perlu diberi pengobatan obat anti tuberkulosis, pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan darah rutin, pemeriksaan sputum BTA tiga kali dan rontgen thorax. Setelah pasien selesai rawat inap direkomendasikan kelanjutan pemberian OAT dan tindak lanjut pengobatan selanjutnya pasien dikembalikan dengan pertimbangan tergantung pada kemudahan pasien untuk berobat (domisili). Kecuali pasien perlu penanganan lebih lanjut, biasanya dokter merekomendasikan untuk kembali berobat ke poliklinik rumahsakit” (Dok.HWW,08/6).

Tabel 5. Pola Penanganan Pasien Tuberkulosis Rawat Inap di RS Dr M Djamil Padang Periode 1 Mei s/d 1 Juli 2007

Variabel	Tanpa Rujukan Indikasi TB Duplek	Gejala Utama Batuk Darah	Gejala Tambahan Sesak Nafas	Ditangani oleh	
				Dokter Sp PD	Dokter Residen
Pemberian OAT	√	√	√	√	
Pemeriksaan Penunjang					
Pemeriksaan kultur	√				√
Pemeriksaan sputum	√	√	√	√	√
Rongent thorax	√			√	√
Rekomendasi	√	√	√	√	√
Kelanjutan OAT	√	√	√	√	√
Tidak lanjut					
Dirujuk kembali					
Puskesmas					
Poli RS	√	√	√	√	√

Pola penanganan lain yang dilaksanakan menurut karakteristik penyakit TB, jika merujuk pada pendapat beberapa dokter yang menanggapi, kemungkinan besar pasien masih perlu dilakukan penanganan lebih mendalam perihal penetapan diagnosa, apakah pasien benar-benar kasus tuberkulosis atau tidak, seperti pasien yang dirawat datang tanpa menggunakan rujukan dengan indikasi suspek TB dan penyakit lain, riwayat penyakit baru dan kambuh, gejala utama batuk dan lain-lain, gejala tambahan lain-lain, jenis kasus akut dan kronis dan ditangani oleh dokter spesialis paru, seperti terlihat pada Tabel 6 berikut.

Tabel 6. Pola Penanganan Pasien Tuberkulosis Rawat Inap di RS Dr M Djamil Padang Periode 1 Mei s/d 1 Juli 2007

Varibel	Therapi OAT	Pemeriksaan Penunjang			Reko-mendasi	Kelanjutan OAT	Tindak Lanjut	
		Kultur	Sputum	Rontgen Thorax			Pusk	Poli RS
Sistem Rujukan								
Tidak ada								
Susp TB	√			√	√			√
Lain-lain			√		√			√
Riwayat Penyakit								
Baru	√		√	√	√			√
Kambuh		√	√	√	√			√
Gejala Penyakit								
Gejala Utama								
Batuk		√	√	√	√			√
Lain-lain	√		√	√	√			√
Gejala Tambahan								
Lain-lain	√		√	√	√			√
Jenis kasus								
Akut	√		√	√	√			√
Kronis		√	√	√	√			√
Penanggung jawab								
Spesialis paru	√		√		√			√

Dukungan pemeriksaan kultur hanya dilakukan terhadap 58% kasus (57% hasil pemeriksaan tidak diterima dokter dari laboratorium sampai pasien selesai dirawat/pulang). Untuk pemeriksaan sputum yang dilakukan pemeriksaan sebanyak 68% kasus (20%-nya tidak diterima dokter dari laboratorium) dan untuk rontgen thorax dari 65% kasus (24%-nya tidak diterima dokter dari radiologi).

Pola penanganan pengobatan untuk pasien dengan karakteristik penyakit tuberkulosis yang lain, jika merujuk pada beberapa literatur yang telah diterangkan di atas, maka pola penanganan yang dilakukan belum dapat dipertanggungjawabkan bahkan seakan-akan pasien kurang mendapatkan perhatian dan respon dari petugas rumahsakit, seperti pasien yang dirawat datang dengan membawa rujukan, gejala tambahan nyeri dada dan badan lemah dan pasien yang ditangani tanpa ada dokter penanggung jawabnya. Selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 7. Pola Penanganan Pasien Tuberkulosis Rawat Inap di RS Dr M Djamil Padang Periode 1 Mei s/d 1 Juli 2007

Variabel	Pakai Dirujuk	Gejala Tambahan		Tidak Ada Dokter Penanggung Jawab
		Nyeri Dada	Badan Lemah	
Pemberian OAT	√		√	√
Pemeriksaan Penunjang				
Pemeriksaan kultur		√		
Pemeriksaan sputum	√	√		√
Rongent thorax	√	√	√	√
Rekomendasi				
Kelanjutan OAT				

Variabel	Pakai Dirujuk	Gejala Tambahan		Tidak Ada Dokter Penanggung Jawab
		Nyeri Dada	Nyeri Dada	
Tidak lanjut Dirujuk kembali Puskesmas Poli RS				

Kerjasama antar petugas dalam melaksanakan pelayanan masih kurang, baik dokter dengan perawat, dokter dengan petugas penunjang lainnya, ataupun perawat dengan petugas lainnya. Komunikasi antar sesama petugas ataupun petugas dengan pasien juga kurang berjalan dengan baik. Pasien lebih banyak mengeluhkan penanganan pengobatannya. Kadang pasien tidak tahu harus ke mana bertanya perihal perkembangan penyakitnya.

"Ketika saya bertanya kepada petugas, apakah dokter sudah datang, jawaban yang kami terima sebentar lagi katanya, dokter sedang kompre," (Dok.HWW,12/3).

"Saya jarang ditanya petugas bagaimana keadaan penyakit saya. Pada waktu dokter datang, saya hanya diperiksa, disuruh meneruskan meminum obat ini dan kadang saya hanya diberi resep untuk mengambil obat ke apotik," (Dok.HWW,11/2).

"Selama dirawat kami hanya dua kali bertemu dokter, dan setelah beberapa hari kami dirawat, ketika kami bertanya kepada petugas apakah kami sudah boleh pulang, karena merasa keadaan badan saya sudah merasa lebih baik, petugasnya bilang nanti saya tanya sama dokternya dulu," (Dok.HWW,15/4).

"Pernah seminggu yang lalu, waktu saya baru enam hari dirawat, oleh petugas, saya diberi tahu bahwa saya sudah

boleh pulang, tapi kok anehnya saya masih merasakan sakit saya belum berkurang. Ketika hal itu saya sampaikan kepada petugas, hanya dijawab ya sudah, nanti ibu berobat lanjutan ke poliklinik saja, soalnya kata dokter ibu sudah bisa berobat jalan saja ke poliklinik,” (Dok. HWW,16/4).

Perhatian petugas terhadap pasien masih kurang, begitu pula kepedulian terhadap keluhan pasien. Komitmen petugas dalam menjalankan fungsi dan perannya guna perbaikan dan peningkatan mutu pelayanan kepada pasien juga masih rendah. Seyogyanya pelayanan kesehatan diberikan ruang yang luas untuk menghargai nilai-nilai individu, termasuk berbagai pilihan yang dimiliki masing-masing pasien serta menempatkan pasien sebagai subjek bukannya objek dari tindakan medik. Bagi pasien sendiri, petugas seharusnya memberikan prioritas pelayanan kesehatan berdasarkan tingkat keparahan penyakit. Pasien menerima kualitas pelayanan kesehatan yang baik, mengurangi atau meminimalkan resiko yang dihadapi pasien dan mempercepat pemulihan dan meminimalkan kecacatan.⁽¹⁰⁾

Pelaksanaan INA DRG *case mix* di RS Dr M Djamil Padang masih sangat beresiko untuk bisa terlaksana secara baik dan benar. Pelaksanaan penanganan pengobatan tuberkulosis khususnya pasien rawat inap, tidak sesuai dengan waktu yang seharusnya ditetapkan pada INA DRG *case mix* yakni selama 6-10 hari. Kenyataan yang terjadi masih bervariasi, kebanyakan antara 5-14 hari (lihat Tabel 3), malah ada yang dirawat inap sampai 20 hari, masih ditambah masa rawat inap yang digunakan untuk proses penetapan diagnosa. Ini jelas akan sangat merugikan rumahsakit dari segi pembiayaan.

Kurangnya dukungan pemeriksaan penunjang yang diminta dokter dari pihak laboratorium maupun radiologi dapat menyulitkan dalam rangka penetapan diagnosa. Keadaan ini memperlambat proses penegakan diagnosa dan bisa mempengaruhi dalam hal masih banyaknya ditemukan pasien yang terindikasi tuberkulosis sampai akhir rawat inap tidak ada penetapan diagnosa akhir (lihat Tabel 3). Ini menimbulkan pelayanan yang tidak efisien dan efektif, jika merujuk

pada INA DRG *case mix* sebagai suatu sistem klasifikasi kombinasi beberapa jenis penyakit dan prosedur/tindakan pelayanan di suatu rumahsakit dengan pembiayaan yang dikaitkan dengan mutu dan efektifitas pelayanan terhadap pasien⁽¹¹⁾. Pasien tidak bisa diklasifikasikan ke dalam jenis penyakit tertentu, sehingga penetapan klaim kepada pasien juga sulit dilakukan dan dipertanggung jawabkan.

Masih perlu dilakukan pengumpulan dan pengkajian kembali informasi mengenai variasi pelayanan untuk dilakukan evaluasi baik prosedur penanganan maupun kualitas pelayanan itu sendiri. Beberapa strategi untuk menerapkan perbaikan kualitas terus menerus⁽¹²⁾ adalah mulai dengan menganalisa variasi dari semua proses, memperhatikan proses, tidak hanya hasil, membuat proses menjadi lebih sederhana dan lebih sederhana lagi, mengusahakan untuk secara konstan melakukan investasi dalam teknologi baru, memandang masalah dari kegagalan sebagai suatu kesempatan untuk perbaikan, melakukan reorganisasi termasuk realokasi sumberdaya agar memudahkan upaya perbaikan terus menerus.

Kesimpulan dan Saran

Sebagian besar pasien tuberkulosis rawat inap berjenis kelamin laki-laki, umur di atas 50 tahun, dirawat pada kelas III dan biaya dijamin melalui program Askeskin. Kebanyakan diagnosa akhir adalah TB paru duplek dengan lama dirawat antara 5–9 hari dan kondisi waktu pulang pasien ada perbaikan. Pemberian obat anti tuberkulosis bagi pasien tuberkulosis rawat inap ditentukan oleh kejelasan diagnosa dengan dukungan pemeriksaan penunjang. Tindak lanjut pengobatan pasien berdasarkan pada kondisi pasien waktu pulang dan kemudahan mencapai sarana pelayanan kesehatan lain yang terdekat. Pola penanganan pengobatan pasien tuberkulosis rawat inap ada yang sesuai prosedur, ada yang penetapan diagnosa akhir

tidak jelas setelah rawat inap, dan ada yang tidak sesuai dengan prosedur yang berlaku.

Masih perlu dilakukan pengumpulan dan pengkajian kembali informasi mengenai variasi pelayanan untuk dilakukan evaluasi, baik prosedur penanganan maupun kualitas pelayanan itu sendiri, dengan menganalisa variasi dari semua proses, memperhatikan proses, membuat proses menjadi lebih sederhana, melakukan reorganisasi termasuk realokasi sumberdaya, mengembangkan konsep peran di lingkungan kerja, yakni suatu representasi sekumpulan harapan atas kesesuaian perilaku (*expected behavior*), dilakukan suatu pelatihan komunikasi asertive terhadap karyawan dan pimpinan.

Daftar Pustaka

1. Siswono. (2001) "Clinical Governance" untuk Cegah Kesalahan Medik. in, *Indonesian Nutrition Network*, 28 November 2001.
2. Mukti, A, G. (2007) *Strategi Terkini Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan, Konsep dan Implementasi*. Yogyakarta: Pusbang Sistem Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan FK UGM.
3. Departemen Kesehatan RI. (2007) *Rencana Kerja Implementasi Case Mix 15 RS Pilot Project di Indonesia Tahun 2007*. Jakarta: Centre for Case Mix.
4. Parchman, ML. (1995) Smal Area Variation Analysis: A Tool for Primary Care Research. *Family Medicine*, Vol. 27, pp. 272-276.
5. Prasetyo. (2005) *Orang Miskin Dilarang Sakit*. Yogyakarta: Resist Book.
6. Koalisi. (2006) *Fact Sheet Tuberkulosis, Koalisi untuk Indonesia Sehat*. (internet). www.koalisi.org (Diakses 22 Juni 2007).
7. Trisnantoro, L. (2005) *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumahsakit*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

8. Davis P, Gribben B, Lay Yee R, Scoot A. (2000) The Supply Hypothesis dan Patterns of Clinical Activity in General Practice. *Social Science and Medicine*, Vol. 50, pp. 407-418.
9. Komite Medik. (2007) *Standar Pelayanan Medik SMF Paru*. Padang: RS Dr M Djamil.
10. Departemen Kesehatan RI. (2007) *Rencana Kerja Implementasi Case Mix 15 RS Pilot Project di Indonesia Tahun 2007*. Jakarta: Centre for Case Mix.
11. Departemen Kesehatan RI. (2007) *Buku Tarif INA-DRG RS Umum dan Khusus Kelas B Tahun 2007*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
12. Gaspersz. (2006) *Total Quality Management (TQM), untuk Praktisi Bisnis dan Industri*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.