

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Data

1. Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini sebanyak 8 responden terdiri dari 5 orang petugas kesehatan dan 3 orang pasien. Deskripsi responden dijelaskan dalam table di bawah ini.

Tabel. 4.1 Deskripsi Responden

No	Nama	Lama Kerja	Pendidikan terakhir	Jabatan
1	Responden 1 (R1)	21 tahun	Profesi Ners	Kepala tim DOTS
2	Responden 2 (R2)	21 tahun	Spesialis Gigi	Direktur bidang Pelayanan dan Penunjang Medik
3	Responden 3 (R3)	2 tahun	Spesialis Paru	Kepala Tim PPI & Dokter Spesialis Paru
4	Responden 4 (R4)	21 tahun	ATLM	Kepala Laboratorium
5	Responden 5 (R5)	21 tahun	Profesi Ners	Kepala Poli
6	Responden 6 (R6)	-	SMA	IRT
7	Responden 7 (R7)	-	SD	Pedagang
8	Responden 8 (R8)	-	SMA	IRT

B. Hasil Penelitian

Dalam penelitian penulis memfokuskan pada kajian pelaksanaan *awareness*, *acceptance* dan kolaborasi penatalaksanaan Tuberculosis dan

Diabetes Melitus di RS Tipe B dengan DOTS. Kolaborasi tuberculosis dan diabetes mellitus (TB-DM) bertujuan untuk menurunkan beban pasien TB pada penyandang DM dan menurunkan beban DM pada pasien TB melalui sistem jejaring dan kemitraan. Kegiatan kolaborasi TB-DM dilaksanakan dengan mengacu pada penanggulangan TB dan DM Pelaksanaan kolaborasi TB-DM oleh petugas kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta diidentifikasi langsung dengan melakukan wawancara mendalam, observasi, kepada petugas kesehatan dan telusur dokumen.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat empat tema yang dihasilkan dari wawancara mendalam yang telah dilakukan dengan responden. Tema yang dihasilkan yaitu komitmen untuk hasil yang lebih baik, kesiapan SDM dan sistem belum optimal. Tema dalam penelitian ini dihasilkan dari kategori-kategori yang mendukung sebagai berikut:

1. Komitmen untuk hasil yang lebih baik

Tema ini dihasilkan dari beberapa kategori yang memiliki makna tentang sejauh mana pemahaman tentang TB dan DM, dan sejauh apa penanganan dan usaha yang telah dilakukan. Berikut deskriptif kode yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Table 4.2 Deskriptif Kode Tema 1

<i>Codes</i>	Kategori	Sub Tema	Tema 1
TB adalah penyakit <i>silent</i> , tidak mudah diketahui	Mudah terkena	Rentan terhadap TB-DM	Komitmen untuk hasil yang lebih baik
Semua bisa tertular TB			
Pasien DM rentan terkena TB			
Merasa tidak nyaman	<i>Awareness</i>		
Kurangnya <i>awareness</i> pasien	pasien kurang		
Pemberian masker untuk pasien			
Pasien sering tidak menggunakan Masker			
TB membutuhkan perawatan intens	Perlu usaha khusus	Usaha Rumah Sakit	
Penanganan TB di Indonesia turun			
Jumlah pasien TB-DM meningkat			
TB-DM penanganannya lebih sulit	Penanganan harus lebih baik		
Ada perbedaan penanganan dulu dan sekarang			
Ada perbedaan pelaporan dulu dan sekarang			
Meningkatkan informasi	Komitmen		
Meningkatkan informasi dan keterampilan	untuk tetap berusaha		
Petugas kesehatan memiliki kesibukan lain			

Hasil wawancara mendalam dengan R2 diketahui bahwa penyakit TB merupakan penyakit yang berbahaya karena jenis penyakit yang tersembunyi dan juga penyakit ini juga tidak mudah diketahui. Selain itu penyakit TB mudah terkena kepada siapa saja karena merupakan salah satu jenis penyakit yang menular. Hasil wawancara yang mendukung pernyataan diatas adalah wawancara dengan petugas kesehatan (R2).

“TB ini adalah penyakit yang silent, kadang orang gak tahu kalau petugas kesehatan kena TB, itu terjadi banyak, ketika satu orang terkena TB, ternyata nular. Petugas kesehatan yang terkena di sini juga ada sehingga luar biasa untuk fokusnya Kemudian ada program DM itu, Karena DM rentan terhadap TB, yang umum saja rentan apalagi yang DM”(R2)

Informan dari petugas kesehatan (R2) menjelaskan bahwa penyakit TB membutuhkan perawatan dan monitoring yang intens karena banyak terjadi kegagalan dalam penanganan TB. Menurut (R2) dan (R5) bahwa penanganan TB di Indonesia semakin menurun karena jumlah pasien TB yang semakin banyak begitu pula pasien TB-DM.

“Indonesia dulu sudah bagus sekarang idonesia turun dibawah tiongkok”(R2)

“Di Indonesia kan jumlah TB nya masih banyak dan sekarang TB nya sudah banyak yang TB-DM, di Jogja juga”(R5)

Petugas kesehatan menyadari bahwa penyakit TB-DM merupakan penyakit yang berbahaya terlihat dari meningkatnya jumlah pasien di Indonesia, sehingga perlu dilakukan penanganan yang intensif. Akan tetapi penanganan TB-DM lebih sulit dibandingkan dengan penanganan TB sendiri maupun DM sendiri. Hasil wawancara R5 yang menjelaskan bahwa penanganan penyakit TB-DM lebih rumit.

“Setau saya ya TB dan DM itu memang lebih rumit dibanding dengan TB tanpa penyerta. Susah karena nanti memang obatnya harus dicari yang pas, jadi penanganan memang lebih sulit dibandingkan pasien TB biasa”

Wawancara diketahui bahwa di Indonesia jumlah pasien TB-DM semakin meningkat, namun penanganan penyakit menunjukkan grafik menurun. Selain itu penyakit TB-DM juga membutuhkan perawatan yang intens. Hal tersebut menunjukkan bahwa penyakit TB-DM membutuhkan usaha khusus untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien.

Petugas kesehatan mengetahui bahwa pengobatan TB-DM membutuhkan penanganan yang bagus sesuai dengan pengalaman yang sudah pernah dilakukan. Petugas kesehatan menyadari pengalaman-pengalaman sebelumnya yang sudah pernah dilakukan yaitu adanya kolaborasi TB-HIV. Hasil wawancara mendalam dengan R1 dan R3 sebagai berikut:

“Baik ada gejala maupun tidak ada gejala Kalau dulu tidak ada gejala tidak dilakukan skrining, tapi sekarang dilakukan skrining semua”(R1)

“Sekarang pasien DM dengan batuk harus skrining TB, Dulu masih HIV, ada klinis batuk, skrining TB, Sekarang diabetes, Untuk TB semua pasien DM dg keluhan respiratori wajib skrining TB”(R3)

Hasil wawancara mendalam dengan R1 menjelaskan bahwa sekarang baik ada gejala maupun tidak ada gejala dilakukan skrining semua, sedangkan dulu tidak ada gejala tidak dilakukan skrining. Selain itu R3 menegaskan bahwa sekarang pasien DM dengan batuk harus dilakukan skrining TB, begitu juga dulu kolaborasi HIV ada

klinis batuk atau skrining TB. Sekarang diabetes, untuk semua pasien DM dengan keluhan respiratori wajib dilakukan skrining TB.

Petugas kesehatan melakukan kolaborasi penanganan dengan juga melakukan skrining dua arah baik dari arah TB maupun DM. Prinsipnya kalau jaman dulu, poli DOTS cuma sama yang sekarang lebih ke arah pelaporan harus benar. Hal tersebut menjelaskan bahwa penanganan TB-DM harus lebih baik dengan adanya pengalaman sebelumnya meskipun bukan TB-DM namun TB-HIV.

Adanya kebijakan penanganan TB dengan penyakit penyerta DM, petugas berusaha agar dapat mengikuti perkembangan penyakit penyerta tersebut. Petugas kesehatan harus selalu mengikut informasi yang berkembang dan berupaya untuk melaksanakan kebijakan dari pemerintah. Sesuai wawancara dengan R1.

Kita selalu mengupdate, salah satu akreditasi, salah satunya mengupdate ilmu. Petugas langsung in-house training kalau perlu dengan ex-house yang diselenggarakan dinas”(R1)

Petugas kesehatan selalu meng-*update* ilmu pengetahuan baik secara *in-house training* dan jika diperlukan dengan *ex-house training* yang diselenggarakan dinas. Adanya kemauan dalam melakukan *update* ilmu akan meningkatkan informasi yang diperoleh dan mendapatkan gambaran apa saja yang perlu dikerjakan. Hal tersebut menunjukkan petugas kesehatan memiliki komitmen untuk tetap

berusaha meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam melaksanakan program kolaborasi TB-DM.

Penyakit TB-DM merupakan penyakit yang berbahaya namun hanya dipahami oleh beberapa orang saja. Menurut R1 rumah sakit memiliki tim yang banyak, namun sebagian besar sibuk semua. Tidak semua petugas kesehatan memahami bahwa TB-DM merupakan kasus yang sekarang menjadi fokus kesehatan yang diutamakan karena jumlah yang semakin meningkat. Oleh karena itu petugas kesehatan terutama dalam tim DOTS diharapkan dapat mendapatkan pelatihan sehingga memunculkan pemahaman dan *awareness* untuk ikut terlibat lebih dalam terkait pengendalian TB-DM.

Pasien juga merasakan beban dalam menjalani pengobatan penyakit TB-DM. Menurut R6 dirinya tidak boleh memakan makanan yang sembarangan dan ada pembatasan makanan yang dikonsumsi terkait penyakit. Beban yang dirasakan pasien tuberculosis yaitu harus memakai masker dimanapun pasien berada.

“Wah iya mas, kerasa banget ini,, gak boleh sembarangan makan lagi, terus susah juga buat pake masker mas.”

Keharusan pasien dalam menggunakan masker setiap saat terkadang membuat pasien merasa tidak nyaman. Hal tersebut sesuai yang disampaikan oleh petugas kesehatan R3 bahwa kadang-kadang

pasien tidak nyaman menggunakan masker sehingga masih sering dibuka di tempat umum.

“Cuman terkadang pasien tidak nyaman, jadi masih dibuka, giliran dengan dokter malah dibuka padahal TBC, kita edukasi”(R3)

“Banyak pasien itu yang mereka kurang sadar tentang penggunaan masker, jadi begitu mereka diedukasi mereka akan menggunakan tapi begitu keluar masker akan di lepas”(R4)

Wawancara diketahui bahwa *awareness* pasien masih kurang dan perlu mendapatkan perhatian khusus terutama oleh petugas kesehatan. Pasien TB-DM perlu mendapatkan pendampingan yang intensif dan selalu mendapatkan edukasi terkait penyakit TB-DM. Meskipun penyakit TB-DM merupakan penyakit yang sulit untuk diobati karena membutuhkan waktu yang lama dan konsistensi yang baik, namun pasien mencoba untuk menjalani dengan tenang. R7 menjelaskan bahwa awal dari diagnosis dan pengobatan yang dijalani merasa ada beban berat, namun sekarang sudah terbiasa dan tidak menjadi beban lagi. Pengobatan pada pasien TB-DM menurut R3 secara standar yang ditetapkan adalah 6 bulan, namun tetap melihat kondisi pasien sehingga bias sampai 9 bulan atau maksimal 1 tahun OAT diberikan.

Berdasarkan hasil wawancara tersebut di atas dapat diketahui bahwa petugas kesehatan menyadari penyakit TB-DM merupakan penyakit yang menular sehingga orang lain mudah terkena. Penyakit

TB perlu upaya penanganan khusus sehingga sangat penting difokuskan dalam pengendalian maupun pencegahan. Akan tetapi penanganan juga perlu dilakukan dengan baik lagi dikarenakan penanganan TB-DM yang lebih sulit dibandingkan dengan TB tanpa penyakit penyerta.

Petugas kesehatan juga memiliki komitmen yang lebih baik untuk tetap berusaha dalam melakukan upaya pencegahan dan pengendalian TB-DM. Petugas kesehatan memahami bahwa ada perbedaan program dulu dan sekarang, sehingga mereka tertarik untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan. Pemahaman petugas kesehatan dikalangan professional kesehatan diharapkan dapat meningkatkan pelaksanaan TB-DM.

Penelitian ini juga menunjukkan adanya kendala dalam penatalaksanaan TB-DM. Sebagian petugas cenderung memiliki kesibukan sehingga hanya sedikit petugas yang menangani TB-DM terutama di pelayanan DOTS.

“Tim banyak, tapi sibuk semua dan saya maksklum, saya sudah berkomitmen, walaupun dengan keterbatasan tenaga tetap saya kerjakan” (R3).

Selain petugas kesehatan, pasien juga merasakan memiliki *awareness* yang masih rendah. Pasien masih merasakan beban karena

tidak boleh makan makanan yang sembarangan dan ada pembatasan makanan yang dikonsumsi terkait DM serta harus selalu menggunakan masker.

2. Kesiapan SDM dan sistem belum optimal

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tema kedua yaitu SDM dan sistem belum optimal dalam hal kesiapan. Tema ini berbicara ada atau tidaknya dukungan dari dinas kesehatan terkait SOP, pelatihan dan pelaporan. Berikut deskriptif kode yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Table 4.3 Deskriptif Kode Tema 2

Kode	Kategori	Tema 2
SOP masih dalam proses Belum ada SOP program TB-DM	SOP belum ada	Kesiapan SDM dan sistem belum optimal
Belum ada pelatihan Pelatihan belum diberikan	Pelatihan belum ada	
Pelaporan masih manual Belum dilakukan perekapan	Pelaporan terpadu belum ada	
Pelaporan kasus TB-DM masih biasa Belum ada program khusus TB-DM		

Wawancara yang dilakukan dengan petugas kesehatan R1 menyebutkan bahwa implementasi program TB-DM sudah dilakukan dan berjalan dengan baik. Petugas kesehatan menjalankan kolaborasi TB-DM menggunakan TB-01. Menurut R1 juga program TB-DM sudah aplikatif dalam pelaksanaannya. Hal tersebut didukung oleh R4 yang menjelaskan bahwa kolaborasi sudah berjalan di rumah sakit.

Hanya saja program yang lebih resmi perlu dirilis oleh dinas kesehatan sebagai dasar rumah sakit dalam melaksanakan program TB-DM di rumah sakit.

“Sudah aplikatif sekali, adanya program otomatis melangkahnya lebih kuat karena kalau dari interen rumah sakit tergantung manajemen rumah sakit. kita belum buat, kita tetap menjalankan, kita bisa menjalankan tertera di TB-01 atau, klik DM kita masuk, DM ya, obatnya apa klik, klik di TB-DM, kalau kita di Implementasi dilapangan ada, bisa di lihat dari TB-01 atau di SITT TB” (R1)

“Tapi untuk kolaborasi insya allah selalu berjalan.”(R3)

Pelaksanaan kolaborasi TB-DM tidak akan berjalan dengan baik tanpa ada dukungan dari pemerintah. tersebut memberikan gambaran adanya kendala yang menyebabkan petugas masih kurang optimal dalam melakukan penatalaksanaan TB-DM. Wawancara dengan R5 sebagai berikut:

“Kalau TB-DM belum ada jadi masih include sama TB biasa,”(R5)

“Iya adanya di TB-01 belum ada kebijakan khusus, dan sekarang masih diproses” (R1)

Rumah sakit belum memiliki payung hukum yang kuat dalam mengimplementasikan kolaborasi TB-DM, karena dinas belum menurunkan kebijakan terkait dengan penatalaksanaan TB-DM. Hal tersebut sesuai program TB-DM masih belum ada, masih *include* dengan TB biasa dan TB-DM baru diproses dinas. Penyakit TB-DM perlu segera mendapatkan perhatian khusus sehingga meningkatkan derajat kesehatan pasien TB.

Kolaborasi merupakan bentuk kerjasama dan interaksi oleh petugas kesehatan, pasien maupun lembaga terkait. Kerjasama yang terjalin membuat prosedur penatalaksanaan TB-DM dapat berjalan secara optimal. Wawancara dengan R5 yang menjelaskan bahwa program penanganan TB-DM seperti TB biasa. Hal tersebut juga didukung dengan penjelasan R1 bahwa SOP khusus untuk TB-DM belum ada dan masih menunggu kebijakan dari dinas. Sampai sekarang SOP, leaflet dan lain-lain masih dalam proses.

“Semua yang berhubungan dengan SPO, plamflet, itu memang baru di proses, kita tetap menunggu dealnya dinas, Begitu dinas deal, semua diperiksa, langsung membuat SOP, pamphlet, leaflet dan sebagainya. Kalau SOP nunggu dari dinas Tertera di TB-01, karena kalau buat SOP ada acuan dari dinas, dinas kan belum menurunkan,”(R1)

Meskipun belum ada kebijakan yang resmi dari dinas, rumah sakit sudah menjalankan kolaborasi TB-DM dengan menggunakan lembar TB-01 sebagai acuan.

Kolaborasi TB-DM juga masih belum optimal dilaksanakan. Petugas kesehatan belum diberikan pelatihan khusus.

“Kalau TB-DM bilanganya dari dinas baru diproses, baru undangan seminar dan pelatihan, untuk pelatihan belum, masih dijanjiin.”

Pelatihan bagi petugas kesehatan juga masih dalam proses. Selama ini petugas kesehatan hanya berupaya untuk meningkatkan informasi dengan *in-house training* dan mengacu pada buku pedoman nasional tentang penanggulangan tuberculosis di rumah sakit.

Kolaborasi melibatkan semua petugas kesehatan dan rencananya akan diadakan pelatihan bagi petugas kesehatan terkait kolaborasi TB-DM dari dinas. Pelatihan dibutuhkan agar pelaksanaan kolaborasi dapat berjalan dengan baik dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Petugas kesehatan secara sadar mengetahui bahaya penyakit TB-DM yang sekarang sudah banyak kasus yang ditemukan. Namun dalam implementasinya masih terdapat hambatan-hambatan terutama dalam pelaporan kasus TB-DM. Petugas kesehatan (R1) menjelaskan bahwa pelaporan jumlah pasien TB-DM masih manual berupa formulir pada TB-01.

“Kemarin kemarin masih berupa manual, masih ditulis di form, jadi belum seluruhnya masuk ke STTP, soalnya ini program digalakkan baru-baru ini ya mas, Ada di T- 01, tapi memang belum direkap, kalau ada yang resmi, kalau udah resmi saya tambahkan TB-DM,”(R1)

“Nak TB-DM mungkin nggak begitu banyak kasusnya ya mas, nak TB biasa emang banyak. Karena kita masih laporan biasa sedangkan TB dan HIV itu sudah ada programnya,”(R5)

Hal tersebut menunjukkan bahwa pelaporan kasus TB-DM masih manual dan menunggu kebijakan resmi dari dinas kesehatan. Jika sudah ada kebijakan resmi rumah sakit akan melakukan perekapan dari data TB-01.

Pelaporan yang dilakukan petugas kesehatan masih manual dan belum dilakukan perekapan. Hal tersebut dapat menyebabkan dinas kesehatan juga belum memiliki data pasti terkait pasien TB-DM

sehingga menyebabkan *missing cases* kasus TB di Kota Yogyakarta masih tinggi. Pengendalian TB-DM terutama di D.I. Yogyakarta masih perlu ditingkatkan.

Berdasarkan hasil wawancara tersebut di atas dapat diketahui dinas belum menurunkan kebijakan terkait dengan penatalaksanaan TB-DM. Kebijakan baik SOP maupun pelatihan belum diberikan kepada SDM. Selain itu pelaporan juga belum ada karena petugas kesehatan melakukan perekapan secara manual. Hal tersebut menunjukkan bahwa kesiapan SDM karena sistem yang belum optimal.

3. Potensi Kolaborasi TB-DM

Hasil penelitian ini diketahui bahwa tema ketiga yaitu potensi kolaborasi program TB-DM yang baik dilakukan rumah sakit. Tema ini dihasilkan dari bentuk kolaborasi yang muncul saat penanganan atau pengelolaan TB-DM. Berikut deskriptif kode yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Table 4.4 Deskriptif Kode Tema 3

Kode	Kategori	Tema 3
Koodinasi dengan poliklinik Penjaring TB dilakukan di poliklinik Penanganan penderita TB-DM di semua unit pelayanan	Skrining awal sudah siap	Potensi kolaborasi TB- DM yang baik
Konsep pemerintah dengan kerjasama Kebijakan pemerintah memberikan dukungan bekerja	Dukungan kebijakan	

Kode	Kategori	Tema 3
Keterlibatan rumah sakit dengan pasien, keluarga dan masyarakat	Kerjasama dengan masyarakat	
Saling bersinergi dengan TB Care 'Aisyiyah		
Dukungan dan support TB Care 'Aisyiyah		

Petugas kesehatan sudah memahami bahwa untuk penanganan TB-DM semua unit pelayanan baik di poli, IGD, dan bangsal bisa menjadi pintu masuk penanganan TB-DM. Petugas kesehatan R4 menjelaskan bahwa penjangkaran yang paling aktif yaitu dari poliklinik dan selalu melakukan koordinasi dengan petugas kesehatan di poliklinik.

“Kalau untuk penjangkaran itu yang dilakukan dari poliklinik, kalau untuk TB nya dari pasien aja nanti yang paling aktif untuk menjangkarkan pasien dari poliklinik”.

Hal tersebut menunjukkan adanya kerjasama antar petugas kesehatan dalam rumah sakit untuk meningkatkan pelayanan kolaborasi TB-DM. Petugas kesehatan menyadari akan fokusnya penyakit TB-DM sekarang dan melakukan interaksi antara petugas kesehatan, baik dari poli klinik, poli penyakit dalam, laboratorium maupun bagian farmasi serta kasir yang menandakan bahwa skrining awal sudah siap. Petugas sudah siap dalam melakukan skrining awal TB maupun DM di semua unit terutama di poliklinik.

Kerjasama juga dilakukan dengan pasien salah satunya dengan melakukan kontak pasien untuk memberi tahu tanggal pengobatan obat. Monitoring juga dilakukan melalui monitoring obat harian untuk mengetahui apakah pasien sudah mengambil obat pada waktu yang sudah ditentukan. Jika tidak diambil petugas kesehatan akan melakukan kontak pada pasien untuk segera mengambil obat, jika belum diambil dalam waktu 2 hari, petugas kesehatan melakukan koordinasi dengan dinas kesehatan dan menerjunkan petugas puskesmas untuk terjun ke lapangan.

Rumah sakit sangat mendukung adanya kolaborasi TB-DM. Bahkan rumah sakit memberikan kebijakan dengan mengeluarkan surat keterangan dalam perawatan pasien sebagai upaya penjaminan obat bagi pasien. Rumah sakit bertanggungjawab atas kesembuhan pasien, sehingga rumah sakit juga melakukan kerja sama dengan dinas kesehatan. Rumah sakit akan melaporkan apabila dalam masa pengobatan pasien tidak mengambil obat, akan melaporkan ke dinas kesehatan. Kemudian dinas kesehatan juga akan melakukan koordinasi dengan petugas kesehatan pada puskesmas di wilayah pasien tinggal untuk melakukan kunjungan terkait pengambilan obat.

“Sekarang konsep pemerintah ada di TB, sasaran-sasaran TB sekarang ini pemerintah lebih focus dengan melakukan bekerjasama dengan rumah sakit swasta dan umum”(R2)

“Dinas kesehatan yang mengharuskan begini dan begitu, otomotasis mengerjakan karena ada payung di atas dan disupport sehingga lebih enteng”(R1)

Wawancara tersebut menunjukkan bahwa dinas kesehatan merupakan salah satu pihak yang harus bersedia untuk melakukan kerjasama dengan rumah sakit swasta maupun umum. Kolaborasi juga dilakukan rumah sakit juga mendapatkan dukungan kebijakan dari dinas kesehatan, terkait dengan berjalannya pengobatan pasien TB-DM dan pelaporan kasus. Dukungan pemerintah dengan adanya kebijakan-kebijakan akan menciptakan kolaborasi yang efektif sehingga tujuan dapat tercapai.

Selain kerjasama dengan dinas kesehatan, pihak rumah sakit juga melibatkan masyarakat. Wawancara dengan R3 sebagai berikut:

“Kalau TB DOTS memang semua jangan sampai tidak minum obat, jangan sampai terlambat, observasi ada istilah untuk mengawasi yaitu PMO dari keluarga atau melibatkan masyarakat sekitar”(R3)

Rumah sakit membutuhkan kerjasama dengan keluarga dan masyarakat untuk melakukan pencegahan dan pengendalian TB-DM. Selain itu menurut RI DOTS yang ada di rumah sakit jogja berbeda dengan rumah sakit yang lain.

“TB berjalan sekali, karena banyak dukungan dan support, saya adanya kader2 ‘Aisyiyah, termasuk penyumbang suspek yang tidak dijangkau dinas, Jadi asiyah organisasi dimana dikasih kepercayaan WHO untuk mengatasi TB, TB berjalan sekali, karena banyak dukungan dan support. adanya kader-kader ‘Aisyiyah, termasuk penyumbang suspek yang tidak dijangkau dinas, Kader itu dilatih oleh RS dan juga dinas kesehatan”(R1)

“Iya itu program pemerintah, dan ‘Aisyiyah juga dapat amanat dari WHO, jadi bias saling bersinergi” (R2)

Rumah sakit dan TB Care ‘Aisyiyah saling bersinergi dengan rumah sakit. Dukungan dan support oleh kader-kader ‘Aisyiyah menunjukkan kerjasama yang bagus antara masyarakat dengan rumah sakit. Selain itu rumah sakit juga melibatkan pasien, keluarga serta mendapatkan dukungan dan support dari TB Care ‘Aisyiyah yang menandakan bahwa kerjasama dengan masyarakat terjalin dengan baik.

Berdasarkan hasil wawancara bahwa kolaborasi dilakukan antara petugas kesehatan dirumah sakit terutama di poli klinik, petugas kesehatan dengan pasien dan keluarga, rumah sakit dengan dinas kesehatan dan organisasi lain sudah dilakukan. Hal tersebut menjadi potensi rumah sakit melakukan kolaborasi TB-DM yang baik.

4. Kesiapan untuk kolaborasi TB-DM

Hasil penelitian ini diketahui bahwa tema ketiga yaitu kesiapan kolaborasi program TB-DM yang menunjang. Berikut deskriptif kode yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Table 4.5 Deskriptif Kode Tema 4

Kode	Kategori	Tema 4
Penggunaan TB01 dalam menjalankan kolaborasi TB-DM Sudah aplikatif	System IT sudah mendukung	Kesiapan untuk kolaborasi TB-DM

Kode	Kategori	Tema 4
Kolaborasi sudah berjalan Dilakukan skrining dua arah Penanganan TB-DM sekarang dengan dilakukan skrining dua arah	Penanganan lebih komprehensif	
Perencanaan pemerintah untuk mendukung kolaborasi TB-DM Dukungan pemerintah dengan pemberian alat Fasilitas pendukung memudahkan skrining TBD (dukungan ahli)	Kerjasama pemerintah	

Kesiapan petugas kesehatan dalam penatalaksanaan TB-DM akan memudahkan untuk melakukan kolaborasi. Wawancara yang dilakukan dengan petugas kesehatan R1 menyebutkan bahwa implementasi program TB-DM sudah dilakukan dan berjalan dengan baik. Petugas kesehatan menjalankan kolaborasi TB-DM menggunakan TB-01. Menurut R1 juga program TB-DM sudah aplikatif dalam pelaksanaannya. Hal tersebut didukung oleh R4 yang menjelaskan bahwa kolaborasi sudah berjalan di rumah sakit. Hanya saja program yang lebih resmi perlu dirilis oleh dinas kesehatan sebagai penguat rumah sakit dalam melaksanakan program TB-DM di rumah sakit.

“Sudah aplikatif sekali, adanya program otomatis melangkahnya lebih kuat karena kalau dari interen rumah sakit tergantung manajemen rumah sakit. kita belum buat, kita tetap menjalankan, kita bisa menjalankan tertera di TB-01 atau, klik DM kita masuk, DM ya, obatnya apa klik, klik di TB-DM, kalau kita di Implementasi dilapangan ada, bisa di lihat dari TB-01 atau di SITT TB” (R1)

“Tapi untuk kolaborasi insya allah selalu berjalan.”(R3)

Wawancara di atas menunjukkan bahwa pelaksanaan kolaborasi TB-DM sudah berjalan, di tunjang dengan system IT yang sudah rumah sakit jalankan. Hal tersebut didukung data telusur dokumen adanya Lembar TB-01 untuk pasien. Sedangkan dalam implementasinya penanganan dengan skrining pasien TB dan DM dilakukan melalui dua arah. Pasien TB akan dilakukan pemeriksaan DM, begitu sebaliknya pasien DM dengan keluhan akan dilakukan skinning TB.

“Penanganan dari arah manapun sama kalau pasien TB otomatis kita skrening DM sebaliknya juga”(R1)

“Kolaborasi itu penting juga untuk peningkatan mutu rumah sakit”(R2)

Adanya kolaborasi ini diharapkan dapat meningkatkan mutu rumah sakit dan juga dapat ditemukan pasien dengan penyakit penyerta. Hal tersebut memudahkan petugas kesehatan dalam melakukan pengobatan yang tepat.

Berdasarkan hasil observasi diketahui bahwa dalam konsesus pengelolaan TB-DM di Indonesia tahun 2015, pada penatalaksanaan TB sudah dilakukan sesuai dengan prosedur. Penalataksanaan TB-DM di mulai dari penapisan dengan melakukan wawancara, pemeriksaan foto toraks, dilakukan penegakan diagnosis oleh dokter dan melakukan pemeriksaan bakteriologis. Proses pengobatan dilakukan dengan mengikuti strategi DOTS, petugas memastikan pasien

menelan OAT dan dilakukan pengendalian glukosa. Pasien dengan diagnosis TB dengan DM mendapatkan tatalaksana TB dan tatalaksana DM, kemudian diberikan KIE tentang pencegahan TB dan DM.

Hasil observasi penatalaksanaan pasien TB penyandang DM dimulai penapisan dengan pemeriksaan glukosa plasma oleh dokter, kemudian pengelolaan dan pencegahan diabetes mellitus, melakukan terapi OAT dan insulin. Pasien dengan diagnosis TB dengan DM mendapatkan tatalaksana TB dan tatalaksana DM, kemudian diberikan KIE tentang pencegahan TB dan DM, hal ini sesuai dengan konsensus TB-DM tahun 2015.

Dinas kesehatan berencana memberikan fasilitas pendukung yaitu *GeneXpert* TB Test dalam memudahkan skrining TB-DM. Hal tersebut ditanggapi positif oleh petugas kesehatan. Ada rencana *GeneXpert* TB Test untuk rumah sakit Jogja dari pemerintah. Hal tersebut sesuai dengan wawancara petugas kesehatan sebagai berikut:

“Ada rencana pemberian GeneXpert TB Test untuk rumah sakit Jogja dari pemerintah. Jadi ada beberapa alat yang tidak semua rumah sakit dapat, dipilih yang laporan bagus, kemarin sudah ditinjau dia mnta tempatnya dimana, tinggal menunggu turunnya alat,”(R2)

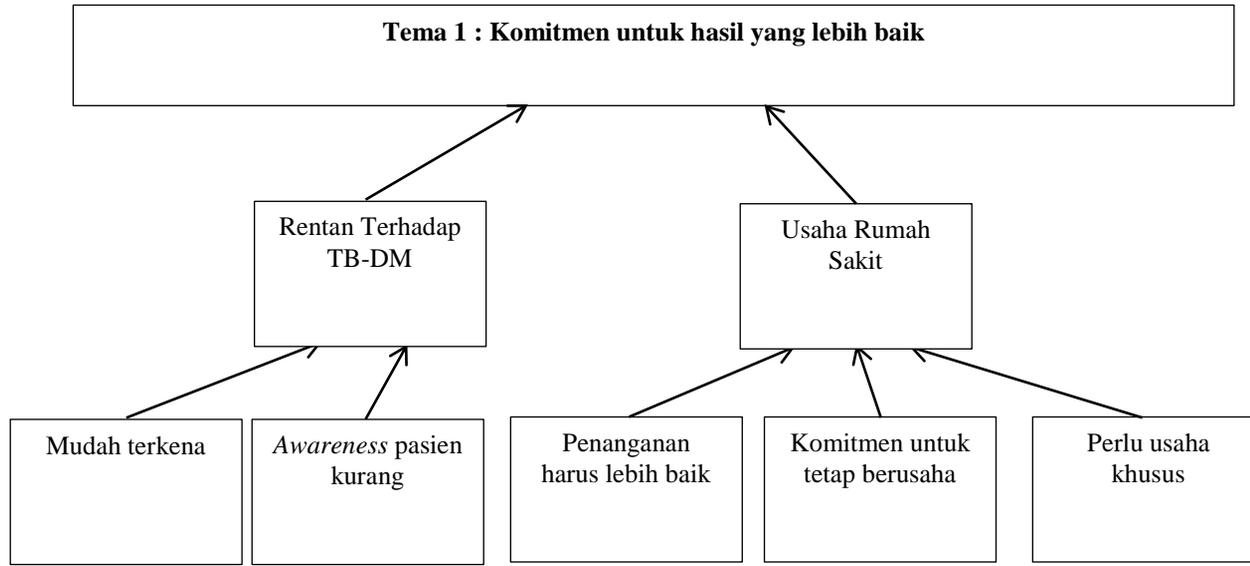
Petugas kesehatan R3 juga menjelaskan bahwa adanya *GeneXpert* TB Test membantu dalam melakukan skrining TB-DM.

“Saya ragu itu TB, saya pasti akan minta bantuan genexpert TB Test, kalau saya tidak ragu sudah saya berani, TB dengan DM lesi lebih banyak di bawah, Kalau diabetes untuk terapi ini, genexpert TB Test sangat membantu sekali.”(R3)

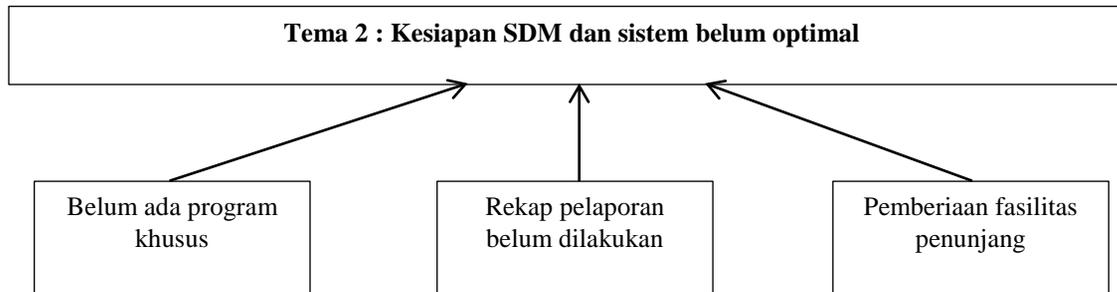
Pemberian alat penunjang tentu akan memberikan motivasi bagi petugas kesehatan untuk melakukan kolaborasi TB-DM. Pemberian alat *GeneXpert TB Test* merupakan fasilitas penunjang rumah sakit dalam melakukan pemeriksaan skrining pasien TB-DM. Perencanaan pemerintah untuk mendukung kolaborasi TB-DM ditunjukkan dengan pemberian fasilitas penunjang yaitu *GeneXpert TB Test*. Adanya dukungan pemerintah dengan memberikan fasilitas pendukung tersebut memudahkan petugas kesehatan dalam melakukan skrining TB-DM.

Kesiapan rumah sakit dalam pelaksanaan kolaborasi didukung dengan system IT sudah mendukung, penanganan komprehensif, serta kerjasama dengan pemerintah ditunjukkan dengan pemberian *GeneXpert TB Test*. Petugas kesehatan ikut terlibat dan saling berkoordinasi.

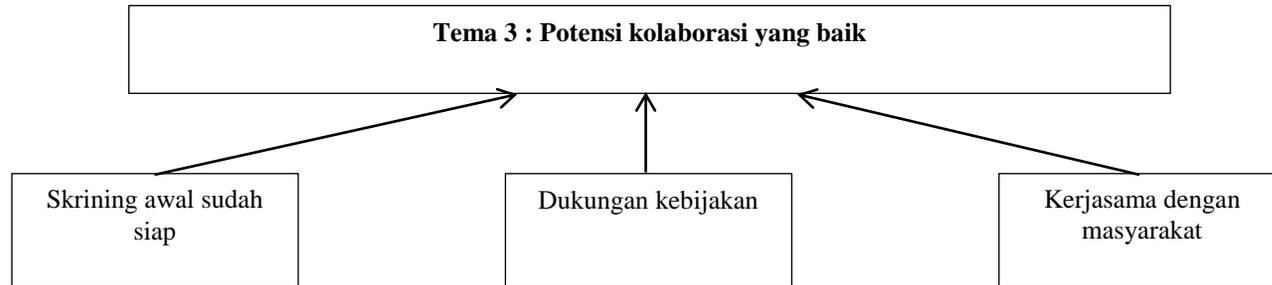
Berikut adalah skema semua tema yang muncul di penelitian ini:



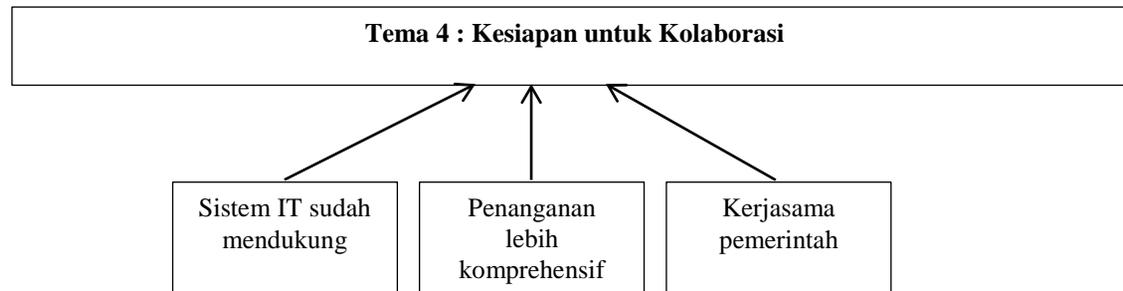
Gambar 4.1 Skema Tema 1



Gambar 4.2 Skema Tema 2



Gambar 4.3 Skema Tema 3



Gambar 4.4 Skema Tema 4

C. Pembahasan

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui *awareness*, *acceptance* dan kolaborasi penatalaksanaan Tuberculosis dan Diabetes Melitus di RS Tipe B dengan DOTS di kota Yogyakarta. Rumah Sakit sudah membentuk Tim *Directly Observed Treatment Short Course* atau sering disebut DOTS sejak tahun 2002. Komponen dalam DOTS meliputi komitmen pemerintah untuk menjalankan program TB nasional, penemuan kasus TB dengan pemeriksaan BTA mikroskopis, pemberian obat jangka pendek atau *Directly Observed Therapy (DOT)*, pengadaan OAT secara berkesinambungan dan monitoring serta pencatatan dan pelaporan yang baku/standar.

1. Komitmen untuk hasil yang lebih baik

Penyakit TB-DM merupakan penyakit yang berbahaya dikarenakan penyakit yang *silent* dan tidak mudah diketahui, semua orang dapat tertular terkait dengan penyakit TB baik pasien lain maupun petugas kesehatan itu sendiri. Selain itu penyakit TB mudah terkena kepada siapa saja karena merupakan salah satu jenis penyakit yang menular. Penanganan TB-DM pun lebih sulit dibandingkan dengan penyakit TB biasa. Studi kohort oleh Corona (2012) pada studi kohort prospektif nya menunjukkan bahwa pasien TB dan DM memiliki manifestasi klinis yang lebih berat, konversi sputum yang

tertunda, dan kemungkinan kegagalan pengobatan, kekambuhan, dan kambuh yang lebih tinggi.

Penyakit TB merupakan salah satu dari sepuluh penyebab utama kematian di seluruh dunia. Negara Indonesia termasuk dalam lima Negara memiliki jumlah kasus tuberculosis terbesar dengan menempati posisi urutan kedua setelah India, kemudian Negara Cina, Filipina dan Pakistan yang diperkirakan menyumbangkan kasus tuberculosis secara bersama-sama sebesar 56% (WHO, 2017). Sedangkan Diabetes melitus (DM) merupakan faktor risiko penting untuk perkembangan tuberculosis (TB) aktif. Diabetes melitus adalah penyakit yang tidak menular yang menyebabkan penderitanya memiliki kemungkinan 3 kali lebih tinggi untuk menderita TB aktif (Kemenkes RI, 2015).

Di Indonesia jumlah pasien TB-DM semakin meningkat dan penanganan TB-DM juga mengalami penurunan. Petugas kesehatan menyadari bahwa penyakit TB-DM merupakan penyakit yang berbahaya terlihat dari meningkatnya jumlah pasien di Indonesia, sehingga perlu dilakukan penanganan yang intensif. Penyakit TB perlu difokuskan bahwa sangat penting dilakukan pengendalian maupun pencegahan. Hal tersebut menunjukkan bahwa penyakit TB-DM membutuhkan usaha khusus untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien.

Akan tetapi penanganan juga perlu dilakukan dengan baik dikarenakan penanganan TB-DM yang lebih sulit dibandingkan dengan TB tanpa penyakit penyerta. Diabetes tiga kali lipat risiko untuk tuberkulosis aktif, sehingga meningkatnya beban diabetes tipe 2 akan membantu untuk mempertahankan epidemi tuberkulosis saat ini. Rekomendasi telah dibuat untuk screening dua arah, tetapi bukti langka tentang kinerja tes tuberkulosis spesifik pada individu dengan diabetes, tes diabetes khusus pada pasien dengan tuberkulosis, dan skrining dan terapi pencegahan untuk infeksi tuberkulosis laten pada individu dengan diabetes. Manajemen klinis pasien dengan kedua penyakit bisa sulit (Riza *et al*, 2014). Beban penyakit dari tuberkulosis (TB) dan diabetes mellitus (DM) meningkat secara global. Bukti saat ini menunjukkan bahwa DM meningkatkan kemungkinan mengembangkan TB. Disfungsi kekebalan karena DM meningkatkan kecenderungan untuk mengembangkan TB. DM dan TB mempersulit satu sama lain dan menghadirkan tantangan klinis yang sangat besar (Kibirige *et al*, 2013).

DM merupakan penyakit menahun yang akan disandang seumur hidup. TB merupakan penyakit infeksi paru yang menjadi penyebab utama kesakitan dan kematian seluruh dunia. Pengelolaan penyakit DM memerlukan peran serta dokter, perawat, ahli gizi, dan tenaga

kesehatan lain (PERKENI, 2015). Oleh karena itu Tuberkulosis dan Diabetes melitus (TB-DM), maka akan membutuhkan *awareness*, *acceptance* dan kolaborasi dari semua petugas kesehatan. Adanya *awareness*, *acceptance* dan kolaborasi petugas kesehatan akan pentingnya melakukan pelayanan dua arah pada pasien tuberculosis maupun diabetes mellitus menjadi daya dukung dalam program pengendalian kasus TB-DM.

Petugas kesehatan memiliki *awareness* dalam melakukan upaya pencegahan dan pengendalian TB-DM. Petugas kesehatan memahami bahwa ada perbedaan program dulu dan sekarang, sehingga mereka tertarik untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan. Dahulu penyakit TB hanya dilakukan skrining TB saja, sekarang dilakukan skrining dua arah yaitu skrining DM, begitu juga penyakit DM pasien yang memiliki gejala TB dilakukan skrining TB. *Screening* aktif sangat membantu dalam mendeteksi TB pulmonal pada pasien lanjut usia dengan riwayat DM (Lin, 2015), *screening* DM pada TB harus mengarah pada deteksi DM yang lebih baik dan lebih dini, pengobatan DM yang lebih dini dan lebih baik serta hasil klinis yang lebih baik pada pengobatan anti-TB (Li, 2012). Menurut Prakash (2012) skrining dua arah untuk DM dan TB adalah layak, dengan hasil DM yang tinggi di antara pasien TB. *Screening* pasien TB untuk

DM bisa menjadi alat yang efisien untuk manajemen program TB-DM komorbiditas. Pemahaman petugas kesehatan dikalangan profesional kesehatan diharapkan dapat meningkatkan pelaksanaan TB-DM. Hal tersebut menjelaskan bahwa penanganan TB-DM harus lebih baik dengan adanya pengalaman sebelumnya meskipun bukan TB-DM namun TB-HIV.

Petugas kesehatan selalu memperbarui ilmu pengetahuan baik secara internal maupun eksternal. Adanya kemauan dalam melakukan *update* ilmu akan meningkatkan informasi yang diperoleh dan mendapatkan gambaran apa saja yang perlu dikerjakan. Petugas kesehatan menunjukkan adanya komitmen yang lebih baik untuk tetap berusaha dalam melakukan upaya pencegahan dan pengendalian TB-DM.

Menurut Kichko dan Flessa (2016) *awareness* pada petugas kesehatan tergantung pada usia, jenis kelamin, ketersediaan asuransi kesehatan dan cakupannya. Dokter yang bekerja di rumah sakit diharapkan mendapat informasi yang lebih baik. Disarankan bahwa dokter yang memiliki pengalaman yang cukup, kemauan untuk dilatih tergantung pada usia. Dokter yang memiliki rekam medis elektronik dan riwayat medis keluarga pasien mereka terlihat lebih mungkin

untuk menerima program kesehatan. Tingkat kepercayaan seseorang juga berpengaruh terhadap *awareness*.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa petugas kesehatan memiliki *awareness* akan bahaya kasus TB-DM sehingga penting untuk melakukan penanganan. Penyakit TB membutuhkan perawatan dan monitoring yang intens karena banyak terjadi kegagalan dalam penanganan TB. Penyakit TB-DM yang berbahaya hanya dipahami oleh beberapa orang saja. Rumah sakit memiliki tim yang banyak, namun hanya sebagian yang ikut terlibat untuk membantu melakukan penatalaksanaan TB-DM. Hal tersebut dapat dikarenakan belum adanya pelatihan khusus dalam implementasi TB-DM dan masih bersifat *text book*. Selama ini petugas kesehatan meningkatkan informasi dengan *in-house training* dan mengacu pada buku pedoman nasional tentang penanggulangan tuberculosis di rumah sakit.

Pemahaman petugas kesehatan berada pada lini terdepan sangat diharapkan untuk selalu memberikan pelaksanaan TB-DM (Perkeni dan WDF, 2013). Kurangnya pemahaman di kalangan profesional kesehatan dan kesiapan dikarenakan kurangnya pelatihan yang tepat bagi tenaga kesehatan sering menyebabkan tertundanya diagnosis TB. Pengembangan tenaga kerja profesional kesehatan di perawatan primer dan sekunder melalui pelatihan dasar dan pascasarjana dan

pengembangan profesional berkelanjutan diharapkan menambah pengalaman dan kompetensi tenaga kesehatan (PHE, 2015).

Pasien juga merasakan beban dalam menjalani pengobatan penyakit TB-DM. Pasien tidak boleh memakan makanan yang sembarangan dan ada pembatasan makanan yang dikonsumsi terkait diet. Beban yang penyakit tuberculosis yaitu harus memakai masker dimanapun pasien berada. Keharusan pasien dalam menggunakan masker setiap saat terkadang membuat pasien merasa tidak nyaman. Hal tersebut sesuai hasil wawancara mendalam dengan petugas kesehatan yaitu pasien kadang tidak menggunakan masker.

Pasien yang menderita TB-DM lebih sering mempunyai manifestasi klinis yang lebih berat dibanding tanpa DM, konversi sputum yang tertunda, kegagalan terapi yang lebih tinggi, *recurrence* dan *relapse* yang lebih tinggi. Pada TB-DM penting menormalkan (mengontrol) kadar glukosa darah melalui diet, olah raga dan obat-obatan sehingga mempercepat penyembuhan. Kombinasi obat TB dengan obat DM harus diperhatikan, karena dapat menyebabkan terjadinya hiperglikemia dan atau menurunnya efektifitas obat TB (Miharja dkk, 2015).

Berkaca dari program kolaborasi TB-HIV bahwa *awareness* di antara pasien HIV atau TB juga menghambat rujukan silang;

khususnya pasien TB ragu untuk skrining HIV. Selain itu kapasitas dan sikap staf juga menjadi merupakan perhatian. Isu-isu yang berkaitan dengan sumber daya manusia bersama dengan konflik kepentingan di antara para pemangku kepentingan yang terlibat adalah hambatan utama dalam kolaborasi TB-HIV (Rathore *et al*, 2018).

Komitmen dibutuhkan semua pihak yang bersangkutan agar mencapatakan hasil yang lebih baik terkait penyakit TB-DM. Penularan penyakit TB tidak dapat dibiarkan begitu saja karena dapat mengakibatkan penyebaran terhadap pasien lain maupun petugas kesehatan sendiri yang membahayakan kesehatan, sehingga perlu dilakukan adanya pengendalian dan pencegahan dengan kolaborasi penatalaksanaan TB-DM bagi dari pihak rumah sakit yaitu petugas kesehatan, dinas kesehatan maupun dengan pasien dan masyarakat.

Berdasarkan hasil penelitian, teori dan penelitian sebelumnya menunjukkan petugas kesehatan menyadari penyakit TB-DM merupakan penyakit yang berbahaya dan semua orang mudah terkena, didukung oleh kurangnya *awareness* pasien akan pentingnya pencegahan TB-DM, terlihat dari bagaimana pasien memahami peran penggunaan masker yang masih kurang. Penyakit TB perlu difokuskan bahwa sangat penting dilakukan pengendalian maupun

pengecehan. Akan tetapi penanganan juga perlu dilakukan dengan baik dikarenakan penanganan TB-DM yang lebih sulit dibandingkan dengan TB tanpa penyakit penyerta.

Maka petugas kesehatan juga memiliki komitmen yang lebih baik untuk tetap berusaha dalam melakukan upaya pencegahan dan pengendalian TB-DM. Petugas kesehatan memahami bahwa ada perbedaan program dulu dan sekarang, sehingga mereka tertarik untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan. Dahulu penyakit TB hanya dilakukan skrining TB saja, sekarang dilakukan skrining dua arah yaitu skrining DM, begitu juga penyakit DM pasien yang memiliki gejala TB dilakukan skrining TB. Pemahaman petugas kesehatan dikalangan professional kesehatan diharapkan dapat meningkatkan pelaksanaan TB-DM.

Adanya kendala dalam penatalaksanaan TB-DM yaitu sebagian petugas cenderung memiliki kesibukan sehingga hanya sedikit petugas yang menangani TB-DM terutama di pelayanan DOTS. Selain petugas kesehatan, pasien juga merasakan memiliki *awareness* yang masih rendah. Pasien tidak boleh makan makanan yang sembarangan dan ada pembatasan makanan yang dikonsumsi terkait penyakit diet serta harus selalu menggunakan masker.

2. Kesiapan SDM dan Sistem Belum Optimal

Pelaksanaan program TB-DM sudah dilakukan namun masih perlu untuk ditingkatkan lagi. Petugas kesehatan menjalankan kolaborasi TB-DM masih menggunakan lembar TB-01, karena belum ada SOP yang mengatur. Program TB-DM sudah aplikatif dalam pelaksanaannya. Semua petugas kesehatan ikut terlibat dan saling berkoordinasi. Hanya saja program yang lebih teknis perlu segera dirilis oleh dinas kesehatan sebagai penguat rumah sakit dalam melaksanakan program TB-DM di rumah sakit.

Penelitian yang dilakukan oleh Ruminah (2016) menunjukkan bahwa pelayanan TB dan DM dilakukan secara terpisah, sebagian besar tenaga kesehatan tidak mengetahui program kolaborasi pengendalian TB-DM serta pedoman pelaksanaan kolaborasi pengendalian TB-DM belum tersedia. Program kolaborasi pengendalian TB-DM mempunyai peluang untuk dilaksanakan di fasilitas kesehatan terutama rumah sakit, namun masih membutuhkan dukungan dari stakeholder.

Kerjasama yang terjalin dari berbagai pihak, prosedur penatalaksanaan TB-DM dapat berjalan secara optimal. Berdasarkan hasil wawancara program penanganan TB-DM masih seperti TB biasa, namun juga mengacu pada buku konsesus TB-DM yang dikeluarkan oleh kementerian kesehatan. Namun untuk SOP khusus

untuk TB-DM belum ada dan masih menunggu kebijakan dari dinas, hal ini menyebabkan belum bisa dibuatnya SOP dan media informasi audio maupun visual. Meskipun belum ada kebijakan yang resmi dari dinas, rumah sakit sudah menjalankan kolaborasi TB-DM dengan menggunakan lembar TB-01.

Berdasarkan hasil telusur dokumen menunjukkan bahwa di rumah sakit terdapat buku pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis. Namun untuk alur penegakan diagnosis TB-DM (dewasa maupun anak) mengikuti Pedoman Nasional dan SOP untuk pemeriksaan mikroskopis dahak sesuai Pedoman Nasional TB-DM belum ada. Selain itu SOP dalam penatalaksanaan TB-DM juga belum ada di rumah sakit. Rumah sakit belum memiliki payung hukum yang kuat dalam mengimplementasikan kolaborasi TB-DM, karena dinas kesehatan belum menurunkan kebijakan terkait dengan penatalaksanaan TB-DM. Penyakit TB-DM perlu segera mendapatkan perhatian khusus sehingga meningkatkan derajat kesehatan pasien TB.

Hasil mendukung penelitian yang dilakukan Workneh *et al* (2016) menunjukkan bahwa mengingat beban ganda TB dan DM yang meningkat, dan kesenjangan layanan saat ini yang diamati dalam penyediaan layanan untuk pasien DM, ada kebutuhan untuk mengintegrasikan layanan TB dan DM untuk memberikan layanan

berkualitas kepada pasien. Namun, ini mungkin memerlukan diskusi yang memadai dengan pemangku kepentingan yang relevan dan pengambil keputusan karena memiliki implikasi untuk alokasi sumber daya tambahan dan komitmen lainnya. Mengujicobakan layanan terpadu TB-DM pada fasilitas kesehatan tertentu di wilayah studi membantu menilai kelaikan dan mempelajari lebih banyak pelajaran tentang tantangan dan peluang penyediaan layanan TB-DM terpadu.

Berkacara pada kolaborasi TB-HIV bahwa hambatan utama dalam kolaborasi TB-HIV yaitu isu yang berkaitan dengan sumber daya manusia bersama dengan konflik kepentingan di antara para pemangku kepentingan yang terlibat salah satunya yaitu pemerintah. Perbaikan hanya dapat dicapai dalam mengatasi masalah ketersediaan sumber daya manusia yang berdedikasi, terampil dan permanen, ditambah pengawasan yang mendukung dengan komitmen integrasi administrasi dan semua pemangku kepentingan yang terlibat dalam proses (Rathore *et al*, 2018).

Kolaborasi TB-DM juga masih belum optimal dilaksanakan. Petugas kesehatan belum diberikan pelatihan khusus. Pelatihan bagi petugas kesehatan juga masih dalam proses. Selama ini petugas kesehatan hanya berupaya untuk meningkatkan informasi dengan *in-house training* dan mengacu pada buku pedoman nasional tentang

penanggulangan tuberculosis di rumah sakit. Kolaborasi melibatkan semua petugas kesehatan dan rencananya akan diadakan pelatihan bagi petugas kesehatan terkait kolaborasi TB-DM dari dinas. Pelatihan dibutuhkan agar pelaksanaan kolaborasi dapat berjalan dengan baik dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Pelatihan untuk petugas kesehatan sangat penting karena menurut Vijay (2014) sesi pelatihan tentang DM dengan kampanye *awareness* inbuilt untuk pasien TB memiliki dampak yang signifikan terhadap pengetahuan dan praktek penyedia layanan kesehatan TB. Kursus pelatihan singkat yang disesuaikan dengan kebutuhan para profesional perawatan kesehatan yang berbeda di unit tuberculosis dengan sesi *awareness* inbuilt untuk pasien dari unit tuberculosis yang bersangkutan tidak hanya memberdayakan mereka dengan pengetahuan, tetapi juga meningkatkan sikap dan praktik mereka, sehingga menciptakan lingkungan untuk hasil TB-DM yang lebih baik. Kebijakan dari pihak manajemen mendukung kelancaran pelayanan, maupun dukungan sarana prasarana sehingga pelaksanaan jejaring internal dapat optimal.

Kolaborasi melibatkan semua petugas kesehatan dan rencananya akan diadakan pelatihan bagi petugas kesehatan terkait kolaborasi TB-DM dari dinas. Pelatihan dibutuhkan agar pelaksanaan kolaborasi

dapat berjalan dengan baik dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Sullivan dan Amor (2012) menjelaskan bahwa untuk memperluas program TB lokal memasukkan perawatan diabetes akan memerlukan pelatihan pekerja kesehatan masyarakat dalam perawatan diabetes dasar, seperti tes glukosa darah dan manajemen obat, serta konsultasi perawat dan dokter yang terlatih dalam manajemen diabetes.

Petugas kesehatan menyadari bahaya penyakit TB-DM yang sekarang sudah banyak kasus yang ditemukan. Namun dalam implementasinya masih terdapat hambatan-hambatan terutama dalam pelaporan kasus TB-DM dan terkait dengan kebijakan pemerintah. Pelaporan jumlah pasien TB-DM masih manual berupa form pada TB-01. Hal tersebut didukung dengan hasil telusur dokumentasi yaitu belum adanya dokumen SK petugas yang bertanggung jawab melakukan pencatatan dan pelaporan kasus TB-DM.

Tingginya tingkat tes HIV dan keterkaitan dengan CPT (*Cotrimoxazole Preventive Therapy*) mendorong indikator kemajuan dalam pelaksanaan kegiatan kolaboratif TB/ HIV dalam pengaturan penelitian. Namun, peningkatan pelaksanaan kolaborasi diperlukan di bidang pencatatan informasi pasien, penapisan HIV positif untuk TB, inisiasi IPT, rujukan, keterkaitan, dan kapasitas diagnostik TB (Kassa

et al, 2012). Hal tersebut menunjukkan bahwa salah satu faktor penghambat kolaborasi TB dengan penyakit penyerta baik HIV maupun DM adalah terkait pencatatan dan pelaporan informasi pasien.

Hasil penelitian yang dilakukan Harries *et al* (2015) menunjukkan bahwa kolaborasi sangat dibutuhkan tidak hanya untuk mengurangi beban penyakit tidak menular dan menular, tetapi juga dapat menjadi penggerak untuk memperkuat sistem kesehatan, prasyarat yang diperlukan untuk membangun cakupan kesehatan universal. Dukungan politik tingkat tinggi di negara-negara serta dukungan keuangan dan teknis internasional untuk program penyakit TB-DM akan sangat penting untuk menggerakkan kolaborasi ini.

Berdasarkan hasil penelitian, teori dan penelitian sebelumnya menunjukkan dinas belum menurunkan kebijakan terkait dengan penatalaksanaan TB-DM. Kebijakan baik SOP maupun pelatihan belum diberikan kepada SDM. Selain itu pelaporan juga belum ada karena petugas kesehatan melakukan perekapan secara manual. Hal tersebut menunjukkan bahwa kesiapan SDM karena sistem yang belum optimal.

3. Potensi Kolaborasi TB-DM

Petugas kesehatan melakukan tindakan kolaborasi dengan tim kesehatan lain dalam upaya penyembuhan serta pemulihan kesehatan pasien. Sehingga upaya dalam peningkatan kualitas pelayanan keperawatan terwujud. Sifat hubungan antar petugas kesehatan menentukan kualitas dalam melakukan kolaborasi. Efektifitas kolaborasi membutuhkan mutual respect baik setuju atau ketidaksetujuan yang dicapai dalam interaksi tersebut. Hubungan kemitraan yang merupakan landasan dalam interaksi pada pemberi pelayanan kesehatan merupakan usaha yang baik bagi pasien dalam mencapai upaya penyembuhan dan memperbaiki kualitas hidup (Anggarawati dan Sari, 2016).

Petugas kesehatan di RS mengetahui dan menyadari penyakit TB merupakan penyakit yang berbahaya. Petugas kesehatan sudah memahami bahwa untuk penanganan TB-DM semua unit pelayanan baik di poli, IGD, dan bangsal bisa menjadi pintu masuk penanganan TB-DM. Penjaringan yang paling aktif yaitu dari poliklinik dan selalu melakukan koordinasi dengan petugas kesehatan di poliklinik.

Sesuai dengan hasil penelitian Ohene (2017) bahwa hasil kasus TB tertinggi di antara Orang yang Hidup dengan HIV, kontak pasien TB dan penderita diabetes disaring tetapi sebagian besar kasus terdeteksi di bagian rawat jalan atau poli klinik. Hal tersebut

menunjukkan bahwa penyakit TB dengan penyakit penyerta baik penyakit HIV maupun DM lebih sering terdeteksi dibagian poli klinik.

Keterlibatan petugas kesehatan dalam pengambilan keputusan dapat menciptakan rasa memiliki dan menerima perubahan. Oleh karena itu, sikap positif yang diamati di antara petugas kesehatan terhadap integrasi layanan TB dan DM dapat mengindikasikan pengetahuan, pengetahuan dan kesiapan untuk memberikan layanan TB dan DM terpadu di masa depan (Workneh et. al, 2016). Perawatan dan pengendalian TB dan DM hanya mungkin berjalan baik bila terdapat kolaborasi yang harmoni antara penentu kebijakan, pemberi layanan kesehatan, akademisi serta didukung partisipasi aktif dari masyarakat. Keberhasilan kolaborasi tata laksana dan pengendalian TB-DM dapat menjadi salah satu contoh kolaborasi yang harmonis antara penanganan penyakit menular dan tidak menular di Indonesia. Oleh karena itu partisipasi petugas kesehatan sebagai akademisi dan pemberi layanan kesehatan sangat diperlukan untuk keberhasilan kolaborasi (Ujainah, 2017).

Selain kerjasama dengan dinas kesehatan, pihak rumah sakit juga melibatkan organisasi kesehatan lain. Rumah sakit bekerjasama dengan *TB Care 'Aisyiyah*. *TB Care Asiyiyah* saling bersinergi dengan rumah sakit dan pemerintah dalam melakukan pengendalian

penyakit TB. Adanya TB *Care* 'Aisyiyah membantu suspek yang tidak bias terjangkau oleh dinas kesehatan.

Dukungan dan *support* oleh kader-kader 'Aisyiyah menunjukkan kerjasama yang bagus antara masyarakat dengan rumah sakit. Selain itu rumah sakit juga melibatkan pasien, keluarga serta mendapatkan dukungan dan support dari TB *Care* 'Aisyiyah yang menandakan bahwa kerjasama dengan masyarakat terjalin dengan baik.

Kolaborasi dilakukan antara petugas kesehatan dirumah sakit terutama di poli klinik, petugas kesehatan dengan pasien dan keluarga, rumah sakit dengan dinas kesehatan dan organisasi lain sudah dilakukan. Hal tersebut menjadi potensi rumah sakit melakukan kolaborasi TB-DM yang baik.

4. Kesiapan untuk kolaborasi TB-DM

Petugas kesehatan menjalankan kolaborasi TB-DM masih menggunakan lembar TB-01. Program TB-DM sudah aplikatif dalam pelaksanaannya dan didukung sistem IT yang sudah berjalan. Semua petugas kesehatan ikut terlibat dan saling berkoordinasi. Hasil wawancara diketahui sekarang pasien DM dengan batuk harus dilakukan skrining TB, begitu juga dulu kolaborasi HIV ada klinis batuk atau skrining TB. Sekarang diabetes, untuk semua pasien DM

dengan keluhan respiratori wajib dilakukan skinning TB. Adanya kolaborasi TB-DM dengan melakukan *screening* dua arah diharapkan dapat meningkatkan temuan kasus TB-DM dan mengetahui *outcome* klinik berupa tercapainya target pengendalian TB-DM. Di Indonesia telah dilakukan upaya pengendalian penyakit TB maupun DM. Salah satu upaya yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. Strategi penanggulangan TB dan DM dalam pencapaian eliminasi nasional TB salah satunya yaitu peningkatan kolaborasi layanan melalui TB-DM (Kemenkes RI, 2015).

Faktor pendukung yaitu ada fasilitas pendukung yang rencana akan diberikan kepada rumah sakit yaitu *GeneXpert TB Test*. Adanya *GeneXpert TB Test* diharapkan dapat membantu dalam melakukan skrining TB-DM. Hal tersebut tentu akan memberikan motivasi bagi petugas kesehatan untuk melakukan kolaborasi TB-DM.

Ancaman serius terhadap pengendalian TB karena skrining gejala konvensional dapat menunda diagnosis TB pada populasi target ini, karena proporsi yang signifikan dari pasien DM dengan TB akan terlewatkan pada skrining rutin. Sensitivitas rendah dari skrining gejala menyoroti kebutuhan akan alat diagnostik yang akurat seperti

GeneXpert TB Test untuk mendeteksi kasus TB asimtomatik (Borkowitz, 2018).

Penggunaan *GeneXpert TB Test* atau tes molekuler cepat untuk diagnosis TB dan TB yang resistan terhadap obat meningkat. Tes-tes ini sangat meningkatkan akurasi dan ketepatan waktu diagnosis TB, secara bersamaan mendeteksi resistansi obat TB dan rifampicin (indikator yang dapat diandalkan untuk TB yang resistan terhadap beberapa obat). Di Kamboja, diagnosis TB dilakukan melalui tes dahak, X-ray, budaya dan *GeneXpert TB Test* (WHO, 2014).

Berkaca pada kolaborasi TB-HIV bahwa *GeneXpert TB Test* memfasilitasi identifikasi tuberkulosis pada pasien HIV-positif yang diagnosis-nya ditunda ketika tes yang lebih luas tersedia. Studi operasional dan hemat biaya diperlukan untuk memberikan bukti kepada pembuat kebijakan untuk meningkatkan akses menggunakan *Genxpert*. Dari sudut pandang sistem kesehatan, pelaksanaan pengujian *GeneXpert TB Test* berpotensi memberikan kemudahan konsultasi dokter, tempat tidur rumah sakit, transmisi dan penggunaan antibiotic (Nikiyingi, 2013).

Hasil penelitian yang dilakukan Harries *et al* (2015) menunjukkan bahwa kolaborasi sangat dibutuhkan tidak hanya untuk mengurangi beban penyakit tidak menular dan menular, tetapi juga

dapat menjadi penggerak untuk memperkuat sistem kesehatan, prasyarat yang diperlukan untuk membangun cakupan kesehatan universal. Dukungan politik tingkat tinggi di negara-negara serta dukungan keuangan dan teknis internasional untuk program penyakit TB-DM akan sangat penting untuk menggerakkan kolaborasi ini.

Berdasarkan hasil penelitian, teori dan penelitian sebelumnya menunjukkan kesiapan kolaborasi program TB-DM membutuhkan factor pendukung. Faktor pendukung dapat menunjang pelaksanaan program TB-DM seperti, system IT sudah mendukung untuk pencatatan kasus, penanganan lebih komprehensif, serta kerjasama dengan pemerintah.