

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tuberkulosis (TB) Paru**

##### **1. Etiologi TB Paru**

Tuberkulosis (TB) paru merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini sejenis kuman berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4/um dan tebal 0,3-0,6/um. Sebagian besar dinding kuman terdiri dari asam lemak (lipid), kemudian *peptidoglikan* dan *arabinomannan*. Lipid inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam (asam alkohol) sehingga disebut bakteri tahan asam (BTA). Kuman dapat tahan hidup pada udara kering maupun dalam keadaan dingin (dapat tahan bertahun-tahun dalam lemari es). Hal ini terjadi karena kuman berada dalam sifat *dormant*. Dari sifat *dormant* ini kuman dapat bangkit kembali dan menjadikan penyakit tuberkulosis menjadi aktif lagi. Di dalam jaringan, kuman hidup sebagai parasit intraselular yakni dalam sitoplasma makrofag. Makrofag yang semula memfagositasi menjadi disenangi oleh kuman karena banyak mengandung lipid (Amin & Bahar, 2009).

##### **2. Klasifikasi TB Paru**

Dalam konsensus perhimpunan dokter paru Indonesia tahun 2006, TB paru dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

**2.1 Berdasar hasil pemeriksaan dahak (BTA).** Tuberkulosis paru BTA (+) sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak menunjukkan hasil BTA positif. Hasil pemeriksaan satu spesimen dahak menunjukkan BTA positif dan kelainan radiologik menunjukkan gambaran tuberkulosis aktif. Hasil pemeriksaan satu spesimen dahak menunjukkan BTA positif dan biakan positif.

**2.2 Tuberkulosis Paru BTA (-).** Hasil pemeriksaan dahak 3 kali menunjukkan BTA negatif, gambaran klinik dan kelainan radiologik menunjukkan tuberkulosis aktif serta tidak respons dengan pemberian antibiotik spektrum luas. Hasil pemeriksaan dahak 3 kali menunjukkan BTA negatif dan biakan *M.tuberculosis* positif.

**2.3 Berdasarkan tipe penderita.** Tipe penderita ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Ada beberapa tipe penderita yaitu :

**Pertama,** kasus baru. Dikatakan kasus baru bila penderita yang belum pernah mendapat pengobatan dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (30 dosis harian).

**Kedua,** kasus kambuh (*Relaps*). Dikatakan kasus kambuh bila penderita tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan TB dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, kemudian kembali lagi berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif atau biakan positif.

**Ketiga,** kasus setelah putus berobat (*default*). Dikatakan kasus putus berobat bila pasien BTA positif yang telah berobat tetapi tidak melanjutkan setelah 2 bulan atau lebih

**Keempat**, kasus gagal (*failure*). Dikatakan kasus gagal bila pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

**Kelima**, kasus pindahan (*transfer in*). Dikatakan kasus pindahan bila pasien yang dipindahkan dari UPK dengan register TB ke UPK lainnya untuk melanjutkan pengobatan

**Keenam**, Kasus lain. Dikatakan kasus lain yaitu semua kasus yang tidak memenuhi kriteria diatas. Dalam kelompok ini termasuk kasus kronik yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan.

### 3. Patofisiologi

Infeksi diawali karena seseorang menghirup basil *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri menyebar melalui jalan napas menuju alveoli lalu berkembang biak dan terlihat bertumpuk. Perkembangan *Mycobacterium tuberculosis* juga dapat menjangkau sampai ke area lain dari paru (lobus atas). Basil juga menyebar melalui sistem limfe dan aliran darah ke bagian tubuh lain (ginjal, tulang dan korteks serebri) dan area lain dari paru (lobus atas). Selanjutnya sistem kekebalan tubuh memberikan respons dengan melakukan reaksi inflamasi. Neutrofil dan makrofag melakukan aksi fagositosis (menelan bakteri), sementara limfosit spesifik-tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal. Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar bakteri. Interaksi antara *Mycobacterium tuberculosis* dan sistem

kekebalan tubuh pada masa awal infeksi membentuk sebuah massa jaringan baru yang disebut granuloma. Granuloma terdiri atas gumpalan basil hidup dan mati yang dikelilingi oleh makrofag seperti dinding. Granuloma selanjutnya berubah bentuk menjadi massa jaringan fibrosa. Bagian tengah dari massa tersebut disebut *ghon tubercle*. Materi yang terdiri atas makrofag dan bakteri yang menjadi nekrotik yang selanjutnya membentuk materi yang berbentuk seperti keju (*necrotizing caseosa*). Hal ini akan menjadi klasifikasi dan akhirnya membentuk jaringan kolagen, kemudian bakteri menjadi nonaktif (Somantri, 2008).

Infeksi awal jika respon sistem imun tidak adekuat maka penyakit akan menjadi lebih parah (Widagdo, 2011). Penyakit yang kian parah dapat timbul akibat infeksi ulang atau bakteri yang sebelumnya tidak aktif kembali menjadi aktif. Pada kasus ini, *ghon tubercle* mengalami ulserasi sehingga menghasilkan *necrotizing caseosa* di dalam bronkus. Tuberkel yang ulserasi selanjutnya menjadi sembuh dan membentuk jaringan parut. Paru-paru yang terinfeksi kemudian meradang, mengakibatkan timbulnya bronkopneumonia, membentuk tuberkel, dan seterusnya. Pneumonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya. Proses ini berjalan terus dan basil terus difagosit atau berkembang biak di dalam sel. Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit (membutuhkan 10-20 hari). Daerah yang mengalami nekrosis dan jaringan granulasi yang dikelilingi sel epiteloid dan fibroblas akan memberikan respons berbeda kemudian pada akhirnya membentuk suatu kapsul yang dikelilingi oleh tuberkel.

#### 4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien TB (Somantri, 2008):

4.1 *Sputum Culture*

4.2 *Ziehl neelsen*: Positif untuk BTA

4.3 *Skin test* (PPD, *mantoux*, *tine*, and *vollmer*, *patch*)

4.4 *Chest X-ray*

4.5 Histologi atau kultur jaringan: positif untuk *Mycobacterium Tuberculosis*

4.6 *Needle biopsi of lung tissue*: positif untuk granuloma TB, adanya sel-sel besar yang mengindikasikan nekrosis

4.7 Elektrolit

4.8 *Bronkografi*

4.9 Test fungsi paru-paru dan pemeriksaan darah

#### 5. Terapi

Pedoman pengobatan untuk pengobatan TB (Chatu, 2010):

5.1 Tahap I : rifampicin (R) + isoniazid (H) + pyrazinamide (Z) selama 2 bulan

5.2 Tahap II : rifampicin + isoniazid selama 4 bulan

5.3 Dalam kasus dengan resistensi Isoniazid, etambutol (E) bisa diberikan

5.4 Berikan Pyridoxine (vitamin B6) sepanjang pengobatan dengan isoniazid, bisa mengakibatkan defisiensi vitamin B6.

Terapi OAT lini pertama diperuntukkan (Kementrian Kesehatan RI, 2014):

5.1 Kategori-1 (2HRZE/4H3R3)

Panduan OAT ini diberikan untuk pasien baru:

5.1.1 Pasien baru TB paru BTA positif

5.1.2 Pasien TB paru BTA negatif foto toraks positif

5.1.3 Pasien TB ekstra paru

**Tabel 1. Dosis untuk panduan OAT KDT untuk Kategori I**

Berat Badan	Tahap Intensif tiap hari selama 56 hari RHZE (150/75/400/275)	Tahap lanjutan 3 kali seminggu selama 16 minggu RH (150/150)
30 – 37 kg	2 tablet 4KDT	2 tablet 2KDT
38 – 54 kg	3 tablet 4KDT	3 tablet 2KDT
55 – 70 kg	4 tablet 4KDT	4 tablet 2KDT
71 kg	5 tablet 4KDT	5 tablet 2KDT

(Kementrian kesehatan RI, 2014)

**Tabel 2. Dosis untuk panduan OAT Kombipak untuk Kategori I**

Tahap pengobatan	Lama pengobatan	Dosis per hari / kali				
		Tablet Isoniazid @ 300mg	Jumlah Kaplet Rifampisin @ 450 mg	Tablet Pirazinamid @ 500 mg	Tablet etambutol @ 250mg	Jumlah hari/ kali menelan obat
Intensif	2 bulan	1	1	3	3	56
Lanjutan	4 bulan	2	1	-	-	48

(Kementrian kesehatan RI, 2014)

## 5.2 Kategori-2 (2HRZES/HRZE/ 5H3R3E3)

Panduan ini diberikan untuk pasien BTA positif yang telah diobati sebelumnya:

5.2.1 Pasien kambuh

5.2.2 Pasien gagal

5.2.3 Pasien dengan pengobatan setelah putus berobat (*default*)

**Tabel 3. Dosis untuk panduan OAT KDT untuk Kategori II obat**

Berat badan	Tahap intensif tiap hari RHZE (150/75/400/275) + S hari/kali menelan		Tahap lanjutan 3 kali seminggu RH (150/150) + E (400)
>30	Selama 56 hari	Selama 28 hari	Selama 20 minggu
30 – 37 kg	2 tab 4KDT + 500 mg Streptomisin Inj.	2 tab 4KDT	2 tab 2KDT + 2 tab Etambutol
38 – 54 kg	3 tab 4KDT + 750 mg Streptomisin Inj.	3 tab 4KDT	3 tab 2KDT + 3 tab Etambutol
55 – 70 kg	4 tab 4KDT + 1000 mg Streptomisin Inj.	4 tab 4KDT	4 tab 2KDT + 4 tab Etambutol
71 kg	5 tab 4KDT + 1000 mg Streptomisin Inj.	5 tab 4KDT	5 tab 2KDT + 5 tab Etambutol

(Kementrian kesehatan RI, 2014)

## B. Indikator Pemantauan dan Evaluasi TB Paru

### 1. Angka Kesembuhan

Angka kesembuhan menunjukkan prosentase pasien TB BTA positif yang sembuh setelah selesai masa pengobatan, diantara pasien BTA positif yang tercatat. Angka Kesembuhan dihitung tersendiri untuk pasien baru BTA positif yang mendapat kategori 1 atau pasien TB BTA positif pengobatan ulang dengan kategori 2. Angka ini dihitung untuk mengetahui keberhasilan program dan masalah potensial. Contoh perhitungan untuk pasien baru BTA positif dengan pengobatan ketagori 1. Angka kesembuhan digunakan untuk mengetahui keberhasilan pengobatan. Angka minimal yang harus dicapai adalah 85%. Bila angka kesembuhan, di bawah 85% maka harus ada informasi dari hasil pengobatan lainnya yaitu berapa pasien yang digolongkan sebagai pengobatan lengkap, *default*, gagal, meninggal dan pindah keluar. Angka *default* tidak boleh

lebih dari 10%, sedangkan angka gagal untuk pasien baru BTA positif tidak boleh lebih dari 4% untuk daerah yang belum ada masalah resistensi obat, dan tidak boleh lebih besar dari 10% untuk daerah yang sudah ada masalah resistensi (Kemenkes, 2014).

## **2. Angka Penemuan Kasus**

Angka penemuan kasus adalah prosentase jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dibanding jumlah pasien baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut. Angka ini menggambarkan cakupan penemuan pasien baru BTA positif pada wilayah tersebut. *Target Case Detection Rate* Program Penanggulangan TB Nasional minimal 70% (Kemenkes, 2014).

## **3. Angka Keberhasilan Pengobatan**

Angka keberhasilan pengobatan adalah angka yang menunjukkan prosentase pasien baru TB paru BTA positif yang menyesuaikan pengobatan (baik yang sembuh maupun yang pengobatan lengkap) diantara pasien baru BTA positif yang tercatat. Dengan demikian angka ini merupakan penjumlahan dari angka kesembuhan dan angka pengobatan lengkap. Contoh perhitungan untuk pasien baru BTA positif dengan pengobatan kategori 1 (Kemenkes, 2014).

## **4. Angka Default**

Angka *default* adalah perbandingan jumlah default dengan seluruh pasien yang diobati di faskes. Untuk rumah sakit sebaiknya angka *default* <5% (Kemenkes, 2014).



### **C. RSUD Dr. Soedirman Kebumen**

#### **1. Profil RSUD Dr. Soedirman Kebumen**

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Kebumen berdiri sejak tahun 1917 yang dikelola oleh misi Zending Belanda. Sejak tahun 1953, RSUD Kabupaten Kebumen resmi menjadi milik Pemerintah Daerah Kabupaten Kebumen. Berdasarkan Surat Keputusan Menteri kesehatan RI Nomor 233/Menkes/SK/VI/1983 tentang Penetapan Tambahan Beberapa Rumah Sakit Umum Pemerintah sebagai Rumah Sakit Umum Pemerintah kelas B dan C, maka RSUD Kabupaten Kebumen menjadi Rumah Sakit Pemerintah kelas C. Tahun 2003, RSUD Kabupaten Kebumen berubah menjadi Badan Pengelolaan sesuai Peraturan Daerah Nomor 54 Tahun 2003.

Berdasarkan Surat Keputusan Bupati Nomor 445/565/2010 tanggal 10 Desember 2010 tentang Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kebumen sebagai Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yang menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), maka RSUD Kabupaten Kebumen menerapkan PPK BLUD di lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen dengan status penuh. Penetapan sebagai BLUD tersebut dalam upaya untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat, dengan menerapkan pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat. Hal tersebut

untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat khususnya di bidang kesehatan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum.

RSUD Kabupaten Kebumen melakukan perpindahan operasional secara bertahap yaitu Rawat Jalan (Poliklinik). Hal ini sesuai dengan kebijakan dari Pemerintah Daerah Kabupaten Kebumen pada tahun 2014. Oleh karena itu, RSUD Kabupaten Kebumen melakukan operasional di 2 tempat yaitu rawat jalan (Poliklinik) di gedung baru jalan Lingkar Selatan, sedangkan Sekretariat, Rawat Inap, IGD dan Penunjang beroperasi di gedung lama jalan Rumah Sakit. Terhitung mulai Oktober 2014, RSUD Kabupaten Kebumen resmi menggunakan nama dokter Soedirman sebagai nama rumah sakit. Dr. Soedirman merupakan mantan direktur RSUD Kabupaten Kebumen ke-II.

RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen resmi melakukan perpindahan operasional sepenuhnya di Jl. Lingkar Selatan, Muktisari. Pelayanan yang diselenggarakan antara lain pelayanan rawat jalan, IGD, pelayanan rawat inap, dan pelayanan penunjang medis pada tahun 2015.

## **2. Visi dan Misi RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen**

Visi RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen adalah :

”Menjadi RS modern, profesional, pusat rujukan kegawatan medik dan spesialisistik”

Visi RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen tahun 2016-2021 merujuk pada visi Kabupaten Kebumen 2016-2021. Rumah Sakit Umum Daerah yang

modern dalam pengertian peralatan adalah terbaru atau mutakhir, sedangkan dalam pengertian cara berpikir atau metode adalah yang mengikuti perkembangan zaman. Profesional adalah mengedepankan kemampuan dan keahlian dalam melaksanakan tugasnya. Pusat rujukan kegawatan medik dan spesialisik berarti melayani rujukan kasus kegawatan medik dan rujukan kasus spesialisik dari semua rumah sakit di Kabupaten Kebumen dan sekitarnya.

### **3. Misi RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen adalah:**

3.1 Menyelenggarakan pelayanan kegawatan medik dan pelayanan kesehatan tingkat spesialisik yang bermutu untuk seluruh masyarakat;

3.2 Modernisasi sistem, sarana, dan prasarana pelayanan sesuai standar nasional kelas B;

3.3 Menyelenggarakan pendidikan SDM yang mendukung profesionalitas dan daya saing;

3.4 Meningkatkan kemampuan keuangan untuk mendukung kemandirian dan pengembangan layanan.

### **4. Motto RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen adalah:**

“SENYUM (Sigap, Empati, Nyaman, Yakin, Unggul dan Memuaskan)”

SENYUM, secara umum merupakan ibadah yang sangat mudah dan murah dan memiliki nilai yang sangat tinggi bagi pelayanan. Senyum akan membuat rasa *homy* dan ketenangan bagi *customer*, juga menunjukkan pelayan/provider tidak

dalam masalah yang mengganggu kinerja atau menunjukkan situasi lingkungan kerja yang kondusif. Uraian dari setiap point motto antara lain:

- SIGAP** : berarti pelayanan yang cepat dan tanggap
- EMPATI** : melayani dengan sepenuh hati, dan menempatkan customer sebagai pusat perhatian.
- NYAMAN** : pelayanan yang memberikan perasaan tenang dan aman pada pasien
- YAKIN** : pelayanan yang profesional, berkualitas, dengan standar *zero error*, karena didukung *standard procedure operational* yang benar dan ketelitian yang tinggi.
- UNGGUL** : pelayanan kesehatan yang terdepan.
- MEMUASKAN** : pelayanan kesehatan yang purna dan berhasil memuaskan kebutuhan pasien

## **5. Tujuan**

Tujuan yang ingin dicapai oleh RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen adalah sebagai berikut: terwujudnya pelayanan kegawatan medik dan pelayanan kesehatan tingkat spesialisik yang bermutu untuk seluruh masyarakat; terwujudnya masyarakat sehat melalui sistem, sarana, dan prasarana yang modern dan sesuai standar nasional kelas B; terwujudnya sumber daya manusia yang profesional dan berdaya saing; terwujudnya kemandirian keuangan dan

pengembangan layanan yang efektif dan efisien dan terbangunnya sistem pengelolaan yang profesional, transparan, dan akuntabel.

## **6. Pelayanan Tuberkulosis (TB)**

### **6.1 Pelayanan Tuberkulosis dengan *Strategi Directly Observed Treatment, Short-course* (DOTS) di RSUD Dr. Soedirman Kebumen.**

Pelayanan TB menggunakan strategi DOTS disediakan dan diberikan kepada pasien sesuai dengan ilmu pengetahuan kedokteran mutakhir dan standar yang telah disepakati oleh seluruh organisasi profesi di dunia, serta memanfaatkan kemampuan dan fasilitas RSUD Dr. Soedirman Kebumen secara optimal. Tujuan pelayanan TB dengan strategi DOTS di RSUD Dr. Soedirman Kebumen adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan medis TB di RSUD Dr. Soedirman Kebumen melalui penerapan strategi DOTS secara optimal dengan mengupayakan kesembuhan dan pemulihan pasien melalui prosedur dan tindakan yang dapat dipertanggungjawabkan serta memenuhi etika kedokteran.

**6.2 Kriteria pelayanan TB dengan strategi DOTS di RSUD Dr. Soedirman Kebumen.** Setiap pelayanan TB dengan strategi DOTS bagi pasien TB harus berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh Program Penanggulangan Tuberkulosis Nasional. Setiap pelayanan TB berdasarkan *International Standard for Tuberculosis Care* (ISTC) atau Standar Diagnosis, Pengobatan dan Tanggung Jawab kesehatan Masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

**6.3 Administrasi dan pengelolaan pelayanan TB dengan strategi DOTS di RSUD Dr. Soedirman Kebumen.** Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 364/Menkes/SK/2009 tentang Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis mengamanatkan bahwa penanggulangan terhadap TB merupakan program nasional yang wajib dilakukan oleh setiap institusi pelayanan kesehatan dan menjadi dasar bagi semua pelaksanaan penanganan TB. Mengingat pelaksanaan pelayanan TB di RSUD Dr. Soedirman Kebumen sangat rumit dengan keterlibatan berbagai disiplin ilmu kedokteran serta penunjang medik, baik di poliklinik maupun bangsal bagi pasien rawat jalan dan rawat inap serta rujukan pasien dan spesimen. Maka dalam pengelolaan TB di RSUD Dr. Soedirman Kebumen dibutuhkan manajemen tersendiri dengan dibentuknya Tim DOTS di RSUD Dr. Soedirman Kebumen. Tim DOTS di RSUD Dr. Soedirman Kebumen dipimpin oleh seorang direktur berfungsi sebagai administrator, yang berfungsi sebagai berikut: membuat kebijakan dan melaksanakannya, mengintegrasikan, merencanakan, dan mengkoordinasikan pelayanan, melaksanakan pengembangan staf dan pendidikan/pelatihan, melakukan pengawasan terhadap penerapan standar pelayanan medis/kedokteran termasuk *medicolegal*, berkoordinasi dengan komite medik untuk memfasilitasi implementasi etika kedokteran dan mutu profesi, penetapan standar pelayanan medis dan standar pelayanan operasional, membentuk tim DOTS yang dipimpin oleh ketua/pimpinan yang berfungsi : pengatur administrasi, pengatur pengembangan staf, pengawas kualitas pelayanan agar sesuai dengan standar

pelayanan medis, pengawas bahwa penanganan pasien TB di RSUD Dr. Soedirman Kebumen menggunakan strategi DOTS dan jejaring internal berjalan optimal serta aktif melaksanakan jejaring eksternal, pengawas bahwa pencatatan dan pelaporan baik kepada Direktur maupun Dinas Kesehatan Kabupaten terlaksana dengan benar dan tepat waktu.

#### **D. Rekam Medik**

##### **1. Pengertian**

Definisi rekam medik dalam berbagai kepustakaan dituliskan dalam berbagai pengertian:

Rekam medik sebagai kumpulan keterangan tentang identitas, hasil anamnesis, pemeriksaan, dan catatan segala kegiatan para pelayan kesehatan atas pasien dari waktu ke waktu (Amir & Hanafiah, 2012).

Rekam medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes, 2008).

##### **2. Tujuan dan manfaat rekam medik**

Berkas rekam medik bertujuan untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Untuk mencapai tujuan tersebut maka dalam pengisian atau pencatatan rekam medik di rumah sakit dilakukan oleh dokter dan perawat mengenai hasil kegiatan

medik yang telah dilakukan, untuk itu di dalam pelaksanaan pengisian dan pencatatan dokumen rekam medik harus diisi dengan lengkap sehingga dapat menghasilkan informasi yang akurat dan berkesinambungan (Alaydrus, 2011).

Manfaat rekam medik sebagai berikut (KKI, 2006):

2.1 Pengobatan pasien rekam medik bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medik yang harus diberikan kepada pasien.

2.2 Peningkatan kualitas pelayanan membuat rekam medik bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medik dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.

2.3 Pendidikan dan penelitian rekam medik yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medik, pengobatan dan tindakan medik, bermanfaat 12 untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.

2.4 Pembiayaan berkas rekam medik dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.

2.5 Statistik kesehatan rekam medik dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu.



2.6 Pembuktian masalah hukum, disiplin dan etik rekam medik merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.

### **3. Isi rekam medik**

Isi rekam medik dibagi menjadi 2 bagian, yaitu (KKI, 2006):

3.1 Catatan, merupakan uraian tentang identitas pasien, pemeriksaan pasien, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain baik dilakukan oleh dokter dan dokter gigi maupun tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensinya.

3.2 Dokumen, merupakan kelengkapan dari catatan tersebut, antara lain foto rontgen, hasil laboratorium dan keterangan lain sesuai dengan kompetensi keilmuannya.

Isi catatan dan dokumen tersebut dipaparkan dalam 2 jenis rekam medik menurut isi rekam medik secara umum untuk pasien rawat inap sekurang-kurangnya berisi hal-hal berikut (Kemenkes, 2008): identitas pasien ,tanggal dan waktu, hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan dan/atau tindakan, persetujuan tindakan bila diperlukan, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, ringkasan pulang (*discharge summary*), nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan, pelayanan lain yang

dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu, untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

Untuk pasien rawat jalan, rekam medik sekurang-kurangnya memuat hal-hal dibawah ini : identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis, minimal mencakup keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan dan/atau tindakan, pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien, untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik, persetujuan tindakan bila diperlukan.

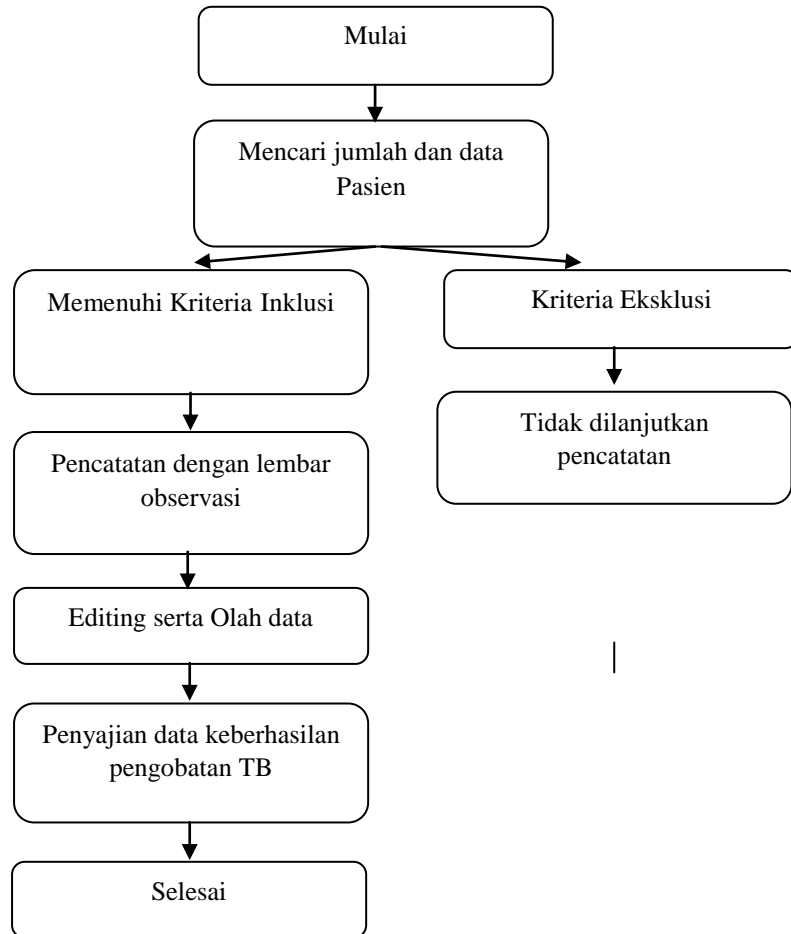
#### **4. Ketidak lengkapan rekam medik**

Ketidak lengkapan dokumen rekam medik menjadi salah satu masalah karena rekam medik menjadi satu-satunya catatan yang dapat memberikan informasi terinci tentang apa yang sudah terjadi selama pasien di rumah sakit (Alaydrus, 2011). Dampak ketidak lengkapan 16 pengisian dokumentasi asuhan keperawatan dalam rekam medik rumah sakit mengundang permasalahan hukum terutama para tenaga kesehatan apabila melakukan kelalaian yang merugikan pasien. Sehingga pasien dapat menggugat tanggung jawab dokter sesuai dengan peraturan perundangan hukum kedokteran (Dewi, 2011).

## E. Alur Penelitian

### 1. Alur Penelitian

Adapun alur penelitian dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



## F. Landasan Teori

TB adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* (Kemenkes, 2014). Sebagian besar kuman TB menyerang paru tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Penyakit ini menyebar dan ditularkan

melalui udara ketika orang yang terinfeksi TB paru batuk, bersin, berbicara atau meludah. *Millennium Development Goals* (MDGs) menjadikan penyakit TB paru sebagai salah satu penyakit menjadi target untuk diturunkan, selain Malaria dan AIDS. TB merupakan salah satu penyakit menular yang masih menjadi masalah sangat serius di masyarakat. TB merupakan salah satu jenis penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, dan menjadi salah satu prioritas dalam program pencegahan dan pemberantasan penyakit menular (Wibowo, 2014).

TB dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain yaitu usia, jenis kelamin, pekerjaan dan kebiasaan merokok (Wibowo, 2014). Usia berhubungan dengan toleransi seseorang terhadap stres dan jenis stresor yang paling mengganggu. Usia dewasa lebih mampu mengontrol stress dibanding dengan usia anak-anak dan usia lanjut (Siswanto, 2007). Usia berpengaruh terhadap cara pandang seseorang dalam kehidupan, masa depan dan pengambilan keputusan (Soemantri, 2008). Semakin tua umur seseorang akan terjadi proses penurunan kemampuan fungsi organ tubuh (regeneratif) akan mempengaruhi dalam mengambil keputusan terutama dalam menangani penyakit TB paru positif sehingga klien dihadapkan pada masalah yang sangat kompleks.

Jenis kelamin (seks) adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. Perbedaan biologis dan fungsi biologis laki-laki dan perempuan tidak dapat dipertukarkan diantara keduanya, dan fungsinya tetap dengan laki-laki dan perempuan pada segala ras yang ada di muka bumi (Hungu, 2007). Wanita biasanya mempunyai daya tahan yang lebih baik terhadap

stresor dibanding dengan pria, secara biologis kelenturan tubuh wanita akan mentoleransi terhadap stres menjadi baik dibanding pria (Siswanto, 2007). Jenis kelamin sangat mempengaruhi dalam merespon terhadap penyakit, stres, dalam menghadapi masalah TB paru positif.

Merokok berperan dalam kasus penyakit TB. Merokok adalah suatu kebiasaan yang merugikan bagi kesehatan karena merupakan suatu proses pembakaran massal tembakau yang menimbulkan polusi udara dan terkonsentrasi, yang secara sadar langsung dihirup dan diserap oleh tubuh bersama udara pernapasan (Situmeang, 2002). Menurut status merokok seseorang dapat dikelompokkan dalam kelompok bukan perokok, perokok dan bekas perokok. Bukan perokok adalah orang yang tidak pernah merokok atau merokok kurang dari 100 sigaret selama hidupnya. Perokok adalah orang yang merokok lebih dari 100 sigaret sepanjang hidupnya dan saat ini masih merokok atau telah berhenti merokok kurang dari satu tahun. Bekas perokok adalah orang yang merokok lebih dari 100 sigaret sepanjang hidupnya dan telah berhenti merokok lebih dari satu tahun (Kang *et al.*, 2003).

Faktor-faktor di atas secara langsung berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan TB. Angka keberhasilan pengobatan adalah angka yang menunjukkan presentase pasien baru TB paru BTA positif yang menyesuaikan pengobatan (baik yang sembuh maupun yang pengobatan lengkap) diantara pasien baru BTA positif yang tercatat. Dengan demikian angka ini merupakan penjumlahan dari angka

kesembuhan dan angka pengobatan lengkap. Contoh perhitungan untuk pasien baru BTA positif dengan pengobatan kategori 1 (Kemenkes, 2014).

Penyakit TB adalah suatu jenis penyakit yang cara penularannya begitu mudah dan cepat. Dan masih menjadi masalah global yang sulit untuk dipecahkan, sehingga penyakit ini muncul sebagai penyebab kematian terbesar ke 3 di Indonesia setelah penyakit kardiovaskuler dan saluran pernafasan. Cara pengobatan penyakit ini juga cukup lama yaitu minimal 6 bulan. Penderita harus mengkonsumsi obat secara rutin dan teratur, sebab jika tidak, maka penderita bisa mengulang pengobatan dari awal. Hal ini juga bisa menyebabkan resisten. Bahkan bisa menjadi TB *Multi Drug Resisten* (MDR). Jika penderita telah menjadi TB MDR, maka diapun akan menularkan TB MDR ke orang lain.

Mengingat cara penularan penyakit ini yang begitu mudah dan cepat, sehingga keberhasilan pengobatan penyakit ini menjadi sangat penting, pemerintah bahkan dunia membuat program khusus untuk pengobatan penyakit TB ini, yaitu dengan strategi *Directly Observed Treatment, Short-course* (DOTS). Dimana penderita TB baru yang akan menjalani pengobatan, dia harus mendapatkan konseling terlebih dahulu. Dia juga harus didampingi oleh seorang pengawas minum obat (PMO), yang bertugas mengawasi dalam meminum obat dan mensupport kesembuhannya.

Di RSUD Dr. Soedirman Kebumen kasus TB baru cukup lumayan besar, tercatat di tahun 2017 secara berturut-turut jumlah laki-laki dan perempuan yaitu sebanyak 274 dan 205. Dari latar belakang dan data-data tersebut diatas maka

peneliti tertarik untuk meneliti keberhasilan pengobatan tuberkulosis paru pada pasien rawat jalan di RSUD Dr. Soedirman Kebumen tahun 2018.

### **G. Keterangan Empiris**

Keterangan empiris dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui:

1. Karakteristik pasien TB di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Soedirman Kebumen tahun 2018, meliputi jenis kelamin dan umur.
2. Pengobatan yang diberikan kepada pasien TB Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Soedirman Kebumen tahun 2018 (aturan pakai, dosis, dan lama pengobatan), dengan menganalisa kesesuaian aturan pakai, dosis dan lama pengobatan.
3. Persentase keberhasilan pengobatan pasien TB Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Soedirman Kebumen tahun 2018 memenuhi Standar Pedoman Pengobatan Nasional.

