

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Tuberkulosis (TB) Paru

##### 2.1.1 Definisi Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis (TB) Paru adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*, sebagian besar kuman Tuberkulosis (TB) Paru menyerang paru tetapi dapat juga mengenai organ tubuhlainnya (Menkes RI, 2016).

##### 2.1.2 Etiologi dan Patogenesis

Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Terdapat beberapa spesies *Mycobacterium*, antara lain: *M.tuberculosis*, *M.africanum*, *M. bovis*, *M. Leprae* dsb. Yang juga dikenal sebagai Bakteri Tahan Asam (BTA).Kelompok bakteri *Mycobacterium* selain *Mycobacterium tuberculosis* yang bisa menimbulkan gangguan pada saluran nafas dikenal sebagai MOTT (*Mycobacterium Other Than Tuberculosis*) yang terkadang bisa mengganggu penegakan diagnosis dan pengobatan TB. Secara umum sifat kuman *Mycobacterium tuberculosis* antara lain adalah sebagai berikut:

- a. Berbentuk batang dengan panjang 1-10 mikron, lebar 0,2 – 0,6 mikron.
- b. Bersifat tahan asam dalam pewarnaan dengan metode Ziehl Neelsen, berbentuk batang berwarna merah dalam pemeriksaan dibawah mikroskop.
- c. Memerlukan media khusus untuk biakan, antara lain Lowenstein Jensen, Ogawa.
- d. Tahan terhadap suhu rendah sehingga dapat bertahan hidup dalam jangka waktu lama pada suhu antara 4°C sampai minus 70°C.
- e. Kuman sangat peka terhadap panas, sinar matahari dan sinar ultra violet. Paparan langsung terhadap sinar ultra violet, sebagian besar kuman akan mati dalam waktu beberapa menit. Dalam dahak pada suhu antara 30-37°C akan mati dalam waktu lebih kurang 1 minggu.

Sumber penularan adalah pasien TB terutama pasien yang mengandung kuman TB dalam dahaknya.Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*/percik renik). Infeksi akan terjadi apabila seseorang menghirup udara yang mengandung

percikan dahak yang infeksius. Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak yang mengandung kuman sebanyak 0-3500 *Mycobacterium tuberculosis*. Sedangkan kalau bersin dapat mengeluarkan sebanyak 4500 – 1.000.000 *Mycobacterium tuberculosis* (Menkes RI, 2016).

Setelah kuman Tuberculosis (TB) Paru masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman Tuberculosis (TB) Paru tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya, melalui system peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas, atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya. Daya penularan dari seorang penderita ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, makin menular penderita tersebut. Bila hasil pemeriksaan dahak negatif (tidak terlihat kuman), maka penderita tersebut dianggap tidak menular. Kemungkinan seseorang terinfeksi Tuberculosis (TB) Paru ditentukan oleh konsentrasi droplet dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Menkes RI, 2009).

### **2.1.3 Cara penularan**

- a. Sumber penularan adalah pasien Tuberculosis (TB) Paru Bakteri Tahan Asam (BTA) positif.
- b. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (droplet nuclei).
- c. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab.
- d. Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut.
- e. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman Tuberculosis (TB) Paru ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Menkes RI, 2009).

### **2.1.4 Gejala Penyakit Tuberculosis Paru**

Gejala utama penyakit Tuberculosis (TB) Paru meliputi:

- a. Gejala utama pasien TB paru adalah batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur

darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan. Pada pasien dengan HIV positif, batuk sering kali bukan merupakan gejala TB yang khas, sehingga gejala batuk tidak harus selalu selama 2 minggu atau lebih.

- b. Gejala-gejala tersebut diatas dapat dijumpai pula pada penyakit paru selain TB, seperti bronkiektasis, bronkitis kronis, asma, kanker paru, dan lain-lain. Mengingat prevalensi TB di Indonesia saat ini masih tinggi, maka setiap orang yang datang ke fasyankes dengan gejala tersebut diatas, dianggap sebagai seorang terduga pasien TB, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung.
- c. Selain gejala tersebut, perlu dipertimbangkan pemeriksaan pada orang dengan faktor risiko, seperti : kontak erat dengan pasien TB, tinggal di daerah padat penduduk, wilayah kumuh, daerah pengungsian, dan orang yang bekerja dengan bahan kimia yang berisiko menimbulkan paparan infeksi paru (Menkes RI, 2016).

## **2.2 Definisi Lembar Rekam Medik dan Klasifikasi Pasien TB**

### **2.2.1 Definisi Lembar Rekam Medik TB**

Lembar Rekam Medik TB Paru terdiri dari dua tipe yaitu;

- a. Pasien TB yang terkonfirmasi Bakteriologis.  
Adalah pasien TB yang terbukti positif pada hasil pemeriksaan contoh uji biologinya (sputum dan jaringan) melalui pemeriksaan mikroskopis langsung, TCM TB, atau biakan.  
Termasuk dalam kelompok pasien ini adalah:
  - i. Pasien TB paru BTA positif
  - ii. Pasien TB paru hasil biakan *Mycobacterium tuberculosis* positif
  - iii. Pasien TB paru hasil tes cepat *Mycobacterium tuberculosis* positif
  - iv. Pasien TB ekstraparu terkonfirmasi secara bakteriologis, baik dengan BTA, biakan maupun tes cepat dari contoh uji jaringan yang terkena.
  - v. TB anak yang terdiagnosis dengan pemeriksaan bakteriologis. .
- b. Pasien TB terdiagnosis secara Klinis

Adalah pasien yang tidak memenuhi kriteria terdiagnosis secara bakteriologis tetapi didiagnosis sebagai pasien TB aktif oleh dokter, dan diputuskan untuk diberikan pengobatan TB.

Termasuk dalam kelompok pasien ini adalah:

1. Pasien TB paru BTA negatif dengan hasil pemeriksaan foto toraks mendukung TB.
2. Pasien TB paru BTA negatif dengan tidak ada perbaikan klinis setelah diberikan antibiotika non Obat Anti Tuberculosis (OAT), dan mempunyai faktor risiko TB
3. Pasien TB ekstraparu yang terdiagnosis secara klinis maupun laboratoris dan histopatologis tanpa konfirmasi bakteriologis.
4. TB anak yang terdiagnosis dengan sistim skoring.

Pasien TB yang terdiagnosis secara klinis dan kemudian terkonfirmasi bakteriologis positif (baik sebelum maupun setelah memulai pengobatan) harus diklasifikasi ulang sebagai pasien TB terkonfirmasi bakteriologis (Menkes RI, 2016).

### **2.2.2 Klasifikasi Pasien TB**

Selain dari pengelompokan pasien sesuai definisi tersebut diatas, pasien juga diklasifikasikan menurut:

A. Klasifikasi berdasarkan lokasi anatomi dari penyakit :

1. Tuberculosis paru

Adalah TB yang berlokasi pada parenkim (jaringan) paru. Milier TB dianggap sebagai TB paru karena adanya lesi pada jaringan paru.

Pasien yang menderita TB paru dan sekaligus juga menderita TB ekstra paru, diklasifikasikan sebagai pasien TB paru.

2. Tuberculosis ekstraparu

Adalah TB yang terjadi pada organ selain paru, misalnya: pleura, kelenjar limfe, abdomen, saluran kencing, kulit, sendi, selaput otak dan tulang. Limfadenitis TB dirongga dada (*hilus* dan atau *mediastinum*) atau efusi pleura tanpa terdapat gambaran radiologis yang mendukung TB pada paru, dinyatakan sebagai TB ekstra paru. Diagnosis TB ekstra paru dapat ditetapkan berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis. Diagnosis TB ekstra paru harus diupayakan secara bakteriologis dengan ditemukannya *Mycobacterium tuberculosis*. Bila proses TB

terdapat di beberapa organ, penyebutan disesuaikan dengan organ yang terkena proses TB tersebut.

- b. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya:
  - a) Pasien baru TB: adalah pasien yang belum pernah mendapatkan pengobatan TB sebelumnya atau sudah pernah menelan OAT namun kurang dari 1 bulan (< dari 28 dosis).
  - b) Pasien yang pernah diobati TB: adalah pasien yang sebelumnya pernah menelan OAT selama 1 bulan atau lebih ( $\geq$  dari 28 dosis).  
Pasien ini selanjutnya diklasifikasikan berdasarkan hasil pengobatan TB terakhir, yaitu:
    - i. Pasien kambuh: adalah pasien TB yang pernah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap dan saat ini didiagnosis TB berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis (baik karena benar-benar kambuh atau karena reinfeksi).
    - ii. Pasien yang diobati kembali setelah gagal: adalah pasien TB yang pernah diobati dan dinyatakan gagal pada pengobatan terakhir.
    - iii. Pasien yang diobati kembali setelah putus berobat (*lost to follow-up*): adalah pasien yang pernah diobati dan dinyatakan *lost to follow up*. (Klasifikasi ini sebelumnya dikenal sebagai pengobatan pasien setelah putus berobat /default).
    - iv. Lain-lain: adalah pasien TB yang pernah diobati namun hasil akhir pengobatan sebelumnya tidak diketahui.
  - c) Pasien yang riwayat pengobatan sebelumnya tidak diketahui.  
Adalah pasien TB yang tidak masuk dalam kelompok 1 atau 2.
- c. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan uji kepekaan obat  
Pengelompokan pasien disini berdasarkan hasil uji kepekaan contoh uji *Mycobacterium tuberculosis* terhadap OAT dan dapat berupa:
  - i. Mono resistan (TB MR): *Mycobacterium tuberculosis* resistan terhadap salah satu jenis OAT lini pertama saja.
  - ii. Poli resistan (TB PR): *Mycobacterium tuberculosis* resistan terhadap lebih dari satu jenis OAT lini pertama selain Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) secara bersamaan.

- iii. Multi drug resistan (TB MDR): *Mycobacterium tuberculosis* resistan terhadap Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) secara bersamaan, dengan atau tanpa diikuti resistan OAT lini pertama lainnya.
  - iv. Extensive *drug* resistan (TB XDR): adalah TB MDR yang sekaligus juga *Mycobacterium tuberculosis* resistan terhadap salah satu OAT golongan fluorokuinolon dan minimal salah satu dari OAT lini kedua jenis suntikan (Kanamisin, Kapreomisin dan Amikasin).
  - v. Resistan Rifampisin (TB RR): *Mycobacterium tuberculosis* resistan terhadap Rifampisin dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT lain yang terdeteksi menggunakan metode genotip (tes cepat molekuler) atau metode fenotip (konvensional).
- d. Klasifikasi pasien TB berdasarkan status HIV
- i. Pasien TB dengan HIV positif (pasien ko-infeksi TB/HIV): adalah pasien TB dengan:
    - a) Hasil tes HIV positif sebelumnya atau sedang mendapatkan ART, atau
    - b) Hasil tes HIV positif pada saat diagnosis TB.
  - ii. Pasien TB dengan HIV negatif: adalah pasien TB dengan:
    - a) Hasil tes HIV negatif sebelumnya, atau
    - b) Hasil tes HIV negative pada saat diagnosis TB.

Apabila pada pemeriksaan selanjutnya ternyata hasil tes HIV menjadi positif, pasien harus disesuaikan kembali klasifikasinya sebagai pasien TB dengan HIV positif.
  - iii. Pasien TB dengan status HIV tidak diketahui: adalah pasien TB tanpa ada bukti pendukung hasil tes HIV saat diagnosis TB ditetapkan. Apabilapada pemeriksaan selanjutnya dapat diperoleh hasil tes HIV pasien, pasien harus disesuaikan kembali klasifikasinya berdasarkan hasil tes HIV terakhir (Menkes RI, 2016).

## **2.3 Obat dan Pengobatan**

### **2.3.1 Obat**

Obat adalah semua bahan tunggal/campuran yang dipergunakan oleh semua makhluk untuk bagian dalam maupun luar, guna mencegah, meringankan ataupun menyembuhkan penyakit. Menurut Undang-Undang yang dimaksud dengan obat adalah suatu bahan atau campuran bahan yang dimaksudkan untuk

digunakan dalam menentukan diagnosis, mencegah, mengurangi, menghilangkan, menyembuhkan penyakit atau gejala penyakit, luka atau kelainan badaniah atau rohaniah pada manusia atau hewan, termasuk memperelok tubuh atau bagian tubuh manusia (Syamsuni, 2006).

### **2.3.2 Pengobatan**

Pengobatan adalah suatu proses penyembuhan ataupun pencegahan penyakit dengan menggunakan obat sebagai objek penyembuhan ataupun pencegahan. Pengobatan bisa dilakukan dengan menggunakan alat kesehatan yang berhubungan atau yang sesuai dengan penyakit yang diderita. Pengobatan bisa dilakukan oleh penderita sendiri (pengobatan sendiri) atau dibantu oleh tenaga medis kesehatan (Syamsuni, 2006).

### **2.3.3 Tujuan Pengobatan TB Paru**

Tujuan pengobatan TB Paru adalah:

1. Menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas serta kualitas hidup.
2. Mencegah terjadinya kematian oleh karena TB atau dampak buruk selanjutnya.
3. Mencegah terjadinya kekambuhan TB.
4. Menurunkan risiko penularan TB.
5. Mencegah terjadinya penularan TB Resisten obat.

### **2.3.4 Prinsip Pengobatan TB Paru**

Obat Anti Tuberculosis (OAT) adalah komponen terpenting dalam pengobatan TB paru. Pengobatan TB paru merupakan salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut kuman TB paru.

Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip:

1. Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi.
2. Diberikan dalam dosis yang tepat.
3. Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat) sampai selesai pengobatan.
4. Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup, terbagi dalam dua (2) tahap yaitu tahap awal serta tahap lanjutan, sebagai pengobatan yang adekuat untuk mencegah kekambuhan (Menkes RI, 2016).

### 2.3.5 Tahapan pengobatan TB Paru

Pengobatan TB harus selalu meliputi pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan dengan maksud:

1. Tahap Awal:

Pengobatan diberikan setiap hari. Paduan pengobatan pada tahap ini adalah dimaksudkan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resistan sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua pasien baru, harus diberikan selama 2 bulan. Pada umumnya dengan pengobatan secara teratur dan tanpa adanya penyulit, daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 minggu pertama.

2. Tahap Lanjutan:

Pengobatan tahap lanjutan bertujuan membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman *persister* sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan.

### 2.4 Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

Penggunaan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang dipakai dalam pengobatan Tuberkulosis (TB) Paru adalah antibiotik dan anti infeksi sintetis untuk

membunuh kuman *Mycobacterium*. Aktifitas obat Tuberkulosis (TB) didasarkan atas tiga mekanisme, yaitu aktifitas membunuh bakteri, aktifitas sterilisasi, dan mencegah resistensi. Jenis OAT yang umum dipakai adalah: Isoniazid, Rifampisin, Pirazinamid, Etambutol, Streptomisin. Kelompok obat ini disebut sebagai Obat Primer. Sedangkan obat lain yang juga boleh digunakan adalah Natrium Para amino Salisilat, Kapreomisin, Levofloxasin, Siprofloksasin, Ofloksasin, Sikloserin, Etionamid, Amikasin dan Kanamisin (Gunawan, G.S., 2016).

Pengobatan Tuberkulosis (TB) Paru mempunyai kode standar yang menunjukkan tahap dan lama pengobatan, jenis Obat Anti Tuberkulosis (OAT), cara pemberian (harian atau selang) dan kombinasi Obat Anti Tuberkulosis (OAT) dengan dosis tetap. Kode Standar tersebut adalah:

H = Isoniazid

R = Rifampicin

Z = Pirazinamid

E = Etambutol

S = Streptomisin

## 2.5 Paduan OAT yang Digunakan Di Indonesia

Paduan yang digunakan adalah:

A. Kategori 1: 2(HRZE)/4(HR)<sup>3</sup> atau 2(HRZE)/4(HR).

Tahap intensif terdiri dari HRZE diberikan setiap hari selama 2 bulan. Kemudian diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari HR diberikan tiga kali dalam seminggu selama 4 bulan. Paduan OAT ini diberikan untuk pasien baru:

1. Pasien TB paru terkonfirmasi bakteriologis.
2. Pasien TB paru terdiagnosis klinis.
3. Pasien TB ekstra paru.

B. Kategori 2: 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)<sup>3</sup>E<sup>3</sup> atau 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)E.

Tahap intensif diberikan selama 3 bulan, yang terdiri dari 2 bulan dengan HRZES setiap hari. Dilanjutkan 1 bulan dengan HRZE setiap hari. Setelah itu diteruskan dengan tahap lanjutan selama 5 bulan dengan HRE yang diberikan tiga kali dalam seminggu. Paduan OAT ini diberikan untuk pasien BTA positif yang pernah diobati sebelumnya (pengobatan ulang) yaitu:

1. Pasien kambuh.
2. Pasien gagal pada pengobatan dengan paduan OAT kategori 1 sebelumnya.
3. Pasien yang diobati kembali setelah putus berobat (*lost to follow-up*).

C. Kategori Anak: 2(HRZ)/4(HR) atau 2HRZE(S)/4-10HR.

Tahap intensif terdiri dari HRZE diberikan setiap hari selama 2 bulan. Kemudian diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari HR diberikan selama 4 bulan. Anak umumnya memiliki jumlah kuman yang lebih sedikit sehingga rekomendasi pemberian 4 macam OAT pada fase intensif hanya diberikan kepada anak dengan BTA positif, TB berat dan TB tipe dewasa. Terapi TB pada anak dengan BTA negatif menggunakan paduan INH, Rifampisin, dan Pirazinamid pada fase inisial 2 bulan pertama kemudian diikuti oleh Rifampisin dan INH pada 4 bulan fase lanjutan.

D. Paduan OAT untuk pasien TB Resistan Obat

Paduan OAT untuk pasien TB Resisten Obat terdiri dari OAT lain yaitu Kanamisin, Kapreomisin, Levofloksasin, Etionamide, Sikloserin, Moksifloksasin, Siprofloksasin, Ofloksasin, PAS, serta OAT yaitu pirazinamid and etambutol (Menkes RI, 2016).

## **2.6 Rumah Sakit**

### **2.6.1 Pengertian Rumah Sakit**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, "Rumah Sakit adalah Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat."

Setiap rumah sakit merupakan sarana kesehatan yang berfungsi untuk melakukan upaya kesehatan dasar atau upaya kesehatan rujukan. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan bagi masyarakat dan diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

Menurut Permenkes RI No. 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit menyebutkan bahwa pengorganisasian rumah sakit harus dapat menggambarkan pembagian tugas, koorganisasian kewenangan, fungsi dan tanggung jawab rumah sakit.

## **2.7 Rumah Sakit Umum Daerah Tarutung**

### **2.7.1 Sejarah Rumah Sakit Umum Daerah Tarutung**

#### **1. Periode Tahun 1918-1952**

Rumah Sakit Umum (RSU) Daerah Tarutung berdiri tahun 1918 oleh Zending Jerman berlokasi di daerah Kabupaten Tapanuli Utara dengan ibu kota Tarutung. Pembangunan Rumah Sakit ini sepenuhnya inisiatif dari pada Zending Jerman. Pada masa itu diseluruh wilayah Tapanuli bahkan diseluruh Sumatera Utara belum ada bentuk pelayanan kesehatan yang berfungsi sebagai Rumah Sakit. Setelah berdirinya Rumah Sakit ini praktis seluruh masyarakat di sekitarnya berobat ke RSU Tarutung. Pada saat itu pelayanan di RSU Tarutung dilaksanakan oleh petugas Zending Jerman dan bentuk pelayanan itu

disesuaikan dengan kondisi masyarakat kita pada masa itu yaitu pelayanan yang bersifat murni sosial. Keadaan ini berlangsung selama puluhan tahun, sehingga pada masa berikutnya di beberapa daerah didirikan Rumah Sakit. Namun demikian, rujukan Rumah Sakit yang didirikan ini selalu ke RSUD Tarutung. Dalam perjalanannya, disamping sebagai fungsi pelayanan juga dilakukan fungsi pendidikan/pelatihan tenaga pribumi menjadi tenaga kesehatan yang kemudian para lulusan tenaga kesehatan ini disebarkan ke seluruh penjuru tanah air bukan hanya di Tapanuli tetapi juga di luar Tapanuli.

Pelayanan ini mengalami pasang surut dengan adanya perubahan pemerintah Belanda ke pemerintahan Jepang. Pada masa pemerintahan Jepang, sebagian tenaga ini ada yang menjadi korban pembunuhan dan sebagian lagi digunakan oleh tentara Jepang untuk membantu tenaga mereka. Pada masa ini pelayanan mengalami kemunduran sehingga operasional Rumah Sakit hampir lumpuh, dan setelah peralihan kemerdekaan RI dari penjajahan Jepang menurut Drs. Hutabarat mantan Direktur KPPA Medan, bahwa di Ruang Rawat Inap (RRI) Vip-A RSUD Daerah Tarutung sekarang dilakukan percetakan uang. Sesudah zaman kemerdekaan, kembali dikelola oleh badan Zending dengan memperbaiki beberapa sarana dan prasarana sehingga pelayanan berjalan dengan baik. Pada tahun 1952 RSUD Tarutung dikelola oleh Pemerintah Propinsi Sumatera Utara meskipun sebagian tenaga pelayanan masih ada disumbangkan oleh Zending Jerman.

## 2. Periode Tahun 1980 -1990

Pengelolaan oleh Pemerintah Propinsi Sumatera Utara pada mulanya juga dengan mengikuti pola pelayanan murni sosial. Tetapi pada perkembangan selanjutnya kemampuan untuk memberikan pelayanan murni sosial tidak dapat dipertahankan lagi. Sejak era tahun 80-an Pemerintah Propinsi Sumatera Utara memberikan beban target Pendapatan Asli Daerah (PAD) bagi RSUD Tarutung, sehingga pelayanan demi pelayanan diatur dengan Peraturan Daerah (Perda).

Sampai dengan tahun 1983, RSUD Tarutung masih berstatus Kelas-D, dengan pelayanan yang diberikan oleh Dokter Umum dan Dokter Gigi dibantu oleh Para Medis Perawatan dan Non Perawatan serta Administrasi Manajemen lainnya. Sejak tahun 1984, RSUD Tarutung disahkan menjadi RSUD. Kelas-C dengan pelayanan diberikan oleh 4 (empat) Dokter Spesialis Dasar, Dokter Umum, Dokter Gigi dan Para Medis Perawatan/Non Perawatan serta tenaga

Administrasi manajemen lainnya. Pelayanan ini berkembang dengan adanya pasang surut oleh karena perpindahan para Dokter Spesialis, sehingga beberapa tahun kemudian pelayanan kembali diberikan oleh hanya Dokter Umum dan Dokter Gigi.

Pada era tahun 90-an, kembali adanya penempatan Dokter Spesialis walaupun tidak lengkap 4 (empat) Spesialis Dasar dan juga oleh PPDS dari FK-USU Medan. Perkembangan “*Needs*” dan “*Demand*” masyarakat demikian juga kemajuan teknologi Kedokteran serta kemajuan arus informasi menyebabkan perubahan di dalam masyarakat pelanggan Rumah Sakit tersebut. Minat dan tuntutan ini sudah seharusnya di akomodasi oleh Pemerintah. Kemauan disertai kemampuan membayar jasa pelayanan yang berkualitas (spesialisasi) yang membuat pihak manajemen RSUD Tarutung menuangkannya dalam perencanaan strategis yang telah disetujui oleh Pemerintah Propinsi Sumatera Utara sebagai acuan dalam pemberian pelayanan kepada pelanggan RSUD Tarutung.

### 3. Periode Tahun 2000-2004

Pada tanggal 26 Desember tahun 2000 RSUD Tarutung disahkan menjadi Kelas-B sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Republik Indonesia Nomor: 1809/ Menkes- Kessos/ SK/ XII/ 2000. Pada tahun 2003, melalui perda No. 07 tahun 2003 sistem pengelolaan keuangan RSUD Tarutung berubah dari sistem pengelolaan secara APBD menjadi Sistem pengelolaan secara Swadana. Dengan demikian sejak tahun 2003, nama RSUD Tarutung berubah menjadi RSU Swadana Daerah Tarutung

### 4. Periode Tahun 2014 s/d sekarang

Pada tanggal 28 Oktober 2014, melalui Peraturan Daerah Nomor 07 Tahun 2014 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Tarutung Kabupaten Tapanuli Utara dimana sistem pengelolaan organisasi dan keuangan berubah dari Swadana menjadi pengelolaan SKPD APBD, nama RSU Swadana Daerah Tarutung berubah menjadi RSU Daerah Tarutung. Sesuai dengan amanat Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dimana pada pasal 7 ayat 3 setiap Rumah Sakit Pemerintah dengan pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah, maka pada tahun 2015 sesuai dengan Surat Keputusan Bupati Tapanuli Utara Nomor 1999 Tahun 2015 tentang Penerapan

PPK–BLUD RSUD Daerah Tarutung dimana Tahun 2017 RSUD Daerah Tarutung menerapkan pengelolaan keuangan secara SKPD dan BLUD.

### **2.7.2 Visi dan Misi Rumah Sakit Umum Daerah Tarutung**

Rumah Sakit Umum Daerah Tarutung mempunyai Visi dan Misi

#### **Visi**

Rumah Sakit Umum Daerah Tarutung adalah “MEWUJUDKAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARUTUNG YANG PROFESIONAL, MANDIRI, BERSAHABAT DAN PENUH KASIH”.

#### **Misi**

1. Memberikan pelayanan berkualitas dan profesional kepada masyarakat dengan biaya terjangkau
2. Melaksanakan pekerjaan dalam tim yang profesional, dinamis, inovatif, berdedikasi tinggi dan terpercaya
3. Meningkatkan kualitas SDM dan memanfaatkan perkembangan IPTEK
4. Meningkatkan kesejahteraan SDM Rumah Sakit
5. Meningkatkan kuantitas dan kualitas sarana/prasarana pelayanan di semua bidang secara berkesinambungan
6. Menciptakan suasana kerja yang kondusif dan harmonis

#### **Motto**

**“Senyum, Sapa, Salam”**

### **2.8 Rekam Medik**

#### **2.8.1 Pengertian Rekam Medik**

Rekam Medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam Medik harus dibuat secara tertulis, lengkap, dan jelas atau secara elektronik (Depkes RI, 2008).

#### **2.8.2 Isi Rekam Medik**

Data-data yang harus dimasukkan dalam Medical Record dibedakan untuk pasien yang diperiksa di unit rawat jalan dan rawat inap. Setiap pelayanan baik di rawat jalan, rawat inap dapat membuat rekam medik dengan data-data sebagai berikut:

1. Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat:

- a. Identitas pasien
  - b. Tanggal dan waktu
  - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
  - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
  - e. Diagnosis
  - f. Rencana penatalaksanaan
  - g. Pengobatan dan/ atau tindakan
  - h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
  - i. Untuk pasien Lembar Rekam Medik gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
  - j. Persetujuan tindakan bila diperlukan.
2. Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat:
- a. Identitas pasien
  - b. Tanggal dan waktu
  - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
  - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
  - e. Diagnosis
  - f. Rencana penatalaksanaan
  - g. Pengobatan dan/ atau tindakan
  - h. Persetujuan tindakan bila diperlukan
  - i. Catatan observasi klinis hasil pengobatan
  - j. Ringkasan pulang (*discharge summary*)
  - k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
  - l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu, dan
  - m. Untuk pasien Lembar Rekam Medik gigi dilengkapi dengan odontogram klinik

### **2.8.3 Kepemilikan Rekam Medik**

Kepemilikan rekam Medik berdasarkan:

- a. Berkas rekam Medik milik sarana pelayanan kesehatan;
- b. Isi rekam Medik merupakan milik pasien;

- c. Isi rekam Medik dalam bentuk ringkasan rekam Medik; dan
- d. Ringkasan rekam Medik dapat diberikan, dicatat, atau dicopy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu.

#### **2.8.4 Pemanfaatan Rekam Medik**

Pemanfaatan rekam Medik dapat digunakan sebagai:

- a. Pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien;
- b. Alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan penegakan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi.
- c. Keperluan pendidikan dan penelitian;
- d. Dasar pembayar biaya pelayanan kesehatan; dan
- e. Data statistik kesehatan (Depkes RI, 2008).

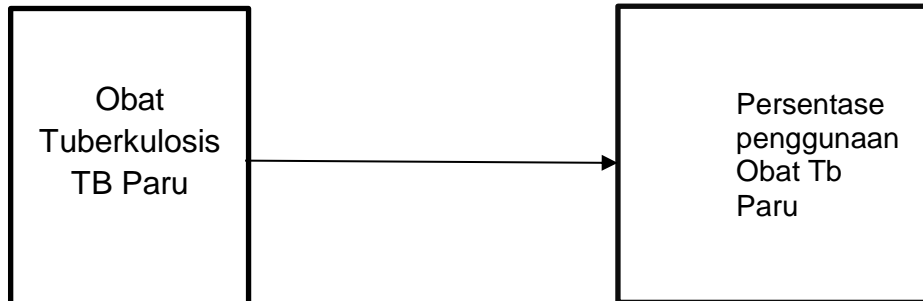
#### **2.9 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)**

BPJS adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS kesehatan mulai operasional pada tanggal 1 Januari 2014. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan . Yang dimaksud dengan BPJS kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan sedangkan BPJS ketenagakerjaan adalah merupakan program publik yang memberikan perlindungan bagi tenaga kerja untuk mengatasi resiko sosial ekonomi tertentu dan penyelenggaraanya menggunakan mekanisme asuransi sosial.

## 2.1 Gambar Kerangka Konsep

Variabel Bebas

Parameter



### 3.1 Definisi Operasional

- a. Pasien Tuberkulosis (TB) Paru adalah pasien dengan diagnosa utama Tuberkulosis (TB) Paru pada rekam medic periode Oktober-Desember 2019.
- b. Rekam Medik adalah kumpulan tentang identitas, diagnosis, dan penggunaan obat yang diberikan ke pasien dengan diagnosa utama adalah penyakit Tuberkulosis (TB) Paru.
- c. Pengobatan adalah pengobatan yang dilakukan untuk pasien penderita Tuberkulosis (TB) Paru.
- d. Umur adalah waktu dalam tahun sejak dilahirkan hingga berobat.
- e. Jenis Kelamin adalah ciri khas tertentu yang dimiliki oleh penderita Tuberkulosis Paru, dikategorikan atas: Laki-laki dan Perempuan.
- f. Pekerjaan adalah aktivitas yang dilakukan setiap hari oleh pasien untuk mendapatkan upah dari pekerjaannya.