

BAB 1 : PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* yang dapat menyebar melalui droplet yang telah terinfeksi basil TB.⁽¹⁾ Penyakit menular Tuberkulosis sampai sekarang masih menjadi masalah kesehatan yang utama dan merupakan masalah kesehatan global sebagai penyebab utama kematian pada jutaan orang setiap tahun di seluruh dunia setelah *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Sebagian besar kuman tuberkulosis (TB) menyerang paru, tetapi juga dapat mengenai organ tubuh lainnya.⁽²⁾

World Health Organization (WHO) tahun 2016 menyatakan bahwa TB masih menjadi topik utama dalam masalah kesehatan di dunia. Hal ini ditunjukkan dengan TB menjadi salah satu penyakit menular 10 terbanyak di dunia. Pada tahun 2015 total jumlah kasus TB di dunia 10,4 juta kasus TB baru termasuk 1,2 juta (11%) di antara orang yang mengidap HIV positif dengan 56% laki-laki dan 34% wanita serta 10% anak-anak. Dihitung dari segi persentase dapat dinilai bahwa jumlah kasus TB sebesar 90% pada orang dewasa dan 10% pada anak-anak.⁽³⁾ Kasus TB mengalami peningkatan dari tahun 2014 yang diperkirakan 2 juta orang meninggal di seluruh dunia karena penyakit tuberkulosis paru dari total 9,6 juta kasus.⁽⁴⁾

Menurut WHO dalam *Global Tuberculosis Report* tahun 2017, sebaran kasus TB pada tahun 2016 banyak terjadi di wilayah Asia Tenggara (45%), Afrika (25%), Timur Mediternia (7%), Eropa (3%), dan yang terakhir adalah di wilayah Amerika (3%). Laporan dari WHO juga menyatakan bahwa terdapat 30 negara di dunia yang mempunyai status angka TB tertinggi didunia yang menyumbang 87% dari semua perkiraan kasus insiden diseluruh dunia. Berdasarkan tingkat insidensinya terdapat tujuh negara yang menonjol memiliki kasus insiden TB tertinggi pada tahun 2016 yaitu India, Indonesia, China, Filipina, Pakistan,

Nigeria, dan Afrika Selatan. *Global Tuberculosis Report* tahun 2017 juga menyatakan bahwa dari 10,4 juta kasus hanya 6,1 juta yang diobati dan 49% yang berhasil diobati, 95% kematian akibat TB terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah.⁽⁵⁾ *The Global Plan to End TB (2016-2020)* menyatakan bahwa untuk keberhasilan pengobatan TB di dunia dengan target 90% *treatment success* untuk semua yang terdiagnosis TB melalui pelayanan pengobatan yang terjangkau. Namun, sampai pada tahun 2015 belum ada negara yang mencapai target dari cakupan pengobatan dan keberhasilan pengobatan TB, gap terbesar di beberapa negara adalah di cakupan pengobatan.⁽⁵⁾

Tuberkulosis di Indonesia mengalami peningkatan kasus dari tahun 2014 sampai tahun 2016. Pada tahun 2014 jumlah kasus tuberkulosis sebanyak 324,539 meningkat menjadi 330.729 di tahun 2015. Merujuk pada Profil kesehatan Indonesia pada tahun 2016 ditemukan jumlah kasus tuberkulosis sebanyak 351.893 kasus.⁽⁶⁻⁸⁾ Berdasarkan dari angka keberhasilan pengobatan kasus TB di Indonesia, pada tahun 2013 angka keberhasilan pengobatan TB yaitu 83% dan mengalami penurunan pada tahun 2014 (81,3 %) dari target 88%. Kemudian pada 2015 angka keberhasilan pengobatan TB yaitu 84% dengan angka kesembuhan 78% yang belum mencapai target nasional yaitu 88%. Sedangkan pada tahun 2016 angka keberhasilan pengobatan kasus Tuberkulosis di Indonesia menurun yaitu 75,4% yang masih dibawah target 85%.⁽⁶⁻⁹⁾

Laporan Dinas Kesehatan di Provinsi Sumatera Barat Tahun 2015 melaporkan bahwa jumlah kasus baru TB BTA (+) 1.116 kasus dengan 61,6% pada laki – laki dan 38,4% terjadi pada perempuan. Sedangkan pada tahun 2016 jumlah kasus baru TB BTA (+) adalah 1.138 kasus dengan 73,8% terjadi pada laki-laki dan 26,2% pada perempuan.^(10, 11)

Pada tahun 2014 di Provinsi Sumatera Barat BTA (+) diobati sebanyak 988 pasien dengan angka keberhasilan pengobatan adalah 88,3 %, sementara jumlah kematian selama pengobatan jauh menurun dari 11 orang di tahun 2013 menjadi 17 orang di tahun 2014. BTA

(+) yang diobati tahun 2015 terdapat sebanyak 1.093 pasien yang angka keberhasilan pengobatannya mengalami penurunan yaitu 77,5% dan jumlah kematian selama pengobatan meningkat dari tahun 2015 yaitu 9 orang menjadi 22 orang pada tahun 2016. Kemudian pada tahun 2016 Sumatera Barat merupakan salah satu provinsi dengan angka keberhasilan pengobatan terendah setelah Kalimantan Timur dan Kepulauan Bangka Belitung dengan SR (*Success Rate*) sebesar 83,6 % dari 90% target, angka ini menurun jika dibandingkan dengan pencapaian tahun 2014 dan 2015. ⁽¹⁰⁻¹³⁾

Salah satu penyebab utama meningkatnya kasus TB yaitu kemiskinan pada berbagai kelompok masyarakat seperti pada negara berkembang, kegagalan program TB yang diakibatkan oleh tidak memadainya tatalaksana kasus (diagnosis dan paduan obat yang tidak standar, gagal menyembuhkan kasus yang telah didiagnosis), dan perubahan demografik karena meningkatnya penduduk dunia serta dampak dari pandemi HIV. ^(14, 15) Sasaran strategi nasional pengendalian TB mengacu pada rencana strategis kementerian kesehatan dari tahun 2010 – 2014 yaitu menurunkan prevalensi TB dan meningkatkan persentase keberhasilan pengobatan kasus baru TB BTA (+). ⁽¹⁶⁾ Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016 angka keberhasilan pengobatan masih dibawah target yaitu 83,6% dari target 90%. Hal ini disebabkan karena ketidakpatuhan pasien TB untuk menjalani pengobatan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan secara teratur. Keberhasilan pengobatan juga ditentukan oleh penemuan kasus secara mikroskopis. ⁽¹⁷⁾ Rendahnya penemuan kasus akan mengalami penundaan pengobatan (keterlambatan pengobatan), dan meningkatkan mortalitas dan morbiditas yang lebih tinggi karena penyakit yang berkepanjangan dan perkembangan komplikasi, serta peningkatan risiko penularan infeksi lebih lanjut. ⁽¹⁸⁾ Keterlambatan dalam pengobatan atau penegakan diagnosis dapat terjadi oleh karena faktor keterlambatan pasien (*patient delay*), keterlambatan pelayanan kesehatan (*provider delay*), dan keterlambatan sistem kesehatan (*health system delay*). ^(19, 20)

Keterlambatan pasien adalah interval waktu antara timbulnya gejala dan kontak pertama pasien dengan penyedia layanan kesehatan, dan waktu 18,4 - >21 hari dianggap sebagai indikasi penundaan pasien.^(21, 22) Sedangkan keterlambatan dari *provider* yaitu periode dari pertama kali konsultasi ke sarana pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lainnya sampai dengan dilakukan diagnosis bila melebihi suatu batas waktu tertentu terhadap pasien mengenai penyakit dari pasien tersebut dan waktu dari keterlambatan *provider* yaitu >5 hari.⁽²³⁻²⁵⁾ Kemudian interval waktu antara kunjungan pertama pasien ke pusat kesehatan, rumah sakit, atau klinik swasta dan dimulainya pengobatan, dengan waktu lebih dari 7 hari dianggap sebagai indikasi penundaan dari pasien disebut keterlambatan sistem pengobatan kesehatan.⁽²²⁾

Faktor yang mempengaruhi keterlambatan pengobatan adalah tipe TB, area tempat tinggal (Urban/Rural), keinginan pasien untuk berobat, kepercayaan terhadap pengobatan, penyakit penyerta, dukungan sosial, pengetahuan, pekerjaan, stigma, modal sosial dan sebagainya.

Keterlambatan *provider* dapat mempengaruhi keterlambatan pengobatan kasus tuberkulosis yang terjadi setelah keterlambatan dari pasien.^(19, 20) Keterlambatan *provider* dapat terjadi ketika tenaga kesehatan tidak dapat mengenali tanda dan gejala TB, ketika ditemukan kasus TB tidak ditindak lanjuti pengobatannya, dan ketika gagal dalam mendeteksi kasus TB dan telat melakukan pengobatan. Apabila terlambat mendiagnosis dan terlambat melakukan pengobatan maka berisiko meningkatkan transmisi penularan infeksi yang luas dan berkepanjangan dalam masyarakat, dapat menyebabkan penyakit lebih berat, komplikasi lebih banyak dan meningkatkan risiko kematian serta berpotensi memperburuk keadaan ekonomi pasien maupun keluarga.⁽²⁶⁻²⁸⁾ Penyakit TB lebih berat dengan komplikasi lebih banyak seperti pengidap HIV/AIDS, diabetes, atau orang yang sedang menjalani kemoterapi, orang yang mengalami malnutrisi atau kekurangan gizi, dan pecandu narkoba.⁽¹⁴⁾

Faktor yang berperan pada keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB Paru adalah penyakit penyerta, karakteristik pasien, jenis atau tipe penyakit, fasilitas layanan kesehatan yang pertama dikunjungi, keahlian tenaga kesehatan, kualitas laboratorium, tindakan awal pelayanan kesehatan.^(21, 28)

Kota Padang menempati urutan pertama dengan jumlah penemuan kasus baru TB Paru BTA positif sebesar 1.138 kasus dengan angka kesembuhan masih dibawah target (81,3%) dan diikuti oleh Padang Pariaman (488 kasus), Pesisir Selatan (462 kasus). Sedangkan pada tahun 2017 jumlah penemuan kasus baru TB Paru BTA positif di Kota Padang meningkat menjadi 3.699 kasus. Kota Padang mempunyai 22 puskesmas dengan 7 unit puskesmas rawatan dan 15 puskesmas non rawatan.^(1, 10)

Berdasarkan penelitian sebelumnya, Chowdhury (2014) di Rajshahi City, Bangladesh menyatakan bahwa pasien yang melakukan kunjungan pertama ke GO klinik/LSM sebelum di diagnosis memiliki sekitar 80% lebih sedikit probabilitas keterlambatan diagnosis dibandingkan dengan pasien yang mengunjungi apotek untuk mencari perawatan kesehatan.⁽²⁹⁾ Hasil penelitian sebelumnya menemukan bahwa adanya hubungan keterlambatan *provider* dengan kunjungan pertama ke penyedia layanan kesehatan non-formal dan perawatan mandiri ($p < 0,0001$) (Solomon Yimer, 2005), sedangkan menurut E. Zerbini (2008) menyatakan bahwa keterlambatan pengobatan tidak ada hubungan yang signifikan dengan pasien pertama kali mengunjungi layanan kesehatan masyarakat dengan nilai $p = 0,385$.^(21, 30)

Berdasarkan Ebrahimi (2018), menyatakan bahwa dalam penelitiannya yang dilakukan di Iran tidak ada hubungan yang signifikan antara keterlambatan pengobatan TB dengan dokter yang terlatih.⁽³¹⁾ Tetapi menurut Dale (2001) menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pasien yang dikunjungi dokter pribadi dengan keterlambatan pengobatan TB dari segi *provider* ($p = 0,05$).⁽³²⁾

Berdasarkan uraian data yang telah dipaparkan, telah banyak studi yang membahas tentang pengobatan TB, tapi belum ada yang fokus membahas tentang keterlambatan *provider* di Kota Padang, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB Paru di Kota Padang tahun 2018.

1.2 Perumusan Masalah

Meningkatnya insiden kasus TB paru BTA (+) dari tahun 2015 sampai 2017, rendahnya cakupan penemuan pasien baru TB paru BTAS (+), serta angka rendahnya keberhasilan pengobatan TB paru BTA (+) menunjukkan bahwa pencapaian program TB paru di kota Padang masih belum berhasil. Keterlambatan *provider* dalam mendiagnosis kasus TB merupakan salah satu alasan utama penyebab rendahnya angka keberhasilan pengobatan dan tingginya tingkat penularan serta rendahnya tingkat deteksi penyakit. Berdasarkan fakta tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah untuk melihat apa saja faktor yang berhubungan dengan keterlambatan *provider* pada pasien TB paru di kota Padang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk Mengetahui faktor – faktor yang berhubungan dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB di kota padang tahun 2018.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui distribusi frekuensi keterlambatan *provider* dalam pengobatan Tuberkulosis di Kota Padang Tahun 2018.
2. Mengetahui distribusi frekuensi Fasilitas kesehatan pertama yang dikunjungi oleh pasien Tuberkulosis di Kota Padang tahun 2018.

3. Mengetahui distribusi frekuensi tindakan awal pelayanan kesehatan saat kunjungan pertama pasien Tuberkulosis di Kota Padang tahun 2018.
4. Mengetahui distribusi frekuensi penyakit penyerta pada pasien Tuberkulosis di Kota Padang tahun 2018.
5. Mengetahui hubungan Fasilitas kesehatan pertama yang dikunjungi oleh pasien dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan Tuberkulosis di Kota Padang tahun 2018
6. Mengetahui hubungan tindakan awal pelayanan kesehatan saat kunjungan pertama oleh pasien dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan Tuberkulosis di Kota Padang tahun 2018
7. Mengetahui hubungan penyakit penyerta dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan Tuberkulosis di Kota Padang tahun 2018.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat untuk pengkayaan literatur tentang kejadian TB.
2. Untuk menambah wawasan dan pengetahuan peneliti dalam menemukan faktor-faktor yang berhubungan dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan penyakit tuberkulosis di Kota Padang.
3. Sebagai pedoman bagi peneliti selanjutnya yang ingin melakukan penelitian lebih lanjut.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Instansi

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi bahan informasi dan masukan bagi pemegang program TB, dan sebagai bahan acuan untuk meningkatkan penemuan kasus dan

deteksi dini dari kasus TB serta sebagai bahan evaluasi bagi pembuat program kebijakan kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan pengobatan kejadian penyakit Tuberkulosis (TB) agar lebih baik lagi.

2. Bagi Masyarakat

Sebagai informasi tambahan untuk masyarakat terkait dengan keterlambatan *provider* pada kasus TB dan dapat meningkatkan pengetahuan, memperbaiki persepsi yang salah tentang TB ataupun kesadaran untuk memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan lebih dini.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Sesuai dengan judul dan keterangan di atas mengingat ketersediaan waktu, biaya serta tenaga maka penulis membatasi ruang lingkup penelitian ini. Pada Faktor – faktor yang menyebabkan keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB Paru di Kota Padang tahun 2018, menggunakan jenis penelitian analitik, data di ambil dalam penelitian ini dengan menggunakan kuisisioner sebagai alat bantu dalam pengumpulan data. Desain studi penelitian ini adalah desain studi *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan di 22 puskesmas. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor – faktor yang berhubungan dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan tuberkulosis di Kota Padang tahun 2018, dengan variabel independen fasilitas pertama yang dikunjungi oleh pasien TB, penyakit penyerta atau komplikasi, dan tindakan awal pelayanan kesehatan saat kunjungan pertama oleh pasien TB, sedangkan variabel dependen yaitu keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB.