

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Visi *end Tuberculosis* (TB) 2035 akan menjadi sulit untuk dicapai jika insiden TB masih tinggi dan TB tetap menjadi satu dari 10 penyebab utama kematian di dunia. Visi *end TB* 2035 adalah *A world free of TB* dengan tujuan *End the Global TB Epidemic 2035* yaitu penurunan kematian akibat TB sebesar 95% dibanding tahun 2015 dan penurunan insiden TB sebesar 90% dibandingkan tahun 2015.

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi yang menular, disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis*. TB umumnya merupakan penyakit yang dapat disembuhkan. Untuk mengurangi beban penyakit, sangat penting bahwa semua pasien TB di diagnosis dan mendapatkan pengobatan. Menemukan dan berhasil merawat semua pasien TB adalah landasan strategi global untuk mengakhiri TB, namun hambatan utama untuk mencapai tujuan ini adalah ketidakmampuan untuk mengidentifikasi semua pasien dan melaporkannya.

Pada tahun 2016, organisasi kesehatan dunia (WHO) memperkirakan bahwa hampir 40% dari perkiraan pasien tuberkulosis (TB) “hilang”. Ini mewakili lebih dari 4,3 juta orang dengan TB yang tidak diketahui apakah mereka pernah menerima diagnosis atau pengobatan yang sesuai. Beberapa mungkin telah di diagnosis tetapi tidak memulai pengobatan atau tidak diobati dengan tepat (KNCV, 2018). Ini mengisyaratkan bahwa ada populasi TB yang signifikan yang tidak diketahui identitasnya (selanjutnya disebut : hilang atau *missing cases*).

Missing cases TB merupakan istilah yang digunakan untuk penderita TB yang tidak terdiagnosis atau terdiagnosis namun tidak tercatat dalam system surveilans TB nasional dan WHO (WHO, 2016). TB yang tidak terdiagnosis disebut underdiagnosis dan tidak tercatat dalam system surveilans TB nasional dan pada catatan WHO disebut dengan underreporting.

Study pada 13 (tiga belas) negara dengan beban TB tertinggi secara global yaitu: India, Indonesia, Cina, Nigeria, Pakistan, South Africa, Bangladesh, Philipines, Kongo, Ethipoia, Myanmar, Mozambique, dan Kenya yang dilakukan

oleh Daniel dan Christy (2017) menyatakan bahwa pada sektor swasta sebanyak 60% memulai pengobatan TB, namun hanya 10 % yang dilaporkan. Penelitian serupa juga dilakukan oleh Christy, et al (2017) pada 5 (lima) negara dengan beban TB tertinggi secara global yaitu: Indonesia, Pakistan, Filipina, Ethiopia, dan Kenya ditemukan bahwa 66% pasien mencari perawatan TB ke fasilitas private yang mempunyai fasilitas terbatas dibanding dengan fasilitas publik, hanya 7 % kasus yang ternoifikasi.

Di Indonesia, WHO melaporkan pada tahun 2017 insiden kasus TB di Indonesia adalah 403 per 100.000 penduduk atau sekitar 1.020.000 TB baru per tahun. Berdasarkan data Sistem Terpadu Tuberkulosis Terpadu (SITT) tahun 2017 jumlah kasus TB ternoifikasi adalah 401.130 kasus. Berdasarkan estimasi hasil sementara Studi Inventori TB tahun 2017 terdapat 310.000 kasus (44%) belum dilaporkan dan 310.000 kasus (30,4%) belum terdeteksi (Kementerian Kesehatan, 2018).

Berdasarkan laporan Sistem Informasi Tuberkulosis Terpadu (SITT) Provinsi Sumatera Barat, pada tahun 2017 estimasi kasus TB adalah 26.031 kasus yang ternoifikasi 9.341 (35,88%) dan 16,690 (64,12%) kasus yang tidak ternoifikasi (Sitt.kemkes.go.id). Provinsi Sumatera Barat termasuk salah satu provinsi dengan zona merah dalam penemuan kasus TB di Indonesia, yaitu dengan range CDR 0-39,99%, zona kuning (40-69,99%), zona hijau (70-89,99%), zona biru (>90%) (Kemenkes RI, 2018)

Berdasarkan laporan dari Dinas Kesehatan Kota Padang Panjang berdasarkan data Sistem Terpadu Tuberkulosis Terpadu (SITT) dapat dilakukan penghitungan jumlah kasus yang tidak ternoifikasi, dimana pada tahun 2016 sebanyak 180 kasus (71,71%), tahun 2017 sebanyak 151 kasus (61,63%) dan pada tahun 2018 sebanyak 263 kasus (74,72%) atau dengan rata-rata 69,35% dalam kurun waktu 3 tahun terakhir (Laporan Tahunan Dinkes Padang Panjang).

Kasus yang hilang (*missing cases*) TB berdampak sangat besar terhadap upaya penanggulangan TB, karena keberadaan dan kondisi kasus indeks tidak diketahui, apakah mereka berada di rumah, disekolah, tempat kerja, asrama dan lain lain. Bila dalam kondisi TB aktif sudah pasti berdampak pada penularan TB yang tidak terkontrol yang terus terjadi di masyarakat luas. Penularan penderita

TB BTA + ini dapat menularkan 10-15 penderita pertahun. Penderita TB BTA + tanpa pengobatan memiliki resiko hidup kurang dari 8 tahun. Penyakit TB yang tidak diobati menurut riwayat alamiahnya maka setelah 5 tahun menunjukkan 50% akan meninggal, 25 % akan sembuh sendiri dengan daya tahan tubuh yang tinggi, dan 25 % akan menjadi kasus kronis yang tetap menular, Pengobatan yang tidak termonitoring akan memunculkan resistensi terhadap obat TB. Dampak lainnya bukan hanya dari aspek kesehatan semata tetapi juga dari ekonomi juga memberikan dampak buruk lainnya, secara sosial stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat (Kemenkes RI, 2014). Jelaslah kejadian *missing cases* ini akan berdampak terhadap meningkat morbiditas, disabilitas, mortalitas dan transmisi TB di masyarakat. Tentunya hal ini akan mempengaruhi terhadap pencapaian visi dan tujuan *end TB 2035* dengan tujuan *End the Global TB Epidemic 2035*.

Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah dalam rangka pencegahan dan pengendalian TB terutama dalam meningkatkan penemuan, pencatatan dan pelaporan untuk mengatasi penyebab dari *missing cases*. Sejak tahun 1995 dilaksanakan program penanggulangan TB dengan strategi DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse) yang direkomendasikan oleh WHO. Pada tahun 2005 oleh Global stop TB partnership, strategi DOTS tersebut diperluas menjadi “Strategi Stop TB”. Masih rendahnya penemuan kasus TB di Indonesia, pemerintah pada tahun 2017 melaksanakan gerakan TOSS TB (Temukan Obati Sampai Sembuh).

Kebijakan pengendalian TB telah banyak dikeluarkan, diantaranya adalah melalui Permenkes Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, Permenkes RI Nomor 43 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, program utama pembangunan kesehatan yang tercantum dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019 melalui Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). BPJS Kesehatan sebagai pelaksana program JKN mengemas pelayanan komprehensif (Promotif, preventif, kuratif hingga rehabilitative) termasuk kasus TB, sesuai dengan amanat Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Dalam hal pembiayaan, obat TB diberikan secara gratis di fasilitas kesehatan Indonesia

tanpa melihat apakah pasien umum atau pasien Jamkesmas/ BPJS karena Pengendalian penyakit TB menjadi program pemerintah Non-Governmental Organization dalam hal ini Global Fund menjadi donor pembiayaan program TB.

Bedasarkan uraian diatas mengindikasikan pentingnya memastikan bahwa semua penderita TB ditemukan dan ternotifikasi. Selanjutnya diobati sedini mungkin. Penemuan kasus TB adalah langkah awal agar penderita mendapat manfaat dari pengobatan TB, Menurut WHO (2017) sangat penting untuk diketahui siapa yang akan menjadi *missing cases*, dimana terjadinya *missing cases*, mengapa *missing cases* bisa terjadi dan bagaimana bisa menemukan *missing case* (WHO, 2017).

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sebagai fasilitas kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat dapat menjadi langkah awal dalam menemukan *missing cases* TB. Di Kota Padang Panjang tahun 2018, berdasarkan laporan program TB, persentase kasus TB yang ternotifikasi pada tingkat Puskesmas sebagai salah satu FKTP yaitu hanya 34,83%. Ini lebih rendah dari persentase kasus TB yang ternotifikasi di Rumah Sakit sebagai FKRTL yaitu sebesar 65,17%. Sedangkan berdasarkan data SITT, untuk tingkat Provinsi Sumatera Barat kasus TB ternotifikasi di Puskesmas 58,68%, lebih tinggi dibanding kasus TB ternotifikasi di Rumah Sakit yaitu sebesar 41,3%.

Rendahnya TB yang ternotifikasi di tingkat FKTP perlu mendapatkan perhatian serius, mengingat Puskesmas sebagai FKTP adalah Fasilitas Kesehatan yang terbanyak diakses oleh masyarakat. Secara nasional berdasarkan laporan pengelolaan program BPJS Kesehatan tahun 2017, pemanfaatan FKTP oleh peserta JKN lebih tinggi dibanding FKRTL dimana ditunjukkan dengan jumlah kunjungan rawat jalan pada tahun 2017 tingkat pertama (FKTP) yaitu sebesar 110.027.276 (70,16%) lebih tinggi dibanding FKRTL 46.794.868 (29,84%).

Pada tingkat Global studi yang dilakukan oleh Christy, et al (2017) menemukan bahwa 70% pasien TB memulai pengobatan di tingkat komunitas atau klinik kesehatan pribadi. Tingkat komunitas dan klinik kesehatan pribadi tersebut di Indonesia termasuk dalam FKTP. Hasil studi yang sama juga dilakukan oleh Daniel, et al (2017) yang menyatakan bahwa pasien mencari perawatan TB ke fasilitas pribadi 66% dan yang dilakukan oleh Asik et al (2017),



yang menyatakan bahwa hanya 20% pasien didiagnosis TB pada lokasi pelayanan kesehatan pertama kali mereka berkunjung mencari pelayanan. Kebanyakan itu pada sektor swasta dimana dengan fasilitas diagnostik yang tertinggal dari sektor publik.

Pada penelitian awal melalui wawancara dengan petugas penanggung jawab TB dinas Kota Padang Panjang (Wasor TB), menyatakan bahwa manajemen program pengendalian penyakit tuberculosis sudah dilaksanakan di setiap Puskesmas sebagai FKTP dan juga melakukan sosialisasi program TB tentang *Public Private Mix* (PPM) yang melibatkan FKTP lainnya seperti Klinik pratama, Dokter Praktek Mandiri serta tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan dalam praktek mandiri di masyarakat, namun selama 3 (tiga) tahun terakhir tidak pernah ada laporan kasus TB yang berasal dari FKTP klinik pertama dan Dokter Praktek Pribadi / Mandiri.

Penelitian ini akan menggunakan pendekatan *Patient Care Cascade* (PCC) dengan menggunakan *union model* dan *Patient-Pathway Analysis* (PPA) serta pendekatan sistem. *Patient Care Cascade* (PCC) atau analisis jalur pasien, merupakan langkah-langkah yang diambil pasien TB dari titik awal pencarian perawatan hingga mencapai keberhasilan pengobatan. *Cascade* dapat mengukur besarnya kesenjangan selama alur perawatan sedangkan PPA dapat menentukan kesenjangan antara pelayanan kesehatan dengan ketersediaan alat diagnostik dan pelayanan pengobatan. Kedua pendekatan ini berguna untuk mengembangkan pemahaman mengapa pasien TB hilang dan bagaimana untuk menemukannya. PPA dapat membantu program memahami dimana mereka dapat menemukan Pasien TB yang hilang (WHO, 2017). Penelitian ini akan dilaksanakan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di kota Padang Panjang yang terdiri dari 2 (dua) puskesmas dengan penemuan kasus TB terendah tahun 2018, 2 (dua) klinik Pratama yang mempunyai kepesertaan JKN tertinggi tahun 2018 dan Dokter Praktek Mandiri dengan kunjungan pasien terbanyak tahun 2018.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan analisis *missing cases* tuberculosis di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) kota Padang Panjang tahun 2019.

## B. Rumusan Masalah

Berdasarkan dari latar belakang diatas dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu Bagaimana analisis *missing cases* Tuberkulosis di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Kota Padang Panjang tahun 2019.

## C. Tujuan Penulisan

### 1. Tujuan Umum

Melakukan analisis *missing cases* tuberkulosis di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Kota Padang Panjang tahun 2019.

### 2. Tujuan Khusus :

- a. Memperoleh gambaran mengenai alur proses penemuan kasus baru TB, sistem pencatatan dan pelaporan kasus TB pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Kota Padang Panjang tahun 2019.
- b. Mengidentifikasi jumlah *missing cases* tuberkulosis pada setiap alur atau akses ke pelayanan kesehatan pasien tuberkulosis pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Kota Padang Panjang tahun 2019.
- c. Mengidentifikasi lokasi *missing cases* tuberkulosis pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Kota Padang Panjang tahun 2019
- d. Menganalisis Program Pengendalian Penyakit Tuberkulosis dalam rangka mengatasi penyebab *missing cases* tuberkulosis melalui faktor masukan (input), faktor proses pelaksanaan dan faktor keluaran (*output*) pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Kota Padang Panjang tahun 2019.

## D. Manfaat Penulisan

### 1. Manfaat Teoritis

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi tambahan dalam memperkuat hasil-hasil yang berkaitan dengan analisis *missing cases* tuberkulosis pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Kota Padang Panjang tahun.

## 2. Manfaat Pratikal

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan rujukan dalam peningkatan penemuan kasus TB dan pelaporan TB serta regulasi dan kebijakan di wilayah kota Padang Panjang.

