

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian.

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru – paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Tuberkulosis paru merupakan suatu penyakit pemafasan bagian bawah.

Pada tahun 1995, diperkirakan setiap tahun terjadi sekitar 9 juta penderita baru TB dengan kematian 3 juta orang (WHO, *Treatment Of Tuberculosis, Guidelines for National Programmes, 1997*). Di negara – negara berkembang kematian TB merupakan 25 % dari seluruh kematian, yang sebenarnya dapat dicegah. Diperkirakan 95 % penderita TB berada di negara berkembang, 75 % penderita TB adalah kelompok usia produktif (15 –50 tahun). Tuberkulosis paru merupakan penyebab kematian nomor tiga (3) setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan pada semua kelompok usia. Nomor satu (1) dari semua golongan penyakit infeksi di dunia, dan nomor dua (2) dari penyakit infeksi di Indonesia. Pada tahun 1999, WHO memperkirakan setiap tahun terjadi 583.000 kasus baru TB dengan kematian karena TB sekitar 140.000 di Indonesia. Secara kasar diperkirakan setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 130 penderita baru TB paru BTA positif.

Mycobacterium Tuberculosis mempunyai karakteristik dengan bentuk batang, dan tahan terhadap asam pada pewarnaan. Oleh karena itu disebut pula sebagai Basil Tahan Asam (BTA). Kuman TB cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi juga dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh, kuman ini dapat *dormant* (tertidur lama) selama

beberapa tahun. Tuberkulosis umumnya menyerang orang dewasa pada masa yang paling produktif.

Sumber penularan TB adalah penderita TB BTA positif, yang dapat menularkan kepada orang yang berada disekelilingnya, terutama kontak erat. Pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk *droplet* (percikan dahak) yang mengandung kuman yang dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup kedalam saluran pernafasan dan dapat menyebar dari paru kedalam tubuh manusia lainnya melalui sistem peredaran darah (*hematogen*), sistem saluran lymph (*limfogen*), saluran nafas (*bronchogen*). 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 TB ditentukan oleh konsentrasi droplet per volume udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

Resiko penularan setiap tahun (*Annual Risk of Tuberculosis infection = ARTI*) di Indonesia dianggap cukup tinggi dan bervariasi antara 1-2 % . Pada daerah dengan ARTI sebesar 1 % , berarti setiap tahun diantara 1000 penduduk, 10 (sepuluh) orang akan terinfeksi. Sebagian besar dari orang yang terinfeksi tidak akan menjadi penderita TB, hanya 10 % dari yang terinfeksi yang akan menjadi penderita TB. Faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi penderita TB adalah daya tahan tubuh yang rendah; diantaranya karena **gizi** buruk atau HIV/AIDS.

Pada negara berkembang, kemoterapi dengan program terdahulu telah gagal mempengaruhi angka morbiditas Tuberkulosis, sehingga menyebabkan tingginya potensi *Multiple Drug Resisten Tuberculosis (MDR)* pada penderita TB. Hal ini tampak penyebab utama gagalnya pengobatan, umumnya pada penggunaan regimen *Isoniazid* dan *Tioacetazon* setiap hari selama 12 – 18 bulan, ditambah dengan *Streptomycin* selama 2 bulan pertama adalah tertundanya konversi apusan dari positif menjadi negatif. Selama fase pengobatan awal, ketaatan pasien untuk berobat mungkin masih baik, karena pasien masih merasakan gejala penyakit dan pengobatan dengan suntikan setiap hari

menjanjikan pengawasan sepenuhnya. Namun demikian, pada akhir bulan kedua, ketika *Streptomycin* dihentikan, hampir sekitar separuh dari pasien – pasien tersebut apusannya masih positif. Pada saat inilah ketidaktaatan pasien sering meningkat. Untuk mengatasi masalah ini pemberian obat hendaknya diawasi secara ketat sekurang – kurangnya selama 5 bulan pertama pengobatan (WHO, *Treatment of Tuberculosis Guidelines for National Programmes*, 1993), namun hal ini seringkali tidak dapat dilakukan begitu saja.

Untuk menjawab tantangan itu sejak tahun 1995 telah dilaksanakan Program Pemberantasan Penyakit Tuberculosis Paru (P2TB) dengan strategi DOTS yang direkomendasi oleh WHO (*World Health Organization*), kemudian berkembang seiring dengan pembentukan GERDUNAS-TB (Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberculosis), maka Pemberantasan Penyakit Tuberculosis Paru berubah menjadi Program Penanggulangan Tuberculosis (TB). Penanggulangan TB strategi DOTS dapat memberikan angka kesembuhan yang tinggi. Bank Dunia menyatakan strategi DOTS merupakan strategi kesehatan yang paling *cost – effective*.

DOTS adalah strategi pengobatan mutakhir yang direkomendasikan oleh WHO untuk menjawab masalah dan tantangan pada Program Penanggulangan Tuberculosis untuk menghindari adanya *MDR Of Tuberculosis* dan bertambahnya angka morbiditas akibat Tuberculosis.

Berdasarkan data, sampai saat ini Program Penanggulangan TB dengan strategi DOTS pada tahun 1995–1999 baru mencapai 10 % dan *error rate* belum terhitung dengan baik meskipun *cure rate* lebih besar dari 85 %. Dan menurut penelitian Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat dalam kegiatan Pemberantasan Penyakit Tuberculosis di daerah ICDC (*Intensification Communicable Diseases Control*) dan kontrol tahun 1997 – 2000 diindikasikan bahwa meskipun upaya penanggulangan TB telah dilaksanakan 20 tahun lebih dan 4 tahun lebih pelaksanaan DOTS di Jawa Barat masih saja belum memberikan hasil yang mengembirakan (Tim Epidemiologi Jabar, 2000). Hal ini terlihat dari pencapaian angka kesembuhan minimal 95 % serta angka kesalahan *cross check* masih 9,31 %. Sedangkan ketidakberhasilan upaya penanggulangan penyakit TB

saat ini yaitu, Program DOTS hanya dilaksanakan di unit pelayanan kesehatan (UPK) Puskesmas saja tanpa melibatkan rumah sakit (RS), praktek dokter, balai pengobatan. Pada umumnya hampir seluruh unit pelayanan tersebut sudah melaksanakan penemuan serta pengobatan TB dengan cara yang sangat bervariasi serta hasil pengobatannya sebagian besar tidak diketahui secara pasti. Hal ini merupakan ancaman besar bagi upaya penanggulangan TB di Jawa Barat, karena jika dibiarkan bukan hal yang mustahil kelak kemudian hari akan banyak muncul – muncul *MDR* terhadap obat yang ada, hal ini dikarenakan adanya pengobatan yang tidak teratur dan kombinasi obat yang tidak lengkap. Kemungkinan penyebab masalah kedua adalah adanya indikasi masih lemahnya dukungan lintas program dan lintas sektor terhadap program penanggulangan TB yang ada saat ini.

Masalah penyakit TB sudah bukan merupakan masalah pemberantasan penyakit menular saja akan tetapi sudah menjadi masalah sosial sehingga penanggulangannya tidak akan cukup oleh satu sektor saja dan apabila upaya penanggulangan TB tetap dilaksanakan oleh satu sektor program tanpa adanya keterlibatan sektor dan program lain secara terpadu dan komprehensif maka tetap saja masalah TB akan tetap seperti saat ini atau bahkan akan menyebabkan *MDR* (Tim Epidemiologi Jabar, 2000).

Berdasarkan uraian diatas dan oleh karena masih minimnya penelitian tentang Pengelolaan Operasional OAT Strategi DOTS, khususnya menyangkut keberhasilan Program Penanggulangan TB di daerah program P2TB (Pemberantasan Penyakit Tuberculosis) Kabupaten ICDC (*Intencification Communicable Diseases Control*), maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai Pengelolaan Operasional OAT Strategi DOTS di Puskesmas Cisaruni Kabupaten Tasikmalaya Propinsi Jawa Barat yang merupakan Kabupaten ICDC.

1.2 Identifikasi masalah

Dalam menelaah mengenai Pengelolaan OAT Strategi DOTS yang menyangkut monitoring kinerja dan keberhasilan Program DOTS di kabupaten

Tasikmalaya yang merupakan daerah intensifikasi P2M dan ICDC melalui bantuan **ADB** (*Asian Development Bank*), dapat diidentifikasi masalah sebagai berikut :

- 1.2.1 Bagaimana ketersediaan **OAT** di Puskesmas Cisaruni sesuai dengan kebutuhan terapi Tuberkulosis paru.
- 1.2.2 Bagaimana prinsip penggunaan OAT bila terjadi efek samping.
- 1.2.3 Bagaimana mengelola OAT agar tidak terjadi penumpukan obat dan mengalami kadarluarsa, serta kerusakan.
- 1.2.4 Bagaimana menjamin kelangsungan, dan keteraturan, serta ketaatan menelan obat pada penderita Tuberkulosis.
- 1.2.5 Bagaimana *Conversion Rate* bila kesembuhan tidak tercapai.
- 1.2.6 Bagaimana bila *ConversionRate* tidak terjadi ditinjau dari *MDR*

Dalam konteks ini lingkup penelitian penulis batasi pada identifikasi masalah yang mencakup 1.2.1 ; 1.2.2 ; 1.2.3 ; 1.2.4. Hal ini penulis tempuh karena berdasarkan arahan dan pertimbangan masalah di lapangan bahwa masalah yang tercakup pada 1.2.5 dan 1.2.6 memerlukan metode penelitian tersendiri serta memerlukan data yang representatif dan akurat sehingga didapat suatu kesimpulan yang dapat dipertanggungjawabkan validitasnya.

1.3 Maksud dan Tujuan Penelitian

1.3.1 Maksud

Maksud penulis melakukan penelitian ini adalah untuk mengetahui dan meninjau Pengelolaan Operasional Obat Anti Tuberkulosis strategi DOTS terhadap kinerja dan keefektifan program penanggulangan dan pemberantasan penyakit Tuberkulosis paru, yang dilaksanakan di Puskesmas Cisaruni Kabupaten Tasikmalaya Propinsi Jawa Barat, yang merupakan daerah ICDC dalam rentang waktu tahun Januari sampai Mei 2001.

1.3.2 Tujuan

Untuk menurunkan angka kesakitan dan angka kematian penyakit TB yaitu dengan memutuskan rantai penularan melalui pengelolaan operasional OAT strategi DOTS , sehingga penyakit TB tidak lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat Indonesia serta agar tercapai angka kesembuhan minimal 85 % dari semua penderita baru BTA positif yang ditemukan.

1.4 Kegunaan Penelitian

Penulis mengharapkan ~~dari~~ hasil penelitian ini akan dapat memberikan tambahan informasi kepada klinisi, tenaga medis, serta staf Unit Pelayanan Kesehatan akan pentingnya keseriusan Pengelolaan Obat Anti Tuberkulosis khususnya dari segi Operasional demi meningkatkan angka kesembuhan (*cure rate*) dan menghindari kemungkinan terjadinya *MDR* paket Obat Anti Tuberkulosis (paket *Kombipak*).

1.5 Kerangka Pemikiran

Pada era krisis ^{dimensi} dimensional saat ini, penyakit – penyakit infeksi dan penyakit menular lainnya semakin merajalela. Penyakit infeksi saluran pernafasan menjadi penyakit yang di masa ini menjadi semakin berkembang secara sporadis. Menurut laporan WHO (1999), Indonesia merupakan penyumbang penderita TB terbesar nomor 3 di dunia setelah India dan Cina.

Tuberkulosis merupakan penyakit rakyat yang dapat digolongkan kepada penyakit infeksi yang secara sporadis menyerang rakyat kebanyakan terutama berada di tingkat ekonomi menengah sampai golongan ekonomi lemah dan berpendidikan rendah yang sebagian besar dalam kelompok usia produktif.

Pada tahun 1995, hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa penyakit TB merupakan penyebab kematian nomor tiga (3) setelah penyakit kardiovaskular dan penyakit saluran pernafasan pada semua kelompok usia, dan nomor dua (2) dari semua golongan penyakit infeksi di Indonesia serta nomor satu (1) di dunia.

Menurut WHO, kematian wanita karena TB lebih banyak dari pada kematian karena kehamilan, persalinan dan nifas. Bahkan dengan munculnya endemi HIV/AIDS di dunia, diperkirakan penderita TB akan meningkat. Hal itu dikarenakan HIV tampaknya merupakan fasilitator yang potensial bagi Tuberkulosis. Dengan menyebarnya infeksi HIV, jumlah kasus TB pun secara bermakna meningkat pada banyak negara, khususnya di Indonesia bagian timur, khususnya daerah Irian Jaya yang diindikasikan angka penderita HIV cukup signifikan.

Penderita TB tanpa pengobatan, setelah lima tahun, 50 % akan meninggal, 25 % akan sembuh sendiri dengan daya tahan tubuh yang tinggi, dan 25 % sebagai kasus kronis akan tetap menular atau infeksius (WHO, 1996).

Seiring dengan telah dicanangkannya Program DOTS di Indonesia dalam rangka Penanggulangan dan Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis Paru ditemukan variabel negatif di lapangan yang menyulitkan jalannya program DOTS ini.

Sampai saat ini program Penanggulangan TB strategi DOTS belum dapat menjangkau seluruh Puskesmas. Demikian juga Rumah Sakit Pemerintah, Swasta dan Unit Pelayanan Kesehatan lainnya. Tahun 1995 – 1998, cakupan penderita TB, strategi DOTS baru mencapai sekitar 10 % dan *error rate* belum dihitung dengan baik meskipun *cure rate* lebih dari 85 %. Penatalaksanaan penderita dan sistem pencatatan, pelaporan belum seragam di semua Unit Pelayanan Kesehatan baik pemerintah maupun swasta serta pengobatan yang tidak teratur dan kombinasi obat yang tidak lengkap di masa lalu, diduga telah menimbulkan kekebalan ganda kuman TB terhadap OAT atau MDR.

Oleh karena itu untuk mencapai dan mensukseskan tujuan jangka panjang program penanggulangan TB strategi DOTS ; antara lain, menurunkan

atau mengurangi angka kesakitan dan angka kematian penyakit TB dengan cara memutuskan rantai penularan, sehingga penyakit TB tidak lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat Indonesia. Maka WHO dan GERDUNAS-TB telah memberikan arahan, dan kebijakan operasional serta aturan main dalam melaksanakan program DOTS ini atas dasar visi dan misi Program DOTS.

Strategi Penanggulangan TB Nasional meliputi berbagai aspek, antara lain, Paradigma sehat, Strategi DOTS sesuai rekomendasi WHO, Peningkatan mutu pelayanan, Pengembangan program dilakukan secara bertahap ke seluruh UPK, Peningkatan kerjasama dengan semua pihak melalui kegiatan advokasi, diseminasi informasi dengan memperhatikan peran masing – masing, kabupaten atau kota sebagai titik berat manajemen program yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta mengupayakan sumber daya (dana, tenaga, sarana dan prasarana), Kegiatan penelitian dan pengembangan dilaksanakan dengan melibatkan semua unsur terkait serta memperhatikan komitmen intemasional.

Pengelolaan logistik program penanggulangan TB merupakan serangkaian kegiatan penting yang meliputi perencanaan kebutuhan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, pencatatan , dan pelaporan.

Perencanaan kebutuhan obat untuk UPK dilaksanakan dengan pendekatan *bottom planning* di tingkat kabupaten / kota berdasarkan data laporan pemakaian dan lembar permintaan obat (LPLPO) dari semua UPK di kabupaten / kota.

Pengadaan obat lebih terkendali dengan baik dengan menggunakan cara pengelompokan obat kedalam 3 (tiga) kelompok yang antara lain, Obat Sangat Sangat Essensial (SSE), Obat Sangat Essensial (SE), dan Obat Essensial (E).

Penyimpanan dan pendistribusian OAT dilakukan mulai dari GFK (Gudang Farmasi Kabupaten , diterima dan diperiksa oleh Panitia Penerima Obat (PPO) yang telah dibentuk di kabupaten / kota. Penyimpanan obat disusun berdasarkan FEFO (*First Expired First Out*).

Pendistribusian, atau pengiriman harus disertai dengan dokumen yang memuat jenis ,jumlah, kemasan, nomor *batch*, dan bulan serta tahun kadaluarsa. OAT disimpan di GFK sesuai persyaratan penyimpanan obat. Distribusi OAT dari

GFK ke UPK dilakukan sesuai permintaan yang telah disetujui oleh Dinas Kesehatan Kabupaten.

Pengawasan dan pengujian mutu OAT dimulai dengan pemeriksaan sertifikat analisis pada saat pengadaan. Setelah OAT sampai ke daerah, pengawasan dan pengujian mutu OAT dilakukan oleh balai POM.

Pemantauan OAT dilakukan dengan menggunakan laporan pemakaian dan lembar permintaan obat (LPLPO) yang berfungsi ganda , untuk menggambarkan dinamika logistik dan merupakan alat pencatatan atau pelaporan.

Berdasar uraian diatas, maka semakin disadari bahwa keberhasilan program DOTS sangat dipengaruhi oleh aspek global yang sangat perlu diperhatikan dan sangat tergantung pada komitmen terhadap pelaksanaan kegiatan yang telah digariskan pada pogram DOTS, antara lain ; Penemuan dan diagnosa penderita dengan metode *passive promotive case finding*, penentuan klasifikasi penyakit dan tipe tuberkulosis, Pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung, Pengobatan penderita dan pengawasan pengobatan, *Cross Check* sediaan dahak, penyuluhan TB, Pencatatan dan pelaporan, Supervisi, Monitoring dan Evaluasi, Perencanaan, Pengelolaan Logistik, Pelatihan, dan Penelitian.

Idealnya penemuan penderita TB menggunakan metode *active promotive case finding* sehingga penderita TB mangkir dapat terlacak dan diketahui statusnya atau dengan cara meningkatkan kinerja petugas kesehatan pada metode *passive case finding*. Demikian juga dalam hal PMO, idealnya semua individu yang berkompeten dilibatkan dengan pengkaderisian secara intensif dan terpadu sehingga kesulitan akan monitoring pengobatan penderita TB dapat ditanggulangi dalam rangka menghindari terjadinya *MDR* serta meluasnya penyakit TB. Akan tetapi kesulitan utama adalah pengaplikasiannya terbentur pada dana yang minim dan tenaga kesehatan yang minim serta Pengkaderisian ganda yang menyulitkan kader untuk menangani beban kerjanya.

1.5 Metodologi

Penelitian ini bersifat deskriptif, dengan melakukan pengumpulan data sekunder dari Unit Pelaksana Program yaitu : Seksi P2M Dinas Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya dan seksi P2M Puskesmas Satelit Cisaruni serta seksi P2M Puskesmas Rujukan Mikroskopis Leuwisari berupa data suspek penderita TB, data pemeriksaan dahak SPS, data penderita TB BTA positif, data pengobatan penderita TB, dan distribusi OAT, Data selanjutnya didapat dari Data analisa rekam medis di Puskesmas Cisaruni, dan wawancara dengan petugas pelaksana Program serta kader program Penanggulangan dan Pemberantasan TB Puskesmas Cisaruni. Pengumpulan kuisioner yang ditujukan kepada masyarakat desa Cisaruni dan pengolahan data berdasarkan hasil kuisioner tersebut secara deskriptif Untuk memperkuat validitas data yang diperoleh maka diadakan juga wawancara bersama Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya dan Kepala Puskesmas Cisaruni.

Dari hasil penelitian akan dilakukan analisa data secara deskriptif sehingga didapatkan gambaran yang objektif dari variabel – variabel yang ada di wilayah kerja Puskesmas Cisaruni.

1.5.2 Tempat dan Waktu Observasi dan Supervisi

Observasi dan supevisi dilakukan di Puskesmas Satelit Cisaruni desa Cisaruni Kabupaten Tasikmalaya, Propinsi Jawa Barat.

Waktu penelitian dilakukan sejak 14 Maret sampai 14 Mei 2001.
