

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*.¹ Sebagian besar kuman TB menyerang paru-paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya, seperti selaput otak (meningitis TB), lapisan pleura (pleuritis TB), kelenjar limfe superfisial (limfadenitis TB), serta tulang belakang (spondilitis TB).^{1,2} Sumber penularan penyakit ini adalah dari pasien TB dengan hasil pemeriksaan BTA positif. Penderita TB pada waktu batuk atau bersin akan menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak, kurang lebih 3000 percikan dahak akan dikeluarkan setiap batuk.³

Penularan TB biasanya terjadi di dalam ruangan yang terpapar percikan dahak dalam waktu yang cukup lama. Percikan dahak dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab. Daya penularan seorang pasien dapat ditentukan oleh banyaknya kuman yang keluar dari paru-paru. Semakin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, maka semakin tinggi daya penularan dari pasien tersebut. Selain itu, faktor yang memungkinkan seseorang terpapar kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.³

Sekitar sepertiga penduduk dunia diperkirakan telah terinfeksi oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Pada tahun 1995, diperkirakan ada 9 juta pasien baru terdiagnosis TB dan 3 juta kematian akibat TB di seluruh dunia. Berdasarkan laporan WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2013, diperkirakan terdapat 8,6 juta kasus TB pada tahun 2012 dengan 1,1 juta orang (13%), diantaranya adalah pasien dengan HIV positif.² Sekitar 75% pasien TB adalah kelompok usia produktif secara ekonomi, yaitu kelompok usia 15 sampai 50 tahun.³ Indonesia masih menempati urutan ketiga di dunia untuk jumlah kasus TB, setelah India dan Cina. Setiap tahun terdapat 250.000 kasus baru TB dan sekitar 140.000 kematian akibat

TB. TB di Indonesia menjadi penyebab kematian nomor satu akibat penyakit infeksi menular dan merupakan penyebab kematian nomor tiga, setelah penyakit jantung dan penyakit pernapasan akut pada seluruh kelompok usia.⁴ Laporan WHO pada tahun 2016 menyatakan terdapat 360.565 kasus TB di Indonesia, meliputi 1.879 kasus baru MDR/RR-TB (*Multidrug Resistant/Rifampicin-Resistant Tuberculosis*) dan 52 kasus baru XDR-TB (*Extensively Drug Resistant Tuberculosis*).⁵

Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia pada tahun 2016, Provinsi Jawa Barat mempunyai jumlah kasus TB sebesar 57.247 kasus, jumlah kesembuhan penderita TB sebesar 25.974 (76,24%), jumlah pengobatan lengkap sebesar 12,63% serta jumlah keberhasilan pengobatan dengan jumlah 88,87%.⁶ Jumlah kasus TB Paru yang ditemukan dan tercatat dalam laporan setiap 100.000 penduduk disebut CNR (*Case Notification Rate*). CNR di Jawa Barat bervariasi antara 32,25 per 100.000 penduduk di Kabupaten Subang hingga 428,68 per 100.000 penduduk di Kota Cirebon.⁶

Sejalan dengan meningkatnya kasus TB, pada awal tahun 1990-an WHO dan IUATLD (*International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*) mengembangkan strategi pengendalian TB yang dikenal sebagai strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*).³ WHO telah merekomendasikan strategi DOTS sebagai strategi dalam pengendalian TB sejak tahun 1995. Tujuan dari pelaksanaan kegiatan dengan pendekatan DOTS adalah untuk mencegah resistensi, menjamin keteraturan pengobatan, mencegah *drop out* dengan dilakukan pengawasan, dan pengendalian pengobatan terhadap penderita TB. Strategi ini meliputi pendidikan kesehatan, penyediaan obat anti-TB gratis, dan pencarian secara aktif kasus TB. Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien, prioritas diberikan kepada pasien TB tipe menular. Strategi ini diharapkan akan memutuskan penularan TB, sehingga dapat menurunkan insidensi TB di masyarakat.³

Berdasarkan Permenkes RI No. 67 Tahun 2016, penemuan dan pengobatan untuk penanggulangan TB dilaksanakan oleh seluruh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), yang meliputi puskesmas, klinik, dan Dokter Praktik Mandiri

(DPM), serta Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang meliputi rumah sakit pemerintah, non pemerintah, dan swasta, Rumah Sakit Paru (RSP), Balai Besar/Balai Kesehatan Paru Masyarakat (B/BKPM).⁷

Menurut penelitian Olusola *et al.* (2016), peran penyedia layanan kesehatan swasta dalam mengelola dan memberi tahu pasien TB dapat meningkatkan deteksi kasus, mengurangi keterlambatan diagnostik dan pengobatan, serta meningkatkan akses pasien untuk menerima layanan DOTS. Oleh karena itu, pengetahuan dan praktik yang tepat di kalangan praktisi swasta diperlukan untuk mencapai hal tersebut. Keberhasilan sistem DOTS tidak hanya bergantung pada kemampuan sistem perawatan kesehatan untuk mengidentifikasi tersangka TB tetapi juga menindaklanjuti sampai mereka sembuh.⁸ Penelitian lain juga yang dilakukan oleh Indra Yovi *et al.* (2015) menunjukkan pengetahuan dokter umum praktik swasta (DUPS) di Kota Pekanbaru terhadap penatalaksanaan TB masih kurang baik.⁹

Angka CNR dapat ditentukan oleh lokasi wilayah, kinerja sistem pencatatan dan pelaporan di wilayah tersebut, jumlah Fasilitas Pelayanan Kesehatan (fasyankes) yang terlibat layanan DOTS, dan banyaknya pasien TB yang tidak dilaporkan oleh fasyankes sehingga dokter praktik swasta pun seharusnya juga memiliki tingkat pengetahuan yang cukup baik untuk dapat mendiagnosis TB.⁶ Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti ingin melihat bagaimana tingkat pengetahuan dosen di Fakultas Kedokteran Universitas "X" Jawa Barat, yang berprofesi sebagai DUPS, mengenai penatalaksanaan TB-DOTS.

1.2 Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah penelitian ini adalah bagaimana tingkat pengetahuan dosen di Fakultas Kedokteran Universitas "X" Jawa Barat, yang berprofesi sebagai DUPS, mengenai penatalaksanaan TB-DOTS.

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat pengetahuan dosen di Fakultas Kedokteran Universitas “X” Jawa Barat, yang berprofesi sebagai DUPS, mengenai penatalaksanaan TB-DOTS.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat akademis dari penelitian ini adalah mengetahui tingkat pengetahuan tenaga kesehatan khususnya dokter umum yang berprofesi sebagai dosen mengenai penatalaksanaan TB.

Manfaat praktis dari penelitian ini adalah memberikan masukan bagi tenaga kesehatan dan masyarakat dalam upaya meningkatkan sistem DOTS untuk mengatasi TB Paru, sehingga morbiditas dan mortalitas yang disebabkan oleh TB dapat menurun serta kejadian resistensi obat dapat dicegah. Semua hal tersebut dapat meningkatkan kesehatan masyarakat.

1.5 Landasan Teori

Sampai saat ini, TB masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat di dunia, termasuk di Indonesia.^{2,7} Upaya pengendalian TB dapat dilakukan dengan menerapkan program DOTS, serta adanya kolaborasi yang baik dari berbagai pihak, mulai dari masyarakat, pemerintah, serta penyedia pelayanan kesehatan. Masyarakat dapat berperan serta dalam upaya penanggulangan TB dengan berbagai cara, seperti mempromosikan hidup bersih dan sehat, serta memastikan warga sekitar yang terduga TB memeriksakan diri ke fasyankes.⁷

Terlepas dari peran masyarakat, pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta juga harus ikut serta berperan dalam pengendalian TB. Penatalaksanaan TB di sebagian besar rumah sakit dan praktik swasta belum sesuai dengan standar mutu yang telah ditetapkan. Penatalaksanaan TB yang baik perlu adanya penemuan kasus TB yang tepat, mulai dari penjangkaran pasien yang terduga TB, pemeriksaan fisik

dan laboratoris, menentukan diagnosis, menentukan klasifikasi penyakit serta tipe pasien TB, sehingga dapat dilakukan pengobatan sampai pasien tersebut sembuh. Hal ini dapat dilakukan jika pasien paham dan sadar akan keluhan dan gejala TB, adanya akses fasilitas kesehatan yang memadai, dan adanya tenaga kesehatan yang kompeten untuk melakukan pemeriksaan terhadap gejala dan keluhan tersebut.⁷

Tenaga kesehatan yang kompeten memiliki keterampilan, pengetahuan, dan sikap yang baik dalam menunjang pelaksanaan program TB. Pelatihan dan lamanya praktik seorang DUPS dapat meningkatkan pengetahuan DUPS mengenai penatalaksanaan TB, terlebih bagi DUPS yang sering menjumpai kasus TB paru. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Basu *et al.* (2013) bahwa DUPS yang mengikuti pelatihan dan sudah praktik dengan jangka waktu yang cukup lama memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan DUPS yang tidak mengikuti pelatihan maupun yang lama praktiknya masih singkat.¹⁰ Oleh karena itu, tenaga kesehatan memiliki kontribusi yang cukup besar dalam meningkatkan CNR TB, baik tenaga kesehatan praktik pemerintah dan swasta.¹¹