

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis pulmo atau TB Paru ialah melahirkan penyakit salah satu problem besar dalam bidang kesehatan. Masalah Mycobacterium Tuberculosis maakibat bakteri yang dapat merusak berbagai elemen dan paling sering terlihat di pulmo. Penderita TB memiliki risiko menularkan orang disekelilingnya, terutama yang kontak erat dengan penderita. Pertahun terdapat risiko sebanyak 10-15 jiwa orang tertular, dan penularan ini ditetapkan dari banyaknya bakteri yang keluar dari paru-paru (Deliananda & Azizah, 2022).

Kejadian tuberkulosis (per tahun kasus baru 100.000 orang) akan turun 3,6% antara tahun 2020 dan 2022. Beban TB yang resistan terhadap obat (DR-TB) juga diperkirakan meningkat antara tahun 2020 dan 2021, dengan 450.000 (95% UI: 399.000–501.000) kasus baru resisten rifampisin TB (RR-TB) tahun 2021. Pada tahun 2021, terjadi pemulihan sebagian kasus TB, hingga 6,4 juta (tingkat 2016–2017). Tiga negara yang menyumbang sebagian besar pengurangan kasus TB pada tahun 2020 adalah India, Indonesia dan Filipina (67% dari global total). Mereka melakukan pemulihan sebagian pada tahun 2021, tetapi tetap saja menyumbang 60% dari pengurangan global dibandingkan dengan 2019 (World Health Organization, 2022)

Berdasarkan data *dashboard* TB Indonesia tahun 2021 di dapatkan estimasi kasus TB sebanyak 824.000, ternotifikasi kasus TB sebanyak 443.235, *reatment coverage* 54%, terkonfirmasi TB RR/MDR sebanyak 8.268, dan kasus enroll TB RR/MDR sebanyak 5.082 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). Kasus tuberkulosis pada tahun 2019 ditemukan sebanyak 568.978 kasus dan mengalami penurunan pada tahun 2020 menjadi 351.936 kasus (Jayani, 2021). Prevalensi tuberkulosis (TB) di Indonesia meningkat karena adanya pandemi COVID-19. Kehadiran virus corona baru telah mengakibatkan sejumlah besar orang berusaha untuk mengobati penyakit tersebut. Akibatnya, kebutuhan akan penyakit lain, seperti TB, meningkat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021). Jawa Barat dan Jawa Timur ialah provinsi dengan kasus tertinggi, dan Jawa Tengah yang mencapai 46% atau hampir setengah dari jumlah semua kasus tuberkulosis di Indonesia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021).

Pasien TB menjadi sumber pertama dalam penularan penyakit TB Paru. Penderita dapat menularkan melalui droplet (bersin atau batuk) yang berisikan kuman lalu terhirup menuju saluran pernafasan. Jumlah kuman yang keluar dari paru penderita sangat mempengaruhi kemampuan penderita menularkan kuman tuberkulosis tersebut. Penderita memiliki risiko penularan tinggi pada orang lain dikarenakan ketinggian dari tingkat kepadatannya kuman positif. Melalui percikan dahak penderita TB ketika bersin atau batuk menjadikan penyumbang pada perkembangan penularan

TB. Penderita mampu 3000 diperoleh geriak renjis saat sekali batuk. Penjangkitan kebanyakan kepadatan jalur dalam, saat geriak memercik pada kurun panjangnya waktu. Percikan mampu kuat bertahan hingga beberapa jam pada kondisi yang lembab dan gelap (Sukmawati *et al.*, 2021; Widiastuti & Siagian, 2019).

Pemerintah memprogramkan pemaksimalan peran tenaga kesehatan guna menangkal penularan TB sebagai pertama kontrol dan pemberdayaan dalam masyarakat usaha menyokong meminimalkan dan menyingkirkan penyakit TB. Dapat dilakukan cara salah satunya dengan skema TEMPO (Temukan pasien secepatnya, Pisahkan secara aman, Obati secara tepat). Penggunaan strategi ini dapat meminimalkan risiko penularan kasus TB dan TB Resistan obat yang belum terdiagnosis. Strategi TEMPO sempurna untuk digunakan, tidak memerlukan biaya besar, dan gampang dalam penerapannya (Priyono *et al.*, 2020). Strategi TEMPO mempunyai komponen yang salah satunya yakni triase penyaringan tanda batuk pada seorang yang datang di layanan rawat jalan pada fasilitas layanan kesehatan. Tujuan penerapan TEMPO guna mengembangkan rekognisi terkira maupun pasien TB di komunitas yang memiliki risiko yang telah berkunjung ke layanan (Apriani *et al.*, 2019 dalam Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020b)

Berdasarkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020a), terdapat beberapa langkah yang dilakukan dalam prosedur fasilitas layanan kesehatan rawat jalan untuk tuberkulosis. Langkah pertama yaitu segera

mengidentifikasi suspek tuberkulosis. Langkah kedua adalah melakukan promosi kesehatan terkait etika higiene respirasi atau etika batuk seperti memakai masker, ketika bersin atau batuk menutup mulut menggunakan tisu, siku, atau tangan, serta melakukan cuci tangan setelah bersin dan batuk. Langkah ketiga adalah pasien lain dan terduga tuberkulosis dipisahkan pada tempat dengan ventilasi yang baik. Langkah keempat atau yang terakhir yakni memprioritaskan pelayanan untuk pasien tuberkulosis dan suspek.

Pengaturan utama pasien tuberkulosis dan suspek telah dilakukan Mulai tahun 1995, dikenal sebagai strategi DOTS atau "STOP" TB, meskipun mayoritas deuti TB ini tidak memiliki akses ke sana (Harries *et al.*, 2018). Pada tahun 2016, penduduk baru TB hanya 6,3 juta orang atau 4,1 juta orang (40% dari estimasi beban penyakit) baik tidak didiagnosis atau didiagnosis tetapi tidak mengetahui terkait Program Nasional ini (WHO), 2017). Pada referensi yang sama disebutkan bahwa TB yang resisten terhadap pengobatan tidak bertahan lama, pada tahun 2016 ada sekitar 600.000 pasien baru dengan resistensi terhadap rifampicin (RR-TB), di mana 490.000 memiliki resistensi terhadap rifampisin dan isoniazid, dua lini pertama obat-obatan yang paling efektif (TB yang resistan terhadap berbagai obat atau MDR-TB). Hanya 22% dari pasien dengan MDR-TB mulai pengobatan, dan hanya 54% yang berhasil diobati (WHO, 2017).

TB yang resistan terhadap obat, strategi pengenalan TEMPO (temukan kasus secara aktif, pisahkan dengan aman, dan tangani secara

efektif) Indikator kunci untuk pemberian layanan kesehatan yang efektif adalah jumlah dan proporsi petugas kesehatan yang menderita tuberculosis setiap tahun, dan ini harus dilaporkan secara rutin oleh NTP (*National TB Program*) telah dikaitkan dengan penurunan yang signifikan dari akuisisi MDR-TB berbasis rumah sakit di Federasi Rusia (Harries *et al.*, 2018).

Hasil penelitian menunjukkan enam puluh tiga dari 709 pasien (8,9%) dengan isoniazid dan tuberculosis MDR (resisten multi obat) yang rentan terhadap rifampisin; 55 (12,2%) berada di kelompok awal, dan 8 (3,1%) berada dalam kelompok TEMPO. Strategi TEMPO dikaitkan dengan pengurangan peluang (rasio peluang yang disesuaikan, 0,16; interval kepercayaan 95%, 0,07-0,39) dan pengurangan mutlak 9,2% dalam risiko MDR akuisisi tuberculosis (Miller *et al.*, 2018). Dari penelitian tersebut dapat disimpulkan penggunaan strategi TEMPO di 2 rumah sakit Rusia berhubungan dengan tuberculosis *Multi Drug Resisten* yang jauh lebih sedikit setelah 12 bulan implementasi.

Mekanisme skrining kasus TB sangat diperlukan di RS PKU Muhammadiyah Gombong guna pemutusan dan pencegahan mata rantai penularan *Mycobacterium tuberculosis* ketika rawat jalan karena tingginya angka kunjungan rawat jalan (sekitar 800 perhari). Maka dari itu, Direktur Utama Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong menerbitkan Surat Keputusan Direktur No. 151.a/Kep/V.6.AU/A/2015 tentang Kebijakan Penanggulangan TB DOTS RS PKU Muhammadiyah Gombong dan Keputusan Direktur No. 143/Kep/IV.6.AU/A/2015 tentang Kebijakan

Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi di RS PKU Muhammadiyah Gombong. Ketetapan ini sebagai dasar pengendalian aktualisasi program skrining TB menggunakan triase batuk metode TEMPO (Aitken *et al.*, 2012; Singh & Chibale, 2021). Berdasarkan data rekam medis dilaporkan jumlah

RS PKU Muhammadiyah Gombong selama pelaksanaan TEMPO belum pernah melakukan evaluasi terkait Capaian triase metode TEMPO dalam menemukan kasus tuberkulosis baru. Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, penting untuk melakukan penelitian mengenai capaian triase metode TEMPO dalam menemukan kasus tuberkulosis baru di unit rawat jalan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong.

Gambaran cakupan temuan kasus TB di Kabupaten Kebumen tahun 2022 dari 12 rumah sakit, RS PKU Muhammadiyah Gombong menempati posisi 3 besar. Dalam hal ini terdapat 141 temuan kasus baru sesuai data Monthly Interim Cohort Analysis (MICA) Kabupaten Kebumen.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti merumuskan masalah, seperti berikut.

“Bagaimanakah implementasi metode triase TEMPO dan Capaiannya dalam penemuan kasus TB di RS PKU Muhammadiyah Gombong?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengevaluasi implementasi triase metode TEMPO dalam menemukan kasus tuberkulosis baru di unit rawat jalan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengeksplorasi *input* yang meliputi sumber daya manusia, pendanaan, sarana dan prasarana, standar operasional prosedur dalam penanggulangan TB paru dengan strategi triase metode TEMPO di RS PKU Muhammadiyah Gombong.
- b. Untuk mengevaluasi proses pelaksanaan TEMPO sebagai upaya penemuan kasus baru di RS PKU Muhammadiyah Gombong.
- c. Untuk menganalisis *output* dalam penemuan kasus TB paru dengan strategi TEMPO di RS PKU Muhammadiyah Gombong.
- d. Untuk mengeksplorasi faktor penghambat dan pendukung triase metode TEMPO di RS PKU Muhammadiyah Gombong.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Hasil dari penelitian ini diharapkan melengkapi konsep dan menambah khasanah ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan terutama dalam strategi penanganan TB dengan metode TEMPO yang bisa diterapkan dan menjadi salah satu strategi yang efektif dalam penemuan kasus baru TB.

2. Manfaat Praktis

Hasil dari penelitian ini diharapkan melengkapi referensi dan menjadi *evidence based practise* bagi perawat untuk menemukan kasus Tuberkulosis baru dengan menggunakan triase metode TEMPO sehingga meningkatkan mutu dan keselamatan pelanggan internal dan pelanggan eksternal dalam menemukan kasus Tuberkulosis baru di unit rawat jalan.