

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang masih menjadi permasalahan di dunia kesehatan hingga saat ini. *World Health Organization* (WHO) dalam *Global Tuberculosis Report 2014* melaporkan bahwa TB masih menjadi salah satu penyakit menular paling mematikan di dunia. Jumlah kasus TB paru aktif pada tahun 2013 di seluruh dunia sebanyak 9 juta kasus dengan jumlah kematian sebesar 1,5 juta. Insidensi TB di dunia mengalami penurunan sebesar 1,5% tiap tahun antara tahun 2000-2013. Jumlah kasus TB paru secara global pada tahun 2013 diperkirakan sebesar 9 juta kasus, dimana Indonesia menyumbang 410.000-520.000 kasus (WHO, 2014). Insidensi TB di Indonesia berada di urutan kelima setelah India, Cina, Afrika Selatan dan Nigeria (Reviono dkk., 2013). Indonesia merupakan negara dengan beban tinggi TB pertama di Asia Tenggara yang berhasil mencapai target *Millenium Development Goals* (MDG) untuk penemuan kasus TB di atas 70% dan angka kesembuhan 85% pada tahun 2006 (Kemenkes RI, 2013^a).

Strategi *directly observed treatment short-course* (DOTS) menggunakan *passive case finding* (PCF) dengan promosi aktif dimana pasien yang memiliki gejala TB akan mendatangi fasilitas kesehatan untuk memeriksakan diri dan mendapatkan pengobatan (Eang *et al.*, 2012). Banyak individu dengan TB aktif tidak mengalami gejala TB khas pada tahap awal penyakit. Individu ini biasanya tidak mencari perawatan awal dan mungkin tidak terdiagnosis dengan tepat ketika mencari perawatan. *Passive case finding* menyebabkan terlewatkannya atau tertundanya diagnosis pada sebagian orang (WHO, 2013^a). Pengobatan kasus menular masih menjadi alat utama untuk menyembuhkan penyakit dan mencegah penyebaran infeksi lebih lanjut, namun penemuan kasus merupakan kegiatan penting dalam pengendalian TB. Penemuan kasus penting untuk deteksi dini sumber

penularan infeksi yang tersembunyi (Dhingra *et al.*, 2004). *Active case finding* (ACF) menitikberatkan penemuan kasus TB dibandingkan menunggu individu bergejala TB datang memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan (Eang *et al.*, 2012). Pelacakan *household contact* sangat menarik karena menghasilkan deteksi kasus TB yang tinggi. Pelacakan *household contact* adalah *screening* dan pengobatan anggota *household* dari seseorang yang terdiagnosis TB aktif (Kasaie *et al.*, 2014). *Household contact* dari pasien TB merupakan kelompok yang berisiko tinggi sehingga pemeriksaan pada kelompok tersebut sangat penting dalam pencegahan dan pengendalian TB (Dhingra *et al.*, 2004).

Kabupaten Klaten merupakan salah satu wilayah kabupaten di Jawa Tengah. *Case detection rate* (CDR) di Kabupaten Klaten tahun 2013 sebesar 39,37% menempati urutan ke-30 dari total 35 Kabupaten di Jawa Tengah, angka tersebut masih jauh di bawah target CDR Nasional yaitu >70%. *Success rate* (SR) di Kabupaten Klaten tahun 2013 sebesar 83,99%, angka tersebut sudah mencapai target SR Nasional yaitu >85% (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2013). *Case notification rate* (CNR) di Kabupaten Klaten menunjukkan peningkatan antara tahun 2013-2014. *Case notification rate* tahun 2013 sebesar 33,41/100.000 penduduk dan tahun 2014 sebesar 33,94/100.000 penduduk, CNR Kabupaten Klaten tahun 2014 lebih rendah dibandingkan CNR Nasional yaitu sebesar 135/100.000 penduduk (Kemenkes RI, 2015). Hal ini menunjukkan bahwa penemuan pasien TB di Kabupaten Klaten masih rendah. Petugas kesehatan dan kader di Kabupaten Klaten sudah melakukan promosi pada kontak dan penderita TB sebagai aplikasi dari program DOTS namun tidak semua suspek atau kontak mau memeriksakan dahak ke puskesmas. Kabupaten Klaten belum menerapkan metode penemuan pasien TB secara aktif, sehingga muncul pemikiran untuk menggunakan model pelacakan *household contact*. Penelitian mengenai pelacakan *household contact* untuk meningkatkan angka penjarangan suspek dan CDR TB paru belum pernah dilakukan di Kabupaten Klaten. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peran pelacakan *household contact* kader

kesehatan dalam meningkatkan CDR TB paru dibandingkan metode *passive case finding* di Kabupaten Klaten.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut di atas dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut:

1. Apakah pelacakan *household contact* kader kesehatan berperan dalam meningkatkan *case detection rate* TB paru dibandingkan metode *passive case finding*?

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan umum

Mengetahui dan menganalisis hasil metode pelacakan *household contact* pada CDR TB paru.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui dan menganalisis peran pelacakan *household contact* oleh kader kesehatan dalam meningkatkan CDR TB paru pada kontak pasien TB paru BTA (+) di Kabupaten Klaten.
- b. Mengeksplorasi faktor pendukung dan hambatan dalam melakukan pelacakan *household contact* oleh kader kesehatan.

D. MANFAAT PENELITIAN

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan manfaat secara keilmuan dan praktis yaitu:

1. Manfaat keilmuan

Menjelaskan peran pelacakan *household contact* oleh kader kesehatan dalam meningkatkan CDR TB paru. Peningkatan tersebut diharapkan dapat mengatasi keterlambatan dalam penemuan kasus dan pengobatan

TB. Penemuan dan penyembuhan pasien TB menular secara bermakna akan dapat menurunkan kesakitan dan kematian akibat TB maupun penularan TB di masyarakat. Mengingat penelitian mengenai model pelacakan *household contact* masih terbatas, hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan untuk dikembangkan pada penelitian selanjutnya mengenai model pelacakan *household contact* maupun model *active case finding* lainnya dalam meningkatkan CDR TB paru.

2. Manfaat praktis

Model pelacakan *household contact* diharapkan akan meningkatkan CDR TB paru sehingga hasil penelitian dapat dijadikan masukan untuk mengimplementasikan model pelacakan *household contact* sebagai salah satu upaya inovatif/strategi baru dalam program pengendalian TB Nasional yang bersinergi dengan strategi DOTS, yaitu melalui deteksi TB sedini mungkin dan pengobatan TB.