

PELACAKAN PASIEN TB MDR TERKONFIRMASI YANG BELUM MEMULAI PENGobatan DI RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG PERIODE APRIL 2012 – FEBRUARI 2015

Dedi Suyanto¹, Ii Sariningsih², Basti Andriyoko³, Prayudi Santoso⁴

¹Tim Tuberkulosis RSHS

²Klinik TB MDR Instalasi Rawat Jalan RSHS

³Divisi Biomolekuler Departemen Patologi Klinik RSHS ⁴Ketua Tim TB-MDR RSUP dr. Hasan Sadikin

ABSTRACT

Latar Belakang: RSUP Dr. Hasan Sadikin ditunjuk sebagai pusat rujukan penanganan pasien tuberkulosis resisten obat (TB MDR) di Jawa Barat sejak tahun 2012 dan sampai bulan Februari 2015 tercatat sebanyak 1982 suspek TB MDR yang diperiksa dahaknya. Dari suspek sebanyak itu sebanyak 384 didiagnosis sebagai (TB MDR). Namun ternyata dari 384 pasien yang didiagnosis sebagai TB MDR, hanya sebanyak 338 pasien yang sudah mendapatkan pengobatan. Masih ada sebanyak 47 pasien TB MDR yang belum memulai pengobatan dengan berbagai alasan. Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik pasien serta faktor-faktor yang menghambat pemberian OAT MDR pada pasien yang sudah didiagnosis TB MDR di RSHS.

Metode: Penelitian ini menggunakan data primer berupa hasil wawancara menggunakan kuesioner yang diisi oleh subjek penelitian (responden), dengan mengunjungi tempat tinggal pasien (home visit). Jika subjek penelitian tidak berhasil ditemukan, atau telah meninggal dunia, maka data kuesioner diisi melalui wawancara dari keluarga atau petugas puskesmas setempat.

Hasil: Dari hasil pengumpulan data didapatkan bahwa dari 47 subjek penelitian, sebanyak 21 pasien (44%) tidak berhasil dilacak dengan berbagai sebab seperti pindah alamat, pulang kampung, tidak ada di alamat yang tertera, atau alamat tidak ditemukan (fiktif). Hal ini menyebabkan tidak didapatkannya informasi mengenai alasan mereka belum memulai pengobatan. Sisanya sebanyak 26 pasien (55%) berhasil didapatkan informasi mengenai alasan yang membuat mereka belum memulai pengobatan. Dari 26 pasien, 13 (50%) diantaranya menolak diobati, 6 pasien (23%) meninggal, 3 pasien (11%) terkendala administrasi BPJS, 2 pasien (7%) terlambat mendapatkan informasi, 1 pasien (3%) terkendala biaya, serta 1 pasien (3,85%) diobati di tempat lain. Dari 13 pasien yang menolak diobati, 7 pasien (53%) menolak dengan alasan yang tidak jelas, 2 pasien (15%) menolak karena takut efek samping, 2 pasien (15%) lebih memilih pengobatan alternatif, 1 pasien (7%) menolak karena tidak bisa meninggalkan pekerjaan, dan 1 pasien (7%) menolak karena merasa sehat.

Simpulan: Pasien yang menolak pengobatan antara lain disebabkan karena takut efek samping, tidak bisa meninggalkan pekerjaan, memilih obat alternatif, atau merasa dirinya sehat.

Kata kunci: TB MDR, belum pengobatan

PENDAHULUAN

Sampai saat ini TB masih merupakan salah satu penyakit menular yang mematikan di dunia. Pada tahun 2013 diperkirakan sekitar 9 juta orang terjangkit penyakit ini dengan kematian pada 1,5 juta penderita. Dari jumlah tersebut, 360 ribu diantaranya mengidap HIV positif. Tuberkulosis secara perlahan menurun kasusnya dan diperkirakan sekitar 37 juta nyawa telah berhasil diselamatkan antara tahun 2000 s.d tahun 2013 seiring bertambah efektifnya proses diagnosis dan pengobatan. Kendati demikian, angka kematian yang tinggi tersebut sebenarnya kurang bisa diterima karena sejatinya hal tersebut dapat dicegah. Dibutuhkan upaya yang lebih keras untuk bisa mencapai target global pada tahun 2015 seperti tertuang dalam Millenium Development Goals (MDGs). Selain itu, upaya pemberantasan penyakit tuberkulosis saat ini diperberat dengan meningkatnya kejadian infeksi HIV serta munculnya kasus-kasus MDR TB

Pada tahun 1995, program nasional pengendalian TB mulai menerapkan strategi DOTS dan dilaksanakan di Puskesmas secara bertahap. Sejak tahun 2000 strategi DOTS dilaksanakan secara Nasional di seluruh UPK terutama Puskesmas yang diintegrasikan dalam pelayanan kesehatan dasar.² Dalam perkembangan beberapa tahun terakhir, penanggulangan TB di Indonesia saat ini sudah lebih baik, hal ini terlihat dari peringkat negara Indonesia dengan kasus TB terbanyak yang menurun menjadi peringkat 5.3 Walaupun demikian, Indonesia adalah negara high burden dan sedang memperluas strategi DOTS dengan cepat. Jika tidak bekerja sama dengan Puskesmas, maka banyak pasien yang didiagnosis oleh rumah sakit memiliki risiko tinggi dalam kegagalan pengobatan dan mungkin menimbulkan kekebalan obat.⁴ Multidrug Resistant Tuberculosis merupakan masalah terbesar terhadap pencegahan dan pemberantasan TB dunia.⁶ Pada tahun 2003 WHO menyatakan insidens MDR TB meningkat secara bertahap

rerata 2%. Prevalensi TB Indonesia tahun 2006 adalah 253/100.000 penduduk dan angka kematian 38/100.000 penduduk. Pada tuberkulosis kasus baru didapatkan TB-MDR 2% dan pada TB kasus yang sudah diobati didapatkan MDR TB 19%.⁵ Untuk Indonesia, TB MDR berada di urutan ke 8 dari 27 negara dengan kasus TB MDR terbanyak.³ Hasil penelitian Sri Melati Munir, Arifin Nawas dan Dianati K Soetoyo dari Departemen Pulmonologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi FKUI-RS Persahabatan Jakarta mendapatkan kesimpulan bahwa resisten Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang terbanyak adalah resisten sekunder 77,2% dan didominasi resisten terhadap rifampisin dan isoniazid 50,5% sedangkan resistensi primer sebesar 22,8%. Baik pada resistensi primer maupun sekunder didapatkan resisten terhadap rifampisin dan isoniazid 50,5%, resisten terhadap rifampisin, isoniazid dan streptomisin 34,6%. Tulang punggung pengobatan TB adalah rifampisin dan isoniazid. Namun demikian, paling banyak terjadi resistensi.⁷

Address for Correspondance : Dedi Suyanto
Email: dedidots@gmail.com

HOW TO CITE THIS ARTICLE :

PELACAKAN PASIEN TB MDR TERKONFIRMASI YANG BELUM MEMULAI PENGobatan DI RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG

PENDAHULUAN

Sampai saat ini TB masih merupakan salah satu penyakit menular yang mematikan di dunia. Pada tahun 2013 diperkirakan sekitar 9 juta orang terjangkit penyakit ini dengan kematian pada 1,5 juta penderitanya. Dari jumlah tersebut, 360 ribu diantaranya mengidap HIV positif. Tuberkulosis secara perlahan menurun kasusnya dan diperkirakan sekitar 37 juta nyawa telah berhasil diselamatkan antara tahun 2000 s.d tahun 2013 seiring bertambah efektifnya proses diagnosis dan pengobatan. Kendati demikian, angka kematian yang tinggi tersebut sebenarnya kurang bisa diterima karena sejatinya hal tersebut dapat dicegah. Dibutuhkan upaya yang lebih keras untuk bisa mencapai target global pada tahun 2015 seperti tertuang dalam *Millenium Development Goals* (MDGs). Selain itu, upaya pemberantasan penyakit tuberkulosis saat ini diperberat dengan meningkatnya kejadian infeksi HIV serta munculnya kasus-kasus MDR TB

Pada tahun 1995, program nasional pengendalian TB mulai menerapkan strategi DOTS dan dilaksanakan di Puskesmas secara bertahap. Sejak tahun 2000 strategi DOTS dilaksanakan secara Nasional di seluruh UPK terutama Puskesmas yang diintegrasikan dalam pelayanan kesehatan dasar.² Dalam perkembangan beberapa tahun terakhir, penanggulangan TB di Indonesia saat ini sudah lebih baik, hal ini terlihat dari peringkat negara Indonesia dengan kasus TB terbanyak yang menurun menjadi peringkat 5.³ Walaupun demikian, Indonesia adalah negara *high burden* dan sedang memperluas strategi DOTS dengan cepat. Jika tidak bekerja sama dengan Puskesmas, maka banyak pasien yang didiagnosis oleh rumah sakit memiliki risiko tinggi dalam kegagalan pengobatan dan mungkin menimbulkan kekebalan obat.⁴

Multidrug Resistant Tuberculosis merupakan masalah terbesar terhadap pencegahan dan pemberantasan TB dunia.⁶

Pada tahun 2003 WHO menyatakan insidens MDR TB meningkat secara bertahap rerata 2%. Prevalensi TB Indonesia tahun 2006 adalah 253/100.000 penduduk dan angka kematian 38/100.000 penduduk. Pada tuberkulosis kasus baru didapatkan TB-MDR 2% dan pada TB kasus yang sudah diobati didapatkan MDR TB 19 %.⁵ Untuk Indonesia, TB MDR berada di urutan ke 8 dari 27 negara dengan kasus TB MDR terbanyak.³ Hasil penelitian Sri Melati Munir, Arifin Nawas dan Dianati K Soetoyo dari Departemen Pulmonologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi FKUI-RS Persahabatan Jakarta mendapatkan kesimpulan bahwa resisten Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang terbanyak adalah resisten sekunder 77,2% dan didominasi resisten terhadap rifampisin dan isoniazid 50,5% sedangkan resistensi primer sebesar 22,8%. Baik pada resistensi primer maupun sekunder didapatkan resisten terhadap rifampisin dan isoniazid 50,5 %, resisten terhadap rifampisin, isoniazid dan streptomisin 34,6%. Tulang punggung pengobatan TB adalah rifampisin dan isoniazid. Namun demikian, paling banyak terjadi resistensi.⁷

Diketahui juga bahwa pengobatan MDR TB yang tidak adekuat baik dalam hal rejimen, dosis dan lamanya terapi dapat mempengaruhi angka kesembuhan pasien TB-MDR.⁷ Kasus MDR TB pada pasien TB yang mengidap HIV dua kali lipat dibandingkan dengan pasien TB tanpa HIV. Dengan meningkatnya kasus infeksi HIV, maka tidak diragukan lagi terjadinya MDR TB semakin tinggi di Indonesia.

Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin ditunjuk sebagai pusat rujukan penanganan pasien MDR TB di Jawa Barat sejak tahun 2012,⁸ dan sampai bulan Februari 2015 tercatat sebanyak 1982 suspek MDR TB yang diperiksa dahaknya. Dari suspek tersebut sebanyak 384 didiagnosis sebagai MDR TB. Namun ternyata dari 384 pasien yang didiagnosis sebagai MDR TB, hanya sebanyak 338

pasien yang sudah mendapatkan pengobatan. Masih ada sebanyak 46 pasien MDR TB yang belum memulai pengobatan dengan berbagai alasan.

Melihat data di atas, ada permasalahan serius dalam penatalaksanaan pasien MDR TB di Jawa Barat yaitu sebanyak 46 pasien MDR TB terkonfirmasi belum mendapatkan pengobatan. Selain berdampak buruk terhadap kondisi penderita yang bersangkutan, pasien MDR TB yang belum diobati juga berpotensi menjadi sumber penularan di lingkungannya. Pasien tuberkulosis paru infeksius berpotensi menularkan terhadap 10 sampai 15 orang setiap tahunnya.² Untuk itu perlu dicari tahu mengenai alasan apa saja yang menyebabkan terlambatnya pemberian pengobatan MDR TB kepada 46 pasien tersebut. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang masalah yang menghambat pemberian OAT MDR, serta rekomendasi penyelesaian masalah bagi pihak-pihak yang terkait.

METODE PENELITIAN

Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang didiagnosis MDR TB mulai bulan April 2012-Februari 2015 yang belum memulai pengobatan MDR. Jumlah pasien MDR TB yang belum memulai pengobatan tersebut sebanyak 46 orang. Penelitian ini menggunakan metode total sampling, yaitu 46 pasien. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah pasien yang didiagnosis TB MDR dengan menggunakan metode cepat dan atau biakan di RSHS sejak April 2012-Februari 2015. Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah jarak ke RSHS, kriteria suspek, domisili, dan alasan belum memulai pengobatan. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan metode *cross sectional* terhadap data

primer dari kuesioner yang diisi oleh subjek penelitian.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah data isian hasil wawancara menggunakan kuesioner, serta data sekunder dari data dasar pasien. Penelitian ini menggunakan data primer berupa hasil wawancara menggunakan kuesioner yang diisi oleh subjek penelitian (responden), dengan mengunjungi tempat tinggal pasien (*home visit*). Jika subjek penelitian telah meninggal dunia, maka data kuesioner diisi melalui wawancara keluarga atau petugas puskesmas setempat. Data hasil pengisian kuesioner disajikan dalam tabel yang menunjukkan proporsi dari masing-masing variabel. Kuesioner memuat isian tentang data demografi karakteristik pasien meliputi umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, jarak tempat tinggal ke RSHS, riwayat pengobatan TB sebelumnya, dll. Penelitian dilakukan mulai bulan April 2015-Mei 2016. Penelitian direncanakan dilakukan dengan cara mengunjungi tempat tinggal subjek penelitian yang tersebar di berbagai daerah di provinsi Jawa Barat.

HASIL PENELITIAN

1. Alasan belum memulai pengobatan

Dari hasil pengumpulan data didapatkan bahwa dari 47 subjek penelitian, sebanyak 21 pasien (44%) tidak berhasil dilacak dengan berbagai sebab seperti pindah alamat, pulang kampung, tidak ada di alamat yang tertera, atau alamat tidak ditemukan (fiktif). Hal ini menyebabkan tidak didaptkannya informasi mengenai alasan mereka belum memulai pengobatan. Sisanya sebanyak 26 pasien (55%) berhasil didapatkan informasi alasan yang membuat mereka belum memulai pengobatan.

Dari 26 pasien, 13 (50%) diantaranya menolak diobati, 6 pasien (23%) meninggal, 3 pasien (11%) terkendala administrasi BPJS, 2 pasien (7%) terlambat mendapatkan informasi, 1

pasien (3%) terkendala biaya, serta 1 pasien (3%) diobati di tempat lain.

Dari 13 pasien yang menolak diobati, 7 pasien (53%) menolak dengan alasan yang tidak jelas, 2 pasien (15%) menolak karena takut efek samping, 2

pasien (15%) lebih memilih pengobatan alternatif, 1 pasien (7%) menolak karena tidak bisa meninggalkan pekerjaan, dan 1 pasien (7%) menolak karena merasa diri sehat. Data alasan belum memulai pengobatan dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Alasan pasien belum memulai pengobatan

Kategori Pasien	Jumlah (n)
Tidak terlacak (21 pasien)	
Pindah alamat	6
Pulang kampung	4
Tidak ada di alamat	9
Data fiktif	2
Terlacak (26 pasien)	
Meninggal	6
Menolak diobati	13
Masalah administrasi	3
Terlambat informasi	2
Masalah biaya	1
Diobati di tempat lain	1

2. Domisili dan Jarak Tempuh Pasien ke RSHS

A. Dari data didapatkan bahwa pasien-pasien yang belum memulai pengobatan tersebut tersebar di beberapa kota dan

kabupaten di propinsi Jawa Barat dan Banten. Terbanyak sebanyak 14 pasien (29%) berada di wilayah kota Bandung, 8 pasien (17%) berada di wilayah kabupaten

Bandung, 1 pasien (2%) berada di wilayah kabupaten Bandung Barat, 6 pasien (12%) berada di wilayah kabupaten Cirebon, 3 pasien (6%) berada di wilayah kabupaten Garut, 5 pasien (10%) berada di wilayah kabupaten Indramayu, 3 pasien (6%) berada di wilayah kabupaten Cianjur, 2 orang (4%) berada di wilayah kabupaten Karawang, dan 1 orang (2%) masing-masing berada di wilayah kabupaten Tangerang, Tasikmalaya,

Sumedang, Purwakarta, dan Sukabumi.

B. Berdasarkan jarak tempuh, sebanyak 11 pasien (23%) berjarak kurang dari 10 kilometer, 10 pasien (21%) berjarak antara 10 – 40 kilometer, 10 pasien (21%) berjarak antara 40 – 80 kilometer, dan 16 pasien (34%) berjarak lebih dari 80 kilometer. Data domisili dan jarak tempuh dapat dilihat pada tabel 2 dan 3.

Tabel 2. Data domisili pasien

Kabupaten/Kota	Jumlah	Kabupaten/Kota	Jumlah
Kota Bandung	14	Garut	3
Bandung	8	Indramayu	5
Bandung Barat	1	Cianjur	3
Cirebon	6	Karawang	2
Tangerang	1	Sumedang	1
Tasikmalaya	1	Purwakarta	1
Sukabumi	1		

Tabel 3. Jarak tempuh pasien

Jarak Domisili	Jumlah
< 10 Kilometer	11
10 – 40 Kilometer	10
40 – 80 Kilometer	10
> 80 Kilometer	16

Kriteria suspek

Berdasarkan kriteria suspek, dari 47 pasien yang belum memulai pengobatan, sebanyak 14 pasien (29%) merupakan pasien gagal kategori 2 atau pasien kronis, sebanyak 4 pasien tidak

konversi setelah fase intensif kategori 2, 1 pasien (2%) mendapat terapi non DOTS/SLD, 6 pasien (12%) dengan gagal kategori 1, 2 pasien (4%) dengan tidak konversi setelah sisipan kategori 1, 16

pasien (34%) dengan kambuh, dan 1 pasien (%) dengan *default*.

Data kriteria suspek pasien dapat dilihat pada Tabel 4

Tabel 4. Kriteria suspek pasien

Kriteria suspek	Jumlah
Gagal kategori 2	14
Tidak konversi setelah menjalani fase intensif kategori 2	4
Mendapat terapi non DOTS	1
Gagal kategori 1	6
Tidak konversi setelah sisipan kategori 1	2
Kambuh	16
<i>Default</i>	1
Tidak diketahui	3

DISKUSI

Pada penelitian ini jumlah pasien MDR TB terkonfirmasi yang belum memulai pengobatan sebanyak 47 (12,24%) pasien. Meskipun menurut Rencana Aksi Nasional PMDT⁹ 2014 target pengobatan pasien MDR TB adalah 80% dari seluruh pasien terkonfirmasi, namun tetap saja jumlah ini dirasa masih cukup tinggi mengingat potensi penularan di masyarakat. Bahkan idealnya seluruh pasien yang terkonfirmasi dan memenuhi persyaratan pengobatan seharusnya segera memulai pengobatan. Kendati demikian angka ini masih lebih baik dibanding penelitian K. Charambira, dkk¹⁰ di Zimbabwe pada 2014 yang menemukan dari 77 pasien yang terkonfirmasi resisten rifampisin, 34 (44%) di antaranya tidak memulai pengobatan. Belum ada batasan baku mengenai batasan waktu seorang pasien dikatakan terlambat memulai pengobatan. Namun berdasarkan

pengalaman di RSHS, waktu yang dibutuhkan untuk mempersiapkan pengobatan mulai dari pemanggilan pasien, melengkapi pemeriksaan penunjang, pembahasan oleh Tim Ahli Klinis, sampai diputuskan untuk memulai pengobatan umumnya membutuhkan waktu sekitar 2 minggu.

Dari 47 pasien yang belum memulai pengobatan, 21 pasien (44%) tidak berhasil dilacak dengan berbagai sebab seperti pindah alamat, pulang kampung, tidak ada di alamat yang tertera, atau alamat tidak ditemukan (fiktif). Penelitian K. Charambira, juga menemukan dari 34 pasien yang belum memulai pengobatan, 22 pasien (64%) di antaranya tidak terlacak sehingga tidak bisa terdokumentasi alasannya. Kesulitan melacak pasien ini juga ditemukan pada penelitian I Made Bagiada, dkk¹¹ di Klinik DOTS RSUP Sanglah pada 2006. Meskipun penelitian tersebut melacak

pasien yang mangkir berobat TB biasa (non MDR), namun permasalahannya sama yaitu pasien menghindari pengobatan. Pada penelitian tersebut ditemukan bahwa 16 dari 36 pasien yang mangkir berobat tidak bisa dilacak karena alamat pasien tidak ditemukan atau pindah alamat, dan alamat yang baru tidak diketahui.

Dari 26 pasien yang berhasil dilacak, 6 pasien di antaranya meninggal dan tidak melapor kepada petugas. Sementara pada penelitian K. Charambira, ditemukan 4 pasien meninggal sebelum memulai pengobatan. Alasan lain yang menyebabkan pasien belum memulai pengobatan pada penelitian ini adalah karena terkendala administrasi BPJS sebanyak 3 pasien (11%), terlambat mendapatkan informasi hasil *geneXpert* sebanyak 2 pasien (7%), terkendala biaya sebanyak 1 pasien (3%), serta 1 pasien (3%) diobati di tempat lain.

Pada penelitian ini juga didapatkan dari 26 pasien yang berhasil dilacak, 13 pasien secara tegas menyatakan yang menolak diobati. Dari 13 pasien tersebut 7 pasien menolak dengan alasan yang tidak jelas, 2 pasien menolak karena takut efek samping, 2 pasien lebih memilih pengobatan alternatif, 1 pasien karena tidak bisa meninggalkan pekerjaan, dan 1 pasien karena merasa diri sehat.

Untuk pasien yang menolak karena takut efek samping, tidak bisa dipastikan efek samping mana yang mereka maksud karena mereka sendiri belum memulai pengobatan. Mereka mendapat informasi tentang pengobatan TB MDR, termasuk efek sampingnya, dari media *online* ataupun dari pasien lain yang sudah mendapat pengobatan. Masalah pekerjaan juga jadi salah satu masalah yang menghambat, karena pasien harus memilih antara menjalani pengobatan atau pekerjaan. Jika mereka menjalani pengobatan, maka setiap hari mereka harus ke fasyankes untuk berobat dan itu berarti meninggalkan pekerjaannya.

Terkait domisili serta jarak tempuh ke RSHS, terbanyak yaitu sebanyak 16 orang (34%) adalah pasien-pasien dengan jarak tempuh lebih dari 80 kilometer. Yang lainnya sebanyak 10 orang (21%) berjarak 40-80 kilometer, 10 orang (21%) berjarak 10-40 kilometer, serta 11 orang (23%) berjarak kurang dari 10 kilometer. Meskipun bukan faktor utama yang menghambat pengobatan, namun jarak tempuh yang jauh diduga berpengaruh terhadap kepatuhan pasien untuk memulai pengobatan.

Kriteria suspek terbanyak pada penelitian ini adalah kasus kambuh yaitu sebanyak 16 pasien (34%), kemudian kasus kronis/gagal kategori 2 sebanyak 14 pasien (29%), gagal kategori 1 sebanyak 6 pasien (12%), tidak konversi setelah fase intensif kategori 2 sebanyak 4 pasien (8%), mendapat terapi non DOTS sebanyak 1 pasien (2%), tidak konversi setelah sisipan kategori 1 sebanyak 2 pasien (4%), *defaulter* sebanyak 1 pasien (2%), serta 3 lainnya tidak diketahui. Sebagian besar pasien pada penelitian ini berasal dari kelompok kambuh dan kasus kronis/gagal kategori 2 dengan total sebanyak 30 pasien (63%). Keadaan ini mungkin menunjukkan semakin lama riwayat pengobatan pasien, maka pasien akan lebih sulit untuk memulai pengobatan dibanding dengan mereka yang riwayat pengobatannya lebih singkat. Tapi ini pun perlu pengujian yang lebih mendalam, mengingat secara umum di RSHS pasien-pasien yang terkonfirmasi sebagai pasien TB MDR juga sebagian besar berasal dari kedua kriteria suspek tersebut.

SIMPULAN DAN SARAN

SIMPULAN

1. Sejak dimulainya PMDT di RSHS pada April 2012 sampai Mei 2015 tercatat sebanyak 47 pasien MDR TB terkonfirmasi

- yang belum memulai pengobatan.
2. Setelah dilakukan pelacakan, sebanyak 21 pasien (45%) tidak bisa ditemukan keberadaannya oleh karena tidak ada di tempat, pindah alamat, pulang kampung, atau memberikan data alamat yang berbeda.
 3. Dari 26 pasien yang berhasil dilacak, sebanyak 13 pasien menyatakan menolak untuk diobati. Sementara sisanya masih punya niat untuk berobat hanya saja terkendala beberapa masalah diantaranya biaya transportasi, administrasi BPJS, serta terlambat mendapat informasi hasil pemeriksaan *geneXpert*.
 4. Pasien-pasien yang menolak pengobatan antara lain disebabkan karena takut efek samping, tidak bisa meninggalkan pekerjaan, memilih obat alternatif, atau merasa dirinya sehat.
 5. Pasien-pasien yang belum memulai pengobatan tersebar di berbagai kota dan kabupaten di Jawa Barat dengan wilayah terbanyak terdapat di Kota Bandung.
 6. Pasien yang belum memulai pengobatan dengan jarak terdekat ke RSHS terletak di Kota Bandung (3,1 kilometer), sementara yang terjauh adalah di Kabupaten Indramayu (227 kilometer)

SARAN

1. Setiap pasien yang dikirim ke klinik TB MDR hendaknya dicatat data alamat sesuai kartu identitas resmi yang masih berlaku, dengan selengkap-lengkapnyanya.
2. Hendaknya setiap pasien yang sudah didiagnosis TB MDR

- dilakukan kunjungan oleh petugas ke alamat yang bersangkutan untuk memastikan domisili pasien.
3. Jika dua minggu setelah pemberian informasi hasil pemeriksaan *geneXpert* (*M.TB detected, Rif res*) pasien belum datang ke RSHS untuk memulai pengobatan, maka petugas PKM harus melakukan pelacakan.
 4. Setiap hasil pemeriksaan *gene expert* harus secepatnya disampaikan kepada pasien, berikut informasi apa yang harus dilakukan pasien selanjutnya.
 5. Menambah lagi jumlah rumah sakit yang menangani pasien TB MDR di berbagai wilayah di Jawa Barat supaya lebih terjangkau oleh pasien-pasien dari luar daerah.
 6. Diperlukan penelitian lanjutan untuk mencari lebih banyak lagi data, serta pengujian apakah variabel-variabel tersebut mempunyai hubungan serta berpengaruh terhadap keterlambatan pengobatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization, Global Tuberculosis Report WHO, 2014
2. Departemen Kesehatan. Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis. Jakarta : Depkes RI;2012
3. Departemen Kesehatan RI. Penanggulangan TB kini lebih baik. [homepage on the internet]. c2010. [cited 2010 Des 2010]. Available from:<http://www.depkes.go.id>.
4. Gerdunas TB. Epideimiologi TBC di Indonesia.[homepage on the

internet].No date.[cited 2010 Des 20]. Available from: <http://www.tbindonesia.or.id/tbnew/epidemiologi-tb-di-indonesia/article>

5. World Health Organization. Guidelines for the programmatic management of drug resistant tuberculosis. Emmergency updated 2008. Geneva: Switzerland; 2008.
6. Soepandi Priyanti Z. Diagnosis dan faktor yang mempengaruhi terjadinya TB MDR.[homepage on the internet].No date. [cited 2010 Des 20]. Available from: <http://ppti.files.wordpress.com/2010/01>
7. Munir S.M, Nawas A, Soetoyo D.K. Pengamatan pasien tuberkulosis paru dengan TB MDR di poliklinik paru RSUP Persahabatan. Jurnal Respirologi Indonesia, 2010; 30(2):72-74.
8. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.01.17/MENKES/350/2017 Tentang Rumah Sakit dan Balai Kesehatan Pelaksana Layanan Tuberkulosis Resisten Obat
9. Rencana Aksi Nasional PMDT Indonesia 2011-2014, Kementerian Kesehatan RI Dirjen P2PL, 2011
10. K. Charambira, S.Ade, A.D Harries, R.T. Ncube, C. Zishiri, C. Sandy, H. Mutunzi, K. Takarinda, P. Owitti, P. Mafaune, P. Chonzi : Diagnosis and treatment of TB patients with rifampicine resistance detected using Xpert MTB/Rif in Zimbabwe, 2014
11. I Made Bagiada, Ni Luh Putri Primasari: Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketidapatuhan Penderita Tuberkulosis Dalam Berobat Di Poliklinik Dots Rsup

Sanglah Denpasar. Bagian/SMF Ilmu Penyakit Dalam FK Unud/RSUP Sanglah Denpasar