

ANALISIS SITUASI TUBERKULOSIS DI PROVINSI DKI JAKARTA DENGAN METODE *ROOT CAUSE ANALYSIS* (RCA)

Leni Sri Rahayu, SKM, MPH
Program Studi Gizi, FIKES UHAMKA

H. Endy Sjaiful Alim, ST.,MT
Program Studi Fisika, FKIP

Dr. Sigid Edy Purwanto
Program Studi Matematika, FKIP UHAMKA

Gufron Amirullah, M.Pd
Program Studi Biologi, FKIP UHAMKA

Debby Endayani Safitri, S.Gz, MKM
Program Studi Gizi, FIKES UHAMKA

Lintang Purwara Dewanti, S.Gz, M.Gizi
Program Studi Gizi, FIKES UHAMKA

ABSTRACT

Tuberculosis is remaining as an important health problem in Indonesia due to the high prevalence and the impact of the disease. The 2015 MDG's targeted for TB prevalence is 222 case for 100.000 inhabitants. In 2013, Jakarta has a number of pulmonary TB prevalent over national average of 0.6, and it is the highest prevalent figure in Indonesia after West Java (0.7) and Papua (0.6).

As one of the efforts to reduce the prevalence of TB in Jakarta, an in-depth study to find effective and efficient prevention is needed. The Root Cause Analysis (RCA) is an important method for effectively being the basis for corrective and preventive actions. Root Cause Analysis is a method to find and correct the most basic causal for performance issues. This RCA technique is an analytical technique that is gradual and focused to find the root cause of a problem. This study is an observational study (survey) with cross-sectional study design that is undertaken in 5 municipalities in DKI Jakarta from October 2014 through February 2015.

Based on the RCA method, it concluded that direct factors causing the high prevalence of tuberculosis in Jakarta are: (1) Success rate (SR) in 2013 is below the WHO target; (2) the number of slums area is remain high; (3) high population density; (4) low sanitation level; and (5) an increase in TB cases as co-morbidities (HIV, diabetes, MDR), and that the root of the problem was the decreasing of NGO and government funding allocation and lack of preventive aspects of TB program. Therefore the policy support among the decision maker of

the TB control program both in local and province level, also the existence of cross-sectoral cooperation with related organizations are needed to address the direct and indirect causes.

Keywords: *tuberculosis, RCA.*

A. PENDAHULUAN

Penyakit Tuberculosis (TBC) merupakan salah satu penyakit menular yang tersebar di seluruh dunia dan menjadi masalah kesehatan masyarakat, karena angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi, bahkan pada tahun 1993 WHO mencanangkan TBC sebagai kedaruratan global (global emergency). Berdasarkan data Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995, TBC merupakan penyebab kematian ketiga terbesar setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan, dan merupakan nomor satu terbesar dalam penyakit kelompok infeksi (Gerdunas, 2005).

Di Indonesia penyakit TB masih merupakan masalah penting bagi kesehatan mengingat dampak dan angka kejadiannya yang masih tinggi. Target MDGs 2015 untuk prevalensi TB pada 2015 sebesar 222 per 100.000 penduduk. Pada 2008, prevalensi TB di Indonesia telah mencapai 253 per 100.000 penduduk. Meskipun memiliki beban penyakit TB yang tinggi, sebanyak 28 provinsi di Indonesia belum dapat mencapai angka penemuan kasus (CDR) 70% dan hanya 5 provinsi menunjukkan pencapaian 70% CDR dan 85% kesembuhan.

Pada tahun 2011 Indonesia (dengan 0,38-0,54 juta kasus) menempati urutan keempat setelah India, Cina, Afrika Selatan. 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, 2013).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, DKI Jakarta memiliki angka prevalen TB paru sebesar 0,6. Angka tersebut merupakan angka prevalen tertinggi di Indonesia setelah Jawa Barat (0,7) dan Papua (0,6). Penyebab utama meningkatnya jumlah penderita TB adalah a) kemiskinan, b) tidak memadainya komitmen politik dan pendanaan untuk penanggulangan TB, c) perubahan demografi karena peningkatan jumlah penduduk dan struktur umur kependuduk dan d) dampak pandemik HIV.

Pengobatan kasus TB merupakan salah satu strategi utama pengendalian TB karena dapat memutuskan rantai penularan. Meskipun Program Pengendalian TB Nasional telah berhasil mencapai target angka penemuan dan angka kesembuhan. Ketidakpatuhan untuk berobat secara teratur bagi penderita TB tetap menjadi hambatan untuk mencapai angka kesembuhan yang tinggi. Tingginya angka putus obat mengakibatkan tingginya kasus resistensi kuman terhadap OAT (obat anti TB) yang membutuhkan biaya yang lebih besar dan bertambah lamanya pengobatan. Angka putus obat di rumah sakit di Jakarta pada tahun 2006 sekitar 7%. (Kemenkes, 2013).

Penularan dan pemberantasan penyakit TB paru juga tidak lepas dari aspek sosial budaya masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu para petugas kesehatan seperti dokter diharapkan selalu menambah pengetahuan dan keterampilan agar dapat lebih sempurna untuk mendeteksi serta mendiagnosa penyakit TB pada stadium dini. Oleh karena itu tulisan ini dibuat untuk mengungkapkan masalah faktor sosial budaya terutama menyangkut kebiasaan

dan atau tindakan masyarakat yang kurang menunjang upaya pemberantasan penyakit TB paru.

Untuk menurunkan angka prevalensi TB di DKI Jakarta diperlukan sebuah kajian yang mendalam untuk mencari upaya penanggulangan yang efektif dan efisien. Metode Akar masalah sangat penting sebagai dasar untuk melakukan tindakan perbaikan dan pencegahan secara efektif. *Root cause analysis (RCA)* merupakan metode untuk menemukan dan mengoreksi alasan-alasan yang paling penting bagi masalah-masalah kinerja. Teknik analisis akar masalah merupakan teknik analisis yang bertahap dan terfokus untuk menemukan akar masalah suatu problem, dan bukan hanya melihat gejala-gejala dari suatu masalah.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka tujuan penelitian ini adalah menganalisis situasi Tuberkulosis di DKI Jakarta dengan menggunakan metode RCA. Melalui metode RCA ini diharapkan dapat memberikan masukan dan kajian bagi perencanaan dan penanggulangan tuberkulosis di DKI Jakarta.

B. METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional (survei) dengan rancangan penelitian bersifat *crosssectional*. Penelitian dilakukan di 5 kotamadya di DKI Jakarta, yaitu Kotamadya Jakarta Timur, Jakarta Pusat, Jakarta Barat, Jakarta Selatan dan Jakarta Utara. Penelitian dilakukan dari bulan Oktober 2014 sampai dengan bulan Februari 2015. Metodologi utama yang digunakan untuk merumuskan masalah pada penelitian ini adalah menggunakan RCA. Root Cause Analysis (RCA)/ Analisa Akar Masalah (AAM), adalah metode analisa terstruktur yang digunakan untuk menemukan dan mengoreksi penyebab akar masalah yang mendasar. Metode RCA juga akan diawali dengan melakukan analisa profil. Analisa profil dilakukan terhadap profil DKI Jakarta, angka prevalen TB, angka kematian TB, Angka Kesembuhan TB dan faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kejadian dan tingkat kesembuhan TB. Langkah-langkah RCA antara lain: (1) identifikasi Insiden yang akan di investigasi; (2) menentukan Tim Investigator; (3) mengumpulkan data & informasi, melalui observasi, dokumentasi dan wawancara; (4) memetakan kronologi kejadian, melalui naratif dan tabel; (5) identifikasi CMP (Care Management Problem) melalui kegiatan FGD dan seminar; (6) analisis Informasi, dilakukan dengan analisis perubahan, penghalang, fishbone (7) rekomendasi dan Rencana Kerja untuk peningkatan kinerja.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Strategi dan Kebijakan Program Penanggulangan TB

Strategi perogram penanggulangan TB di DKI Jakarta merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 565/Menkes/PER/III/2011 tentang Strategi Nasional Pengendalian TB tahun 2011-2014. Pengendalian TB merupakan salah satu kegiatan prioritas yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan DKI Jakarta dengan visi Tuberkulosis tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat di Provinsi DKI Jakarta di tahun 2020, dengan jalan : (1) Menetapkan kebijaksanaan, memberikan panduan serta membuat evaluasi secara tepat, benar dan lengkap; (2) Menciptakan iklim kemitraan dan transparansi dalam upaya

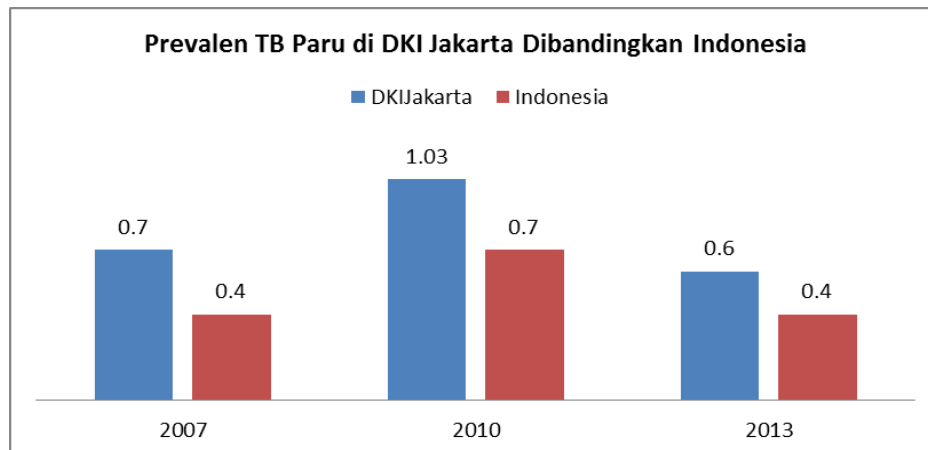
penanggulangan tuberkulosis; (3) Mempermudah akses pelayanan penderita TB untuk mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan mutu standar pelayanan.

Arah kebijakan Pemda DKI Jakarta bertujuan untuk mencapai target penanggulangan TB dengan angka CDR $\geq 70\%$, SR $\geq 85\%$ dan ER $< 5\%$ dengan melibatkan semua unit pelayanan kesehatan untuk : (1) Peningkatan pelayanan diagnosis dan treatment; (2) Jaminan obat; (3) Pathership; (4) Monitoring dan Evaluasi. Peran Jajaran Kesehatan di Provinsi DKI Jakarta : (1) Penyediaan OAT 60% dari total kebutuhan sesuai edaran Depkes tahun 2009; (2) Case Finding terutama disekitar penderita dan Peningkatan angka kesembuhan; (3) Peningkatan SDM melalui Pelatihan bagi petugas UPK; (4) Penyuluhan kepada pasien TB dan optimal peran PMO; (5) MONEV Rutin tiap 3 bulan di tk. Kodya dan Provinsi melalui software TB berbasis Web (6) Pengembangan TB/HIV Kolaborasi; (7) Sosialisasi ISTC kerjasama dgn IDI dan organisasi Profesi lainnya; (8) Pelaksanaan sistem skoring TB Anak.

2. Situasi Penderita TB Paru BTA+ di Jakarta

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri Mycobacterium tuberculosis. Penyakit TB dapat menyebar melalui droplet orang yang telah terinfeksi basil TB. Bersama dengan Malaria dan HIV/AIDS, Tuberkulosis menjadi salah satu penyakit yang pengendaliannya menjadi komitmen global dalam MDGs.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, DKI Jakarta memiliki angka prevalen TB paru sebesar 0,6. Angka tersebut merupakan angka prevalen tertinggi di Indonesia setelah Jawa Barat (0,7) dan Papua (0,6). Angka prevalen di DKI Jakarta lebih rendah dibandingkan dengan tahun 2010, namun masih di atas angka prevalen rata-rata di Indonesia, yaitu sebesar 0,4 (Balitbangkes, 2013). Di bawah ini gambaran angka kejadian TB Paru di DKI Jakarta dari tahun 2007 berdasarkan hasil Riskesdas.



Sumber : Riskesdas 2007, 2010, 2013

Gambar 1. Prevalen TB Paru di DKI Jakarta Dibandingkan Indonesia

Jumlah kasus TB Paru di Provinsi DKI Jakarta tahun 2012 yaitu sebanyak 24,5 ribu kasus, dengan prevalensi sebesar 256, artinya terdapat 256 kasus TB Paru per 100.000 penduduk. Case Fatality Rate (CFR) TB Paru sebesar 2, artinya ada 2 orang yang mati akibat

TB Paru 100.000 penduduk di provinsi DKI Jakarta. Urutan wilayah dengan prevalensi TB Paru tertinggi yaitu di Kabupaten Kepulauan Seribu, 659 kasus per 100.000 penduduk di Kepulauan Seribu dan Kota Madya Jakarta Pusat 605 kasus per 100.000 penduduk di wilayah tersebut.

Tabel 1. Jumlah Kasus TB di DKI Jakarta tahun 2011-2013

Kab/Kota	Tahun		
	2011	2012	2013
Jakarta Pusat	5.880	6.023	4.843
Jakarta Utara	1.181	1.106	853
Jakarta Barat	1.743	1.873	1.619
Jakarta Selatan	1.885	2.032	2.068
Jakarta Timur	6.392	6.359	6.336
DKI Jakarta	17.081	17.370	15.719

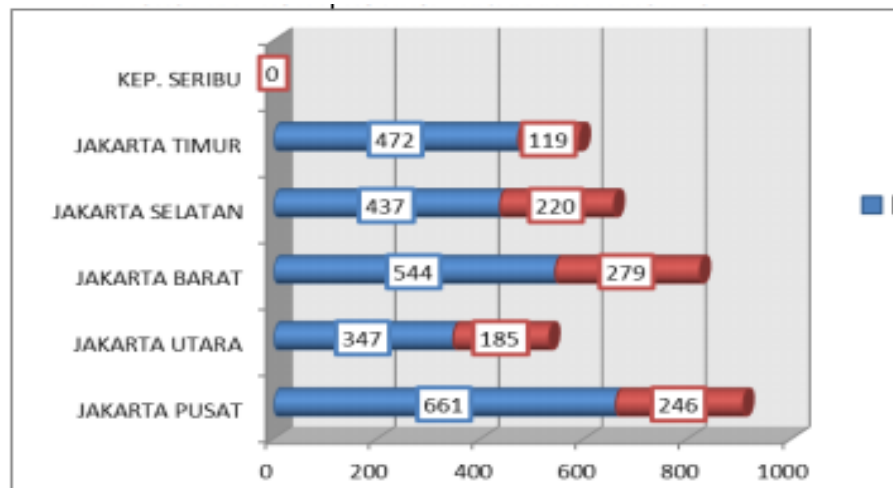
Pada tahun 2013 penderita AIDS di wilayah DKI Jakarta menempati urutan ke-3 yang memiliki jumlah penderita AIDS tertinggi di Indonesia. Jumlah penderita AIDS di DKI Jakarta dari tahun 1987-2013 mencapai 7.477 penderita dengan AIDS Case Rate sebesar 59,7% jauh diatas AIDS Case Rate nasional yang hanya mencapai 17,2%. Jumlah penderita AIDS dari tahun 2006 sampai tahun 2013 dapat dilihat pada Tabel di bawah ini :

Tabel 3. Jumlah penderita HIV dan AIDS di DKI Jakarta (1987-2013)

Tahun	Jumlah Penderita HIV	Jumlah Penderita AIDS
1987-2009		3.008
2006	2.393	
2007	1.584	
2008	3.145	
2009	2.679	
2010	5.186	1.310
2011	4.012	1.332
2012	3.926	1.187
2013	5.865	640

HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi Human Immunodeficiency Virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan ketahanan tubuh, sehingga sangat mudah terinfeksi berbagai macam infeksi lain. Sebelum memasuki fase AIDS, penderita terlebih dulu dinyatakan sebagai HIV positif. pada tahun 2012 tercatat jumlah kasus baru HIV yaitu sebesar 3.510 kasus HIV, 2.461 kasus HIV pada laki-laki, dan 1.049 kasus HIV pada

perempuan. Kota Administrasi Jakarta Pusat merupakan wilayah dengan kasus HIV tertinggi, 661 kasus pada laki-laki dan 246 kasus pada perempuan.



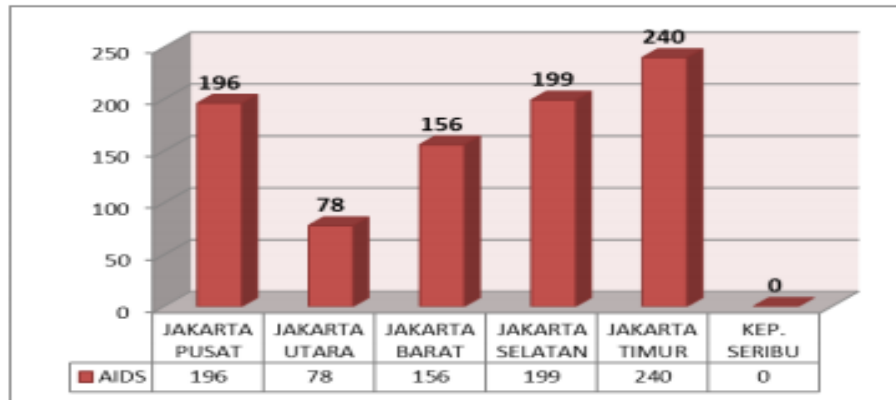
Sumber : Laporan Program HIV AIDS Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

Gambar 2. Jumlah Kasus Baru HIV Menurut Jenis Kelamin dan Menurut Kab-Kota Provinsi DKI Jakarta Tahun 2012

Tabel 2. Jumlah Kasus, Prevalensi, Jumlah Kematian Akibat TB Paru di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2012

Kab/Kota	Jumlah Kasus TB Paru			Prevalensi (per 100.000 penduduk)	Jumlah Kematian Akibat TB Paru
	Kasus Baru	Kasus Lama	Kasus Baru + Kasus Lama		
Jakarta Pusat	5.048	396	5.444	605	37
Jakarta Utara	3.140	154	3.294	200	26
Jakarta Barat	3.936	218	4.154	182	22
Jakarta Selatan	4.730	228	4.958	240	33
Jakarta Timur	6.019	534	6.553	243	37
Kep. Seribu	138	1	139	659	0
DKI Jakarta	23.011	1.531	24.542	256	155

Sumber: Laporan Program TB Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Tahun 2012



Sumber : Laporan Program HIV AIDS Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

Gambar 3.

Jumlah Kasus Baru AIDS Menurut Kab-Kota Provinsi DKI Jakarta Tahun 2012

Indonesia merupakan negara dengan percepatan peningkatan epidemi HIV yang tertinggi di antara negara-negara di Asia. HIV dinyatakan sebagai epidemik terkonsentrasi (*a concentrated epidemic*), dengan perkecualian di provinsi Papua yang prevalensi HIVnya sudah mencapai 2,5% (*generalized epidemic*). Secara nasional, angka estimasi prevalensi HIV pada populasi dewasa adalah 0,2%. Sejumlah 12 provinsi telah dinyatakan sebagai daerah prioritas untuk intervensi HIV dan estimasi jumlah orang dengan HIV/AIDS di Indonesia sekitar 190.000-400.000. Estimasi nasional prevalensi HIV pada pasien TB baru adalah 2,8%.

Koordinasi TB-HIV secara umum masih perlu diperkuat. Cakupan layanan TB-HIV terpadu di fasilitas pelayanan TB maupun HIV/AIDS masih rendah. Sebagian besar Rumah Sakit ART belum terlibat dalam program pengendalian TB nasional. Skrining TB pada ODHA juga belum berjalan secara rutin, demikian pula surveilans TB-HIV. Selain itu, Isoniazid preventive therapy belum menjadi bagian dari kebijakan kolaborasi TB-HIV nasional. Cakupan program TB-HIV di rutan/lapas juga masih terbatas. Pemahaman masyarakat dan akses terhadap materi KIE TB-HIV masih rendah dan LSM masih kurang diberdayakan. Di Indonesia, 70 persen penyandang TB merupakan penduduk usia produktif. Badan Kesehatan Dunia (WHO) pada 2012 memperkirakan 8,6 juta kasus baru TB (termasuk 1,1 juta kasus koinfeksi TB dengan HIV/AIDS) dan 1,3 juta di antara mereka meninggal karena TB (termasuk 320.000 orang koinfeksi dengan HIV/AIDS).

Di Indonesia, kegiatan kolaborasi TB-HIV mulai diujicobakan di Provinsi DKI Jakarta pada tahun 2004. Pada tahun 2012 dilakukan inisiasi kegiatan pemberian Isoniazid Preventive Therapy (IPT) pada ODHA di 2 Provinsi diantaranya DKI Jakarta dan Jawa Barat di 4 fasilitas pelayanan kesehatan yaitu Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo, Rumah Sakit Persahabatan, Rumah Sakit Hasan Sadikin dan Rumah Sakit Marzuki Mahdi. Data dari klinik PPTI di Jakarta sejak 2004 - 2007 menunjukkan prevalensi HIV pada suspek TB dengan faktor risiko antara 3-5% dan prevalensi pada pasien TB antara 5-10% dengan kecenderungan meningkat setiap tahunnya. (<http://www.klikparu.com/2013/12/kolaborasi-tb-hiv.html>).

3. MDR-TB

Angka MDR-TB diperkirakan sebesar 2% dari seluruh kasus TB baru (lebih rendah dari estimasi di tingkat regional sebesar 4%) dan 20% dari kasus TB dengan pengobatan ulang. Diperkirakan terdapat sekitar 6.300 kasus MDR TB setiap tahunnya. Prevalens TB resisten OAT ganda (multidrug resistance = MDR) di antara kasus TB baru adalah sebesar 2%, dan di antara kasus pengobatan ulang adalah sebesar 12%, sesuai laporan WHO tahun 2012.

Berdasarkan hasil pengumpulan data di RS Persahabatan, hingga Juli 2011 terdapat 233 kasus TB MDR. 73 orang (31,33% tidak diobati dengan alasan 22 pasien menolak, 6 pasien tidak dapat dihubungi, 4 pasien tidak memenuhi kriteria klinis untuk diobati, 13 pasien meninggal dan 28 dalam persiapan terapi.

Tabel 3. Persentasi Penyakit TBC sebagai Penyakit Penyerta Penderita HIV-AIDS

Tahun	Jumlah Penderita HIV-AIDS yang menderita Tuberculosis (orang)	Jumlah penderita HIV-AIDS yang memiliki penyakit Penyerta (orang)	penderita penyerta yang menderita TBC (%)
2006	19	66	28,8
2007	93	276	33,7
2008	174	478	36,4
2009	347	1052	32,9
2010	494	1716	28,8
2011	558	1870	29,8
2012	734	2915	25,1
2013	989	3494	28,3

4. TB Anak

TB pada anak mencerminkan transmisi TB yang terus berlangsung di populasi. Masalah ini masih memerlukan perhatian yang lebih baik dalam program pengendalian TB. Secara umum, tantangan utama dalam program pengendalian TB anak adalah kecenderungan diagnosis yang berlebihan (*overdiagnosis*), disamping juga masih adanya *underdiagnosis*, penatalaksanaan kasus yang kurang tepat, pelacakan kasus yang belum secara rutin dilaksanakan serta kurangnya pelaporan pasien TB anak. Tantangan tersebut juga dihadapi oleh rumah sakit atau FPK yang telah menerapkan strategi DOTS.

Tabel 4. Jumlah Penderita TB-Anak di DKI Jakarta

Kab/Kota	Tahun		
	2011	2012	2013
Jakarta Pusat	174	619	436
Jakarta Utara	287	243	*
Jakarta Barat	592	664	580
Jakarta Selatan	804	634	450
Jakarta Timur	524	601	395

Analisa situasi penanggulangan TB di DKI Jakarta dilakukan berdasarkan analisis data sekunder dan data primer yang dikumpulkan.

5. Tinjauan Situasi TB di DKI Jakarta

Situasi penderita TB di DKI Jakarta yang dapat dijadikan rumusan permasalahan terkait dengan kebijakan penanggulangan TB dapat digambarkan sebagai berikut : (1) Angka prevalensi TB di DKI Jakarta sejak tahun 2007 sampai 2013 menunjukkan prevalensi yang lebih tinggi dibandingkan dengan angka nasional. Prevalensi tertinggi di temukan di wilayah Jakarta Pusat dan Kepulauan Seribu. Prevalensi di Jakarta Pusat mencapai angka 605; (2) Angka kasus TB per 100.000 jiwa tertinggi di wilayah Jakarta Selatan ditemukan di Puskesmas Kecamatan Tebet (115) dan Setiabudi sebesar 97 kasus, sedangkan Angka kasus TB per 100.000 jiwa tertinggi di wilayah Jakarta Barat ditemukan di Puskesmas Palmerah (76,5) dan Kalideres (72,3) pada tahun 2013; (3) Angka Gagal TB di wilayah Jakarta Selatan ditemukan sebesar 31 kasus gagal pada tahun 2013, meningkat 50% dari tahun sebelumnya (20 kasus) dengan angka terbesar di temukan di RSUP Fatmawati (10 kasus); (4) Angka Default tahun 2012 di wilayah Jakarta Selatan ditemukan sebanyak 43; (5) Angka Succes Rate (SR) TB paru di DKI Jakarta pada tahun 2012 mencapai 81,6% dan menurun pada tahun 2013 menjadi sebesar 80,8%. Di Wilayah Jakarta Selatan pada tahun 2013 angka SR hanya mencapai 77,69%. Angka SR tersebut masih dibawah target WHO (85%); (5) Jumlah kematian TB di DKI Jakarta pada tahun 2012 mencapai 155 orang dengan jumlah tertinggi berada di wilayah Jakarta Timur dan Pusat (37). Pada tahun 2013 jumlah TB di wilayah Jakarta Selatan telah mencapai 47 orang; (6) Jumlah kasus baru TB yang ditemukan di DKI Jakarta pada tahun 2012 mencapai 23.011 dengan jumlah kasus baru terbanyak ditemukan di wilayah Jakarta Pusat yaitu sebanyak 5.048. Pada tahun 2013 jumlah kasus baru di wilayah Jakarta Pusat dan Selatan mengalami penurunan, namun masih menunjukkan jumlah yang cukup tinggi yaitu sebesar 4.848 dan 4.150; (7) Data klinik PPTI sejak tahun 2004-2007 menunjukkan prevalensi HIV pada pasien TB ditemukan sebanyak 5-10% dengan kecenderungan meningkat setiap tahun. Pada tahun 2013 ditemukan pasien TB-HIV di wilayah Jakarta Selatan sebanyak 40 orang dan Jakarta Pusat ditemukan angka TB-HIV yang cukup tinggi yaitu sebanyak 178 orang; (8) Data TB Anak pada tahun 2013 baru dilaporkan di wilayah Jakarta Selatan yaitu ditemukan sebanyak 436 anak

Berdasarkan tinjauan situasi masalah TB di DKI Jakarta, maka dapat disusun besarnya dan prioritas masalah yang dapat kita kaji untuk menyusun rencana penanggulangan masalah TB di DKI Jakarta.

Tabel 5. Prioritas Masalah Penanggulangan TB di DKI Jakarta

o	Masalah	Besarnya masalah	urgensi	Masalah strategis	lintas sektoral	Total nilai	Rank
	Tingginya angka prevalen di DKI melebihi angka nasional, dimana prevalensi TB di DKI Jakarta mencapai 256/100.000 dengan angka tertinggi ditemukan Jakarta Pusat mencapai angka 605/100.000 pada tahun 2012.	3	3	3	3	12	1
	SR tahun 2013 baru mencapai 80,8% (target WHO 85%)	2	3	3	2	11	2
	Rata-rata angka kematian tahun 2012 mencapai 31 orang, pada tahun 2013 telah ada laporan di Jakarta Selatan angka kematian TB telah mencapai 47 orang.	3	3	3	3	12	1
	Jumlah kasus baru TB tahun 2013 masih tetap tinggi dengan angka rata-rata mencapai \pm 4500 kasus	3	3	2	2	10	3
	Angka TB-HIV tahun 2013 dari 2 wilayah telah ditemukan sebanyak 218	2	2	3	3	10	3
	Angka kolaborasi TB-Anak tahun 2013, di Jakarta Selatan mencapai 436	3	3	2	3	11	2
	Angka Gagal 31 di Jakarta Selatan	2	2	2	0	7	5
	Angka Default ditemukan sebesar 43 kasus di Jakarta Selatan	2	2	2	0	7	5

Berdasarkan analisa prioritas masalah, maka dapat ditentukan skala prioritas penanggulangan TB di DKI Jakarta sebagai berikut: (1) Tingginya angka prevalen TB di DKI Jakarta berhubungan dengan masih cukup tingginya angka gagal dan default di beberapa wilayah kecamatan di DKI Jakarta, dan (2) Masih rendahnya SR (< 85%) di wilayah DKI Jakarta dapat menyebabkan angka prevalen di Jakarta tetap tinggi setiap tahun. Ditemukannya penderita TB anak yang cukup tinggi akan memberikan dampak terhadap tumbuh kembang anak

Tingginya jumlah penderita baru TB di DKI Jakarta dan munculnya kasus TB-HIV yang cukup tinggi memerlukan penanganan yang melibatkan banyak sektor.

Analisa Profil

Perkembangan penderita TB setiap tahun di DKI Jakarta yang menunjukkan angka prevalen yang selalu tinggi menuntut kajian yang luas untuk melihat faktor penyebab dari segala aspek yang terkait dengan munculnya penderita TB di DKI Jakarta.

Berdasarkan analisa profil wilayah dapat digambarkan bahwa tingginya prevalensi TB kemungkinan berhubungan dengan tingkat kepadatan penduduk dan kondisi kesehatan tempat tinggal dan kebiasaan penduduk dalam Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), seperti terlihat pada Tabel 6.

Prevalensi TB di wilayah Jakarta Pusat terlihat paling tinggi dibandingkan dengan wilayah lainnya, dimana Jakarta Pusat memiliki kepadatan penduduk paling tinggi dengan jumlah rumah tangga yang ber-PHBS hanya mencapai 66,5% dan rumah yang memiliki kategori rumah sehat baru mencapai 71,68%. Sebaliknya untuk wilayah Jakarta Utara yang memiliki angka prevalen paling rendah memiliki tingkat kepadatan penduduk yang rendah pula dengan persentasi rumah sehat sebesar 82,8%.

Tabel 6. Distribusi Prevalen TB Berdasarkan Kepadatan Penduduk dan PHBS

Wilayah	Prevalen- Dinkes 2012	RT ber PHBS- Dinkes 2012	Kepadatan penduduk/km2- BPS 2012	Rumah Sehat - Dinkes 2012
Jakarta Barat	182	68,2	18.490	70,65
Jakarta Pusat	605	66,5	18.883	71,98
Jakarta Timur	243	82,5	14.901	-
Jakarta Selatan	240	53,3	15.207	75,2
Jakarta Utara	200	67,9	11.698	82,8

Tabel 7. Distribusi Jumlah Kematian TB Berdasarkan Angka Prevalen, Jumlah Penderita yang diobati, Jumlah Penderita Sembuh dan Rasio Puskesmas/100.000 Penduduk

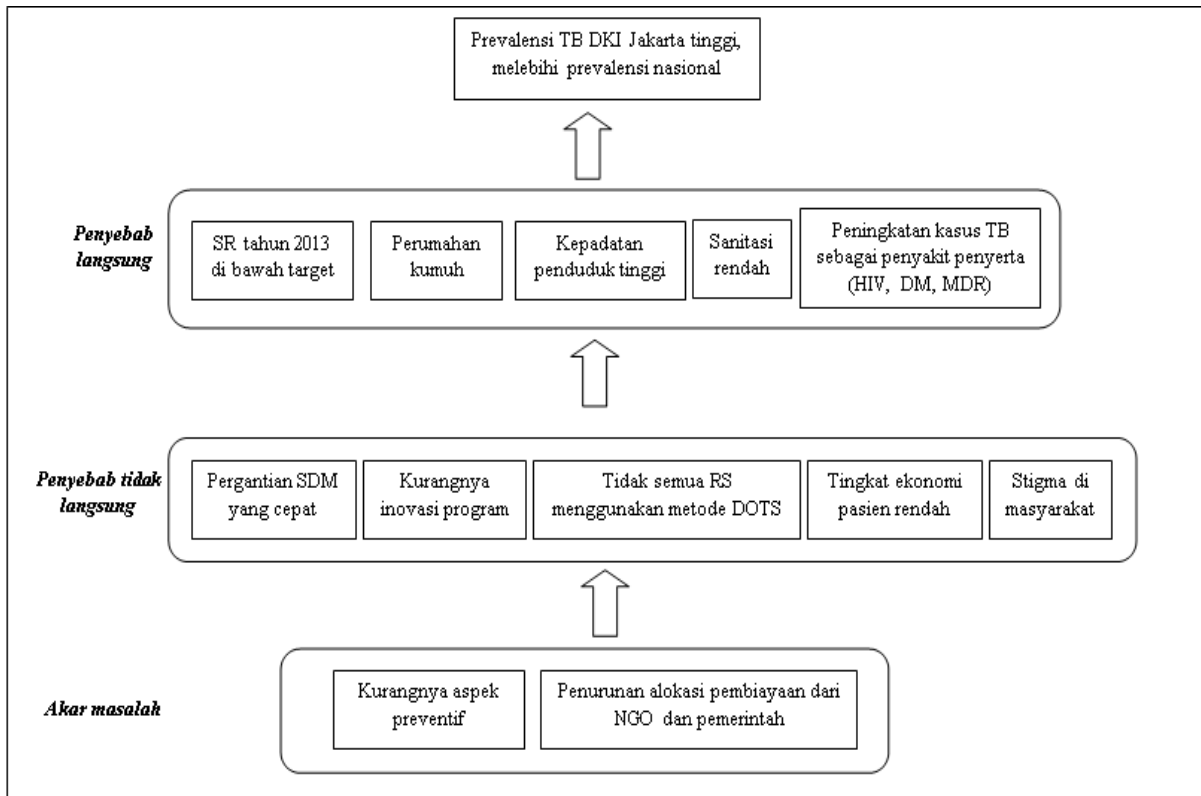
Wilayah	Jml kematian akibat TB	Prevalen TB	Penderita yang diobati	Penderita TB sembuh	Rasio puskesmas/100.000
Jakarta Barat	22	182	1893	1333	3,13
Jakarta Pusat	37	605	1304	865	4,73
Jakarta Timur	37	243	2482	1616	3,14
Jakarta Selatan	33	240	1893	1354	3,68
Jakarta Utara	26	200	1181	770	2,86

Jumlah kematian TB di DKI Jakarta memiliki kecenderungan berhubungan dengan Angka prevalen, jumlah penderita yang diobati dan Rasio pelayanan Puskesmas dengan jumlah penduduk. Di wilayah Jakarta Pusat terlihat angka kematian akibat TB terlihat paling tinggi dibandingkan dengan wilayah lainnya kecuali Jakarta Timur. Berdasarkan Tabel 6.37 terlihat bahwa angka prevalen Jakarta Pusat juga paling tinggi dengan jumlah penderita yang diobati relatif lebih sedikit dibandingkan dengan wilayah lain yang memiliki angka prevalen lebih rendah dibandingkan dengan Jakarta Pusat. Demikian juga dengan jumlah penderita sembuh di Jakarta Pusat jumlahnya lebih rendah dibandingkan dengan wilayah lain. Dan kemungkinan tingginya kematian TB di Jakarta Pusat berhubungan dengan tingginya rasio pelayanan Puskesmas/100.000 penduduk.

Masalah TB pada Anak di DKI Jakarta belum diperoleh data secara lengkap, namun dari data yang minimal yaitu diketahuinya angka TB Anak di wilayah Jakarta Selatan sebanyak 436 kemungkinan berhubungan dengan cakupan imunisasi, dimana di Jakarta Selatan cakupan imunisasi paling rendah dibandingkan dengan wilayah lainnya, yaitu hanya mencapai 82%.

Tingginya jumlah temuan TB-HIV di DKI Jakarta kemungkinan berhubungan dengan meningkatnya jumlah penderita HIV di DKI Jakarta. Pada tahun 2012 ditemukan jumlah kasus baru HIV di DKI Jakarta berjumlah 3.510 kasus dengan jumlah tertinggi ditemukan di wilayah Jakarta Pusat yaitu sebanyak 907 kasus. Dan pada tahun 2013 di wilayah Jakarta Selatan ditemukan kasus TB-HIV sebanyak 178 kasus, dimana angka tersebut jauh lebih tinggi dibandingkan dengan jumlah TB-HIV di Jakarta Pusat yang hanya mencapai 40 kasus.

Analisa Akar Masalah



Gambar 4. Analisa Akar Masalah Prevalensi TB

Gambar 4 menunjukkan bagan analisa akar masalah tingginya prevalensi TB di DKI Jakarta. Berdasarkan hasil FGD dengan pemangku kebijakan (Dinas Kesehatan, Suku Dinas Kesehatan, Puskesmas dan RS Persahabatan) diperoleh data, beberapa hal yang berhubungan dengan masih tingginya prevalensi TB di DKI Jakarta diantaranya adalah : (a) Masih banyak wilayah kumuh di Jakarta, yang menunjukkan kesejahteraan sosial di Jakarta yang masih kurang. Sanitasi dan kepadatan penduduk di lingkungan kumuh juga berada di tingkat yang memprihatinkan. Padahal, kesejahteraan sosial, sanitasi, maupun kepadatan merupakan faktor yang berhubungan erat dengan TB; (b) Tidak meratanya pusat pelayanan kesehatan di wilayah Jakarta. Contoh, apabila puskesmas merupakan satu-satunya pelayanan kesehatan yang menangani kasus TB di wilayah tersebut, maka penderita kemungkinan besar hanya akan melakukan pengobatan di puskesmas sehingga angka yang tercatat akan lebih tinggi. Sedangkan, dengan jumlah kasus sama, apabila di wilayah tersebut banyak pelayanan kesehatan selain puskesmas, bisa saja pasien memilih pelayanan kesehatan lain sehingga angka yang tercatat lebih rendah; (c) Pasien yang enggan melakukan pemeriksaan TB karena berbagai hal, misalnya seorang pekerja berisiko dirumahkan apabila perusahaan tempatnya bekerja tahu yang bersangkutan terinfeksi TB; (d) Pasien yang memeriksakan dan melakukan pengobatan TB tapi pelayanan kesehatan yang tidak berada di wilayah tempat tinggalnya, misalnya karena malu. Hal ini bisa menjadi salah satu faktor bias data; (e) Berkurangnya support Pemerintah & NGO, awal program 2009-2010 dana dari global fund. Pasien diberi support transport, PMT, dan alat komunikasi. Harus ke RS setiap hari, tingkat DO 10%, 2011 global fund menghentikan support, DO hingga 30%.

Berdasarkan metode RCA, disimpulkan bahwa faktor yang menjadi penyebab langsung tingginya prevalensi TB di DKI Jakarta adalah: (1) SR tahun 2013 di bawah target WHO; (2) banyaknya perumahan kumuh; (3) kepadatan penduduk tinggi; (4) sanitasi yang rendah; dan (5) peningkatan kasus TB sebagai penyakit penyerta (HIV, DM, MDR). Faktor yang menjadi penyebab tidak langsung adalah: (1) terjadinya pergantian SDM yang cepat di Dinas Kesehatan; (2) kurangnya inovasi program; (3) belum semua RS dan klinik menggunakan strategi DOTS; (4) tingkat ekonomi pasien rendah; dan (5) stigma di masyarakat. Selanjutnya, akar masalah prevalensi TB yang masih tinggi di DKI Jakarta adalah penurunan alokasi pembiayaan dari NGO maupun pemerintah dan kurangnya aspek preventif.

Dengan demikian hal-hal yang mendasar dari seluruh hasil analisa situasi adalah adanya dukungan kebijakan dalam program pengendalian TB dari para pengambil keputusan tingkat Kota dan Provinsi DKI Jakarta serta adanya kerja sama lintas sektoral dengan instansi terkait untuk menangani faktor penyebab langsung dan tidak langsung.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Tahun 2013 – 2017.
- Balitbangkes. 2013. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS)
- BPS. 2014. Indeks Pembangunan Manusia. Provinsi Dki Jakarta Tahun 2012. Berita Resmi Statistik. No. 11/02/31/Th. Xv, 5 Februari 2014
- Gerdunas 2005. Hasil Rapat Kerja Nasional Gerakan Terpadu Nasional (Gerdunas) TBC ke-2 tahun 2005. Jakarta, 18 Nopember 2005
- Harsono, A. 2008. Metode Analisis Akar Masalah dan Solusi. Makara, Sosial Humaniora, Vol. 12, No. 2, Desember 2008: 72-81
- Kemendes RI. 2011. Rencana Aksi Nasional TB-HIV Pengendalian Tuberkulosis 2011-2014. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
- Kemendes RI. 2013. Petunjuk Teknis Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistensi Obat. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
- Kemendes RI. 2012. Ringkasan Eksekutif : Data dan Informasi Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Pusat data dan Informasi.
- Manulu, H,S. 2010. Faktor yang Mempengaruhi TB Paru dan Upaya Penanggulangannya. Jurnal Ekologi Kesehatan Vol. 9 No 4, Desember 2010 : 1340 - 1346
- Profil Kesehatan DKI Jakarta Tahun 2012
- Statistics Indonesia. 2012. Indonesia Demographic and Health Survey. National Population and Family Planning Board Ministry of Health. MEASURE DHS ICF International. August 2013.