

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Derajat kesehatan merupakan salah satu indikator kemajuan suatu masyarakat. Faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat diantaranya tingkat ekonomi, pendidikan, keadaan lingkungan, kesehatan dan sosial budaya (Depkes RI, 2011).

Tuberkulosis (TB) dan HIV merupakan penyebab utama kematian di seluruh dunia. Pada tahun 2014, TB membunuh 1,5 juta orang diseluruh dunia terdiri dari 1,1 juta dengan HIV negatif dan 0,4 juta dengan HIV positif. Kematian tersebut didominasi dengan jenis kelamin laki-laki sebesar 890.000 dibandingkan perempuan yaitu 480.000 orang dan 140.000 orang anak-anak. Angka kesakitan akibat TB di dunia pada tahun 2014 mencapai 9,6 juta orang diantaranya 5,4 juta orang laki-laki dan 3,2 juta orang perempuan serta 1 juta orang anak-anak. Kasus baru pada tahun 2014 mencapai 6 juta orang. (WHO, 2015)

Secara global Asia Tenggara dan Pasifik Barat, merupakan wilayah dengan kasus TB baru terbesar yaitu 58 % dari jumlah 9,6 juta kasus TB baru. Negara India, Indonesia dan Cina merupakan kasus terbanyak, dimana jumlah kasus TB baru di Indonesia sebesar 10% dari jumlah total kasus TB (WHO, 2015). TB merupakan urutan pertama penyakit menular penyebab kematian baik di perkotaan maupun di pedesaan. Permasalahan tersebut akan muncul tantangan dalam pengobatan TB di dunia dan Indonesia, antara lain kegagalan pengobatan, putus pengobatan, pengobatan yang tidak benar. Sehingga

mengakibatkan terjadinya kemungkinan resistensi primer kuman TB terhadap obat anti TB atau *Multi Drug Resistance* (MDR). TB-MDR merupakan penyakit TB yang telah mengalami resisten terhadap *Isoniazid* (INH) dan *Rifampicin*, serta satu atau lebih obat anti tuberkulosis (OAT) berdasarkan pemeriksaan laboratorium yang terstandar (Bertin, 2009).

Berdasarkan laporan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2014) Indonesia pada tahun 2014 menempati urutan ke-9 di antara 27 negara yang mempunyai beban tinggi untuk MDR TB yaitu 4,9%. Di Indonesia kasus MDR TB selalu terjadi peningkatan setiap tahunnya, pada tahun 2012 di Indonesia terdapat 739 kasus baru TB dengan *Multi Drug Resistance* (TB MDR), meningkat menjadi 1377 kasus di tahun 2013 dan ditahun 2014 terjadi peningkatan menjadi 1716 kasus. Diperkirakan 2% dari kasus TB baru dan 12% dari kasus TB pengobatan ulang merupakan kasus TB MDR. (Kemenkes RI, 2015)

Prevalensi tuberkulosis di Kalimantan Barat berdasarkan diagnosis dan gejala TB paru (0,2%) dari seluruh kejadian TB paru di Indonesia dan menempati urutan ke 18 dari 33 provinsi di seluruh Indonesia (Kemenkes RI, 2014). Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2007 kejadian TB paru (0,43%) di provinsi Kalimantan Barat, tahun 2010 terjadi peningkatan kasus TB paru (1,8%) dan kemudian pada tahun 2013 terjadi penurunan kasus TB paru (0,2%). Kejadian TB paru di Kalimantan Barat mengalami fluktuatif dalam waktu 3 tahun, dimana tertinggi terjadi pada tahun 2010. (Kemenkes RI, 2014)

Kasus TB paru yang terjadi di Indonesia khususnya di Kalimantan Barat tidak hanya disumbang oleh pasien baru (97,5%) tetapi juga pasien

relaps/pengobatan ulang (2,5%) ditahun 2015. Pada tahun 2013 jumlah dengan BTA positif terbanyak pada kelompok umur 45-54 tahun yaitu 20,54% dari 973 penderita. Pada tahun 2014, jumlah BTA positif terbanyak pada kelompok umur 45-54 tahun yaitu 20,29% dari 833 penderita dan di tahun 2015, pasien baru dan ulangan menurut umur di Provinsi Kalimantan Barat 2015 mengalami pergeseran penderita BTA positif terbanyak pada remaja dengan kelompok umur 25-34 tahun yaitu 20,53% dari 638. Tingginya insidens dan prevalens TB terutama kasus TB BTA positif merupakan ancaman penularan TB yang serius di masyarakat, karena sumber penularan TB adalah penderita TB BTA positif. (Dinkes Kalbar, 2015)

Kejadian TB paru berdasarkan data dinas kesehatan provinsi hanya 15% di tahun 2012 yang melakukan pengobatan secara lengkap dan ditahun 2015 dari seluruh penderita TB paru yang melakukan pengobatan secara lengkap hanya 2%. Rendahnya pengobatan TB paru yang lengkap akan semakin berbahaya karena penyakit TB jika pengobatan penyakit TB tidak lengkap penderita sewaktu-waktu akan kambuh kembali penyakitnya dan kuman tuberkulosis menjadi resisten yang biasa disebut MDR-TB. Kejadian TB MDR di Kalimantan Barat berjumlah 49 kasus yang tersebar di 14 provinsi, Pontianak merupakan Kasus MDR-TB terbanyak sebesar 53% dan terendah di Kota Singkawang sebesar 2%. (Data Dinkes Kalbar, 2015)

TB MDR (tuberkolusis *multi drugs resistance*) adalah kasus TB yang disebabkan oleh kuman *M.tuberkolusis* dimana kuman tersebut telah resisten terhadap inoziasid (INH) dan rifampisin. Transmisi terjadinya infeksi pada pasien TB MDR pada dasarnya sama dengan pasien TB, hanya kuman pada pasien TB

paru MDR lebih berbahaya karena telah resisten terhadap OAT lini pertama yang potensinya paling kuat. Pada dasarnya pengendalian TB paru dengan MDR paru adalah sama, hanya pada pasien TB MDR harus mendapatkan perhatian lebih karena kuman sudah resisten dan periode infeksius pasien TB MDR lebih lama dibanding pasien TB bukan MDR. (Depkes RI, 2013)

Pengobatan terhadap pasien TB-MDR lebih sulit, mahal, dan memberikan hasil yang kurang memuaskan. Pengobatan TB-MDR terdiri dari dua tahap yaitu tahap awal dan tahap lanjutan yang memerlukan waktu 19 sampai 24 bulan. Kelompok kerja WHO Green Light Committee (GLC) membuat strategi pengobatan TB-MDR dengan promosi penggunaan rasional obat lini kedua dan meningkatkan mutu obat lini kedua. Sejauh ini belum ditemukan OAT baru untuk mengatasi masalah TB- MDR. Beberapa penelitian klinis menunjukkan beberapa antimikroba (makrolid, kuinolon, betalaktam) dapat digunakan sebagai OAT. Dari semua antimikroba golongan kuinolon dianggap mempunyai efektivitas sebagai anti TB. Saat ini dari uji klinis yang dilakukan belum dapat disimpulkan tentang terapi TB-MDR yang optimal. (Modul Pengobatan Direktorat TB, 2013)

Kegagalan dalam melakukan pengobatan MDR TB tidak hanya merugikan pasien, tetapi juga meningkatkan penularan pada masyarakat. TB resistensi obat anti TB (OAT) pada dasarnya adalah suatu fenomena buatan manusia sebagai akibat dari pengobatan pasien TB yang tidak adekuat yang menyebabkan terjadinya penularan dari pasien TB-MDR ke orang lain/masyarakat. TB-MDR masih berpeluang untuk disembuhkan, jika pasien

menelan obat secara teratur hingga selesai, akan tetapi jika tidak diatasi dengan baik dapat menyebabkan kematian. (P2TB Prov. Kalbar, 2014)

Penanganan TB-MDR harus menggunakan laboratorium mikrobiologi yang berkualifikasi sesuai standar (regional) dan menggunakan paduan pengobatan sesuai standar dunia yang dimulai pada tahun 2009 pada dua wilayah (Jakarta Timur dan Surabaya) yang melibatkan rumah sakit dan puskesmas di dalam wilayahnya. Jelas bahwa pengobatan TB-MDR membutuhkan perhatian dan usaha (*effort*) yang jauh lebih besar daripada pengobatan TB pada umumnya, baik dari sisi pasien, keluarga pasien, maupun dari sisi pemberi layanan kesehatan ataupun pengelola program TB. Sangat rasional dan patut disadari seluruh praktisi kesehatan bahwa pencegahan terjadinya resistensi obat/MDR adalah jauh lebih mudah dari pada pengobatannya. Penekanan melakukan identifikasi suspek resistensi obat/MDR, tata laksana diagnosis, pengobatan, dan *monitoring* pengobatan TB dengan tepat dan benar adalah kunci utama mencegah timbulnya MDR (Munir, 2010).

Penyakit TB biasanya menyerang sebagian besar kelompok usia kerja produktif, kelompok ekonomi lemah, dan berpendidikan rendah. Pada pengobatan yang tidak teratur dan kombinasi obat yang tidak lengkap di masa lalu diduga telah menimbulkan kekebalan ganda kuman TB terhadap OAT atau MDR. Untuk itu dibuat program penanggulangan TB dengan tujuan jangka panjang, yaitu dengan menurunnya angka kesakitan dan angka kematian penyakit TB dengan cara memutuskan rantai penularan. Sehingga, penyakit TB tidak lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat Indonesia.

Sedangkan dalam jangka pendek, yaitu tercapainya angka kesembuhan minimal 85% dari semua penderita baru BTA positif yang ditemukan (Crofton, 2002).

Perilaku pasien MDR-TB sangat berpengaruh terhadap penularan penyakit TB, karena jika pasien batuk dan bersin dapat menularkan terhadap orang disekitarnya melalui udara yang mengandung kuman dari percikan dahak yang mengandung kuman. Dalam pencegahan penularan MDR-TB terhadap keluarga dan masyarakat yaitu pengobatan tidak boleh sampai putus, tutup hidung dan mulut ketika batuk dan bersin, jangan membuang dahak sembarangan, buka jendela dan pintu agar udara segar bisa masuk dan jangan berbagi tempat tidur dengan orang lain sampai dokter menyatakan bahwa pasien tidak lagi menularkan TB. (P2TB Prov. Kalbar, 2014)

Menurut penelitian Sarwani, dkk (2012) Tentang faktor risiko MDR TB yang terbukti berpengaruh terhadap kejadian *Multi Drug Resistant* (MDR-TB) yaitu motivasi penderita yang rendah OR =4,2 dan ketidakteraturan berobat OR=2,3. Artinya pasien yang memiliki motivasi rendah berisiko menjadi MDR TB 4,2 kali dibanding yang memiliki motivasi tinggi dan ketidak teraturan minum obat berisiko terjadi MDR TB 2,3 kali dibandingkan yang minum obatnya teratur. Penelitian Mulyanto (2014) tentang hubungan lima indikator perilaku hidup bersih dan sehat dengan tuberkulosis MDR menunjukkan bahwa umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status perkawinan dan perilaku mengkonsumsi gizi berhubungan dengan TB-MDR (OR=0,25 dan *P-Value*= 0,014), perilaku olah raga berhubungan dengan TB-MDR(OR=0,016 dan *P-Value*= 0,00), perilaku

pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan berhubungan TB-MDR (0,091 dan P -Value = 0,01).

Penelitian yang dilakukan Awad (2013) tentang karakteristik pasien MDR TB didapatkan hanya 1,45% pasien TB paru yang teridentifikasi sebagai TB-MDR, sebagian besar pasien TB-MDR berjenis kelamin laki-laki, berada pada kelompok umur 25–44 tahun, dan berstatus sosial sebagai pasien Jamkesmas/Jamkesda/Gakin, berdasarkan penentuan diagnostik sebagian besar pasien TB-MDR datang berobat dengan keluhan utama batuk lama, hasil foto toraks dengan gambaran TB paru lama aktif, dan hasil pewarnaan basil tahan asam (BTA) menunjukkan hasil positif. Berdasarkan perjalanan penyakit, sebagian besar pasien TB-MDR berstatus gizi kurang, pernah dirawat inap, memiliki penyakit penyerta dengan dan hampir semua laki-laki memiliki riwayat merokok. Berdasarkan riwayat pengobatan, sebagian besar pasien TB-MDR termasuk dalam kasus putus berobat (default). Penelitian Linda (2012) pendidikan yang rendah berhubungan dengan pengetahuan terkait TB-MDR (P -Value= 0,003).

Dalam hal kepatuhan terhadap pengobatan MDR-TB, dukungan keluarga memiliki peranan yang besar dalam hal memberikan dorongan berobat kepada pasien. Keluarga adalah orang yang pertama tahu tentang kondisi sebenarnya dari penderita MDR-TB dan orang yang paling dekat serta berkomunikasi setiap hari dengan penderita. Dorongan anggota keluarga untuk berobat secara teratur dan adanya dukungan keluarga yang menjalin hubungan yang harmonis dengan penderita membuat penderita diuntungkan lebih

dari sekedar obat saja, melainkan juga membantu pasien tetap baik dan patuh meminum obatnya. Pengaruh peran keluarga terhadap kepatuhan minum obat penderita sangat besar. Namun sebaliknya, penderita memiliki alasan tersendiri untuk tidak melanjutkan pengobatan. Pada umumnya, alasan responden menghentikan pengobatan karena paket obat terlalu banyak dan besar, merasa sudah sembuh yang ditandai dengan batuk yang berkurang, perasaan sudah enak badan, sesak nafas berkurang, nafsu makan baik. (Modul Pengendalian TB, 2013). Dalam penelitian yang dilakukan reviano 2014 bahwa dalam pengobatan MDR-TB memiliki efek samping yaitu mual (79,8%), muntah (78,9%), artalgia (78,9%), gangguan pendengaran (59,6%), gangguan psikatri (53,3%), hipokalemia (52,6%), diare (49,1%), hiperurisemia (37,7%), nyeri tempat suntikan (21,9%) dan gangguan tidur (18,4%).

Rumah sakit Dr Soedarso Pontianak merupakan salah satu rumah sakit di Kota Pontianak, rumah sakit inilah yang menjadi rujukan pasien MDR-TB di Kota Pontianak. Kasus MDR-TB yang dilakukan pengobatan saat ini sebesar 17 pasien dari 49 kasus yang tersebar diberbagai Kabupaten di KalBar. Pentingnya pengobatan penderita MDR tuberkulosis paru dilakukan untuk meminimalisir risiko dari penyakit tersebut. Penyakit MDR TB sangat mudah menularkan terhadap orang lain karena telah resisten terhadap OAT lini pertama yang potensinya paling kuat sehingga perlu dilakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku menular tuberkulosis paru pada pasien MDR tuberkulosis paru yang berobat di RSUD Dr Soedarso tahun 2016.

I.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan perilaku menular TB paru Pada Pasien MDR-TB paru yang Berobat di RSUD Dr Soedarso Tahun 2016?”

I.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui “ Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan perilaku menular TB paru pada pasien MDR-TB paru di RSUD Dr Soedarso Tahun 2016? ”

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui gambaran, tingkat pendidikan, persepsi keyakinan menularkan, persepsi ancaman status ekonomi, kepemilikan BPJS, dan perilaku menular pada pasien MDR-TB paru di Rumah Sakit Dr Soedarso.
2. Mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan pasien MDR-TB dengan perilaku menular pada pasien MDR-TB di RSUD dr. Soedarso Pontianak
3. Mengetahui hubungan antara persepsi keyakinan menularkan MDR-TB dengan perilaku menular pada pasien MDR-TB di RSUD dr. Soedarso Pontianak.
4. Mengetahui hubungan antara persepsi ancaman MDR-TB dengan perilaku menular pada pasien MDR-TB di RSUD dr. Soedarso Pontianak
5. Mengetahui hubungan antara status ekonomi pasien MDR-TB dengan perilaku menular pada pasien MDR-TB di RSUD dr. Soedarso Pontianak.

6. Mengetahui hubungan antara kepemilikan BPJS pada pasien MDR-TB dengan perilaku menular pada pasien MDR-TB di RSUD dr. Soedarso Pontianak.

I.4 Manfaat Penelitian

I.4.1 Bagi Masyarakat

Memberikan informasi yang ilmiah tentang pentingnya perilaku menular pasien MDR-TB untuk pengurangan angka kejadian tuberkulosis paru, sehingga pasien MDR-TB dapat melakukan pencegahan agar keluarganya tidak tertular.

I.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini sebagai bahan tambahan kepustakaan yang dapat menjadi suatu bahan bacaan bagi mahasiswa khususnya Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak serta diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam pengembangan penelitian selanjutnya.

I.4.3 Bagi Petugas Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi dan edukasi terhadap pasien yang berobat di Rumah Sakit tentang pentingnya perilaku menular MDR-TB.

I.4.4 Bagi Peneliti

Memperluas wacana ilmu pengetahuan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku menular pasien MDR-TB. Hasil penelitian ini juga dapat meningkatkan kreativitas peneliti dalam karya ilmiah dan membantu dalam mengaplikasikan ilmu-ilmu yang telah didapat selama mengikuti studi di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak.

I.2 Keaslian Penelitian

Tabel I.1
Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Variabel	Hasil Penelitian
1	Mulyanto (2014)	hubungan lima indikator perilaku PHBS terhadap MDR-TB	<i>Case control</i>	Variabel bebas : Jenis kelamin, umur, pendidikan dan status perkawinan, konsumsi gizi, perilaku olah raga dan pemanfaatan Yankes v. terikat TB-MDR	Jenis kelamin, umur, pendidikan dan status perkawinan, konsumsi gizi berhubungan dengan MDR-TB (<i>p-value</i> 0,014) perilaku olah raga (<i>p-value</i> 0,00) dan pemanfaatan Yankes (<i>p-value</i> 0,01).
2	Linda (2012)	Hubungan karakteristik klien TB dengan pengetahuan tentang MDR-TB	Deskriptif	v. bebas pendidikan v. terikat pengetahuan MDR-TB	Ada hubungan dukungan antara pendidikan dengan pengetahuan MDR-TB (<i>p-value</i> 0,003)
3	Sarwani, dkk(2012)	Faktor risiko MDR TB paru	<i>Case-control</i>	Variabel bebas: Motivasi penderita rendah dan ketidak teraturan berobat. Variabel terikat: kejadian MDR-TB paru.	Terdapat perbedaan yang signifikan antara motivasi penderita rendah (OR.4,2) dan ketidak teraturan berobat (OR.2,3) dengan kejadian MDR-TB paru.
4	Awad (2013)	Karakteristik pasien MDR-TB di Rumah Sakit DR. Wahidin Sudirohusodo Makasar	Cross sectional	Variabel bebas: umur, jenis kelamin, status sosial, diagnosis MDR-TB, riwayat merokok, status gizi dan riwayat berobat. Variabel terikat: TB-MDR	karakteristik pasien MDR TB didapatkan 1,45% pasien TB paru, sebagian besar pasien TB-MDR berjenis kelamin laki-laki, berada pada kelompok umur 25–44 tahun, dan berstatus sosial sebagai pasien Jamkesmas/Jamkesda/Gakin, berdasarkan penentuan diagnostik sebagian besar pasien TB-MDR datang berobat dengan keluhan utama batuk

					lama, hasil foto toraks dengan gambaran TB paru lama aktif, dan hasil pewarnaan basil tahan asam (BTA) menunjukkan hasil positif. Berdasarkan perjalanan penyakit, sebagian besar pasien TB-MDR berstatus gizi kurang, memiliki riwayat merokok. Berdasarkan riwayat pengobatan, sebagian besar pasien TBMDR termasuk dalam kasus putus berobat (default).
--	--	--	--	--	--

Berdasarkan penelitian diatas penulis melakukan penelitian dengan memodifikasi dari penelitian sebelumnya. Keaslian penelitian ini adalah subjek dan outputnya berbeda dengan penelitian sebelumnya.