

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberculosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* atau kuman *Tuberculosis*. Sebagian bakteri ini menyerang paru, tetapi dapat juga menyerang organ tubuh lainnya (Depkes RI, 2011). Terjadinya resisten kuman *Mycobacterium Tuberculosis* terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT) merupakan masalah yang ditemui pada pengobatan TB. Resistensi ini merupakan keadaan dimana OAT tidak mampu membunuh kuman *Mycobacterium Tuberculosis*. Salah satu jenis resistensi tersebut adalah *Multi Drug Resistance Tuberculosis* (MDR TB) atau resisten obat ganda yang ampuh untuk membunuh kuman *Mycobacterium Tuberculosis* (Kemenkes, 2013).

MDR TB adalah salah satu jenis resistensi bakteri TB terhadap minimal dua OAT lini pertama, yaitu *Isoniazid* dan *Rifampicin* yang merupakan dua Obat yang paling efektif (WHO, 2015). Resistensi OAT sangat erat hubungannya dengan riwayat pengobatan sebelumnya. Pasien yang pernah diobati sebelumnya mempunyai kemungkinan resisten 4 kali lebih tinggi, serta penderita MDR TB 10 kali lebih tinggi daripada pasien yang belum pernah menjalani pengobatan (Kemenkes, 2013).

Insiden Rate untuk Negara Asia berdasarkan laporan WHO tahun 2015 menunjukkan bahwa Negara Kamboja adalah Negara Asia dengan insiden rate tertinggi. Insiden rate tercatat 400 kejadian per 100.000 populasi dan terendah Arab Saudi dengan insiden rate 14 kejadian per 100.000 populasi. Angka kejadian TB Paru di Indonesia masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan Negara Asia lainnya dengan angka kejadian 183 kejadian per 100.000 populasi. Nilai ini masih tinggi jika dibandingkan dengan India 171 kejadian per 100.000 populasi dan Malaysia dengan 99 kejadian per 100.000 populasi, lebih lanjut angka prevalensi TB Paru di Asia tertinggi adalah Kamboja dengan 715 orang per 100.000 populasi dan terendah adalah Arab Saudi dengan prevalensi 16 orang per 100.000 populasi. sementara Indonesia masih tergolong tinggi dengan 272 orang per 100.000 populasi jika dibandingkan dengan Negara Asia lainnya

terutama India dengan prevalensi 211 orang per 100.000 populasi dan Malaysia dengan prevalensi 131 orang per 100.000 populasi.

Laporan *World Health Organization* di tahun 2016 menyebut *South – East Asia Region* menempati urutan pertama kasus MDR TB baik kasus baru maupun kasus dengan pengobatan berulang dengan perkiraan 1,948 juta populasi. Sedangkan, Indonesia menempati urutan ke-8 kasus MDR TB dari 27 negara dengan beban kasus MDR TB terbanyak di dunia. Artinya Indonesia naik satu peringkat dari peringkat ke-9 pada tahun 2014 (WHO, 2014). Pasien dengan MDR TB sering tidak bergejala. Oleh karena itu MDR TB dapat 3 kali lebih besar dari insiden sebenarnya yaitu mendekati atau melampaui 1 juta insiden.

Pengobatan terhadap TB dengan resistensi ganda ini amat sulit dan memerlukan waktu yang lama bahkan sampai 24 bulan (Kemenkes, 2013). Perkiraan kasus MDR TB di Indonesia pada tahun 2012 sebanyak 6900, yaitu 5900 dari kasus TB Paru baru dan 1000 dari kasus pengobatan TB Paru pengobatan ulang (WHO global report 2013).

Pasien dengan MDR TB membutuhkan waktu penyembuhan yang relative lebih lama daripada TB saja. Bagi pasien yang mampu atau bahan sudah pensiun tidak terlalu bermasalah, akan tetapi bagi pasien dengan usia muda, masih bekerja atau bahkan tulang punggung keluarga sangat menimbulkan masalah dan penderitaan bukan saja yang sedang sakit tetapi juga keluarga terutama istri dan anak – anak.

Seorang karyawan yang menderita MDR TB besar kemungkinan dia akan resign dari tempat kerja karena pengobatan untuk MDR TB memerlukan penderita datang ke pelayanan kesehatan secara periodik, kemudian kedua dia dikeluarkan dari tempat kerja dengan alasan khawatir menularkan karyawan lain atau mencemari produk jika dia bekerja di perusahaan farmasi atau makanan yang harus higienis. Biaya pengobatan MDR TB menghabiskan hingga 10.027 dolar AS, jauh lebih besar mengingat obat MDR TB jauh lebih mahal daripada OAT biasa.

Lama pengobatan yang mencapai 2 tahun berpotensi menyebabkan hilangnya 20 – 30 % pendapatan rumah tangga. Lebih menyedihkan lagi kalau

kemudian terjadi kematian akibat penyakit tersebut dan yang meninggal merupakan kepala keluarga. Maka keluarga yang ditinggalkan tentu akan kehilangan sumber nafkah mereka dan sangat boleh jadi akan terjerumus dalam kemiskinan. Hal ini pernah diteliti dan hasilnya jika seseorang yang merupakan kepala keluarga meninggal akibat MDR TB, maka keluarga yang ditinggalkannya akan kehilangan sekitar 13 – 15 tahun penghasilan.

Beban biaya ekonomi akibat penyakit MDR TB dengan melihat alur kejadian dan biaya yang timbul baik pasien yang diobati maupun tidak diobati. Jenis biaya yang diperhitungkan: 1. Biaya medis MDR TB dari pasien yang dirawat (medical cost of patient treated), 2. Beban biaya rumah tangga untuk pasien yang diobati (household cost of patient treated), 3. Kerugian produktivitas akibat disabilitas (loss of productivity due to disability) dan 4. Kerugian produktivitas akibat kematian prematur (loss of productivity due to premature death).

Berbicara masalah tekanan ekonomi akibat penyakit MDR TB, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI menyatakan kerugian ekonomi akibat MDR TB dapat dilihat dari empat aspek: Pertama, health consumption effect, yaitu kerugian dalam bentuk berkurangnya konsumsi barang atau jasa kesehatan akibat sakit atau meninggal; Kedua, social interaction and leisure effects, yaitu kerugian akibat terhambatnya interaksi sosial dan kurangnya waktu luang untuk santai; Ketiga, short term production effects, misalnya berupa keluarnya biaya untuk berobat dan hilangnya hari kerja produktif maupun turun atau hilangnya kesempatan mengurus keluarga dan rumah tangga secara baik, dan; Keempat, long term production consumption effect, dalam bentuk efek demografis konsumsi serta suplai tenaga kerja (Azwir, 2018).

Menurut penelitian (Nurhayati, 2015) mengatakan terdapat beberapa faktor yang ikut berkontribusi dalam meningkatnya jumlah penderita MDR TB yaitu tingkat pengetahuan penderita dan keluarga terhadap penyakitnya, buruknya tingkat kepatuhan minum OAT, pemberian terapi tunggal yang tidak adekuat, keteraturan berobat yang rendah, motivasi penderita kurang, kurang teraturnya suplai obat, bioavailibity yang buruk dan kualitas obat memberikan

kontribusi terhadap terjadinya resistensi obat sekunder. Ketidakpatuhan minum obat dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor eksternal yaitu jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, usia, merokok, kepadatan hunian, status gizi, sosial ekonomi dan perilaku (WHO, 2016).

Sedangkan menurut penelitian (Sarwani, 2012) menyatakan faktor risiko untuk terjadinya *Multi Drug Resitance Tuberculosis* adalah infeksi HIV, sosial ekonomi, kelompok umur, jenis kelamin, konsumsi rokok dan alkohol, adanya penyakit diabetes, dosis obat yang tidak tepat sebelumnya dan pengobatan terdahulu dengan suntikan dan fluoroquinolon. Penelitian yang dilakukan (Syahrezki, 2015) mengatakan Terdapat 4 faktor risiko yang dapat mempengaruhi kejadian MDR TB yaitu faktor dokter, pasien, obat, dan sistem pelayanan kesehatan.

Faktor determinan kejadian MDR TB, ketidakpatuhan pasien TB dalam hal pengobatan dapat diakibatkan oleh beberapa faktor, seperti obat, penyakit dan penderitanya sendiri. Faktor obat terdiri dari panduan obat yang tidak adekuat, dosis obat yang tidak cukup, tidak teratur minum obat, jangka waktu pengobatan yang kurang dari semestinya, dan terjadi resisten obat (Mulyono, 2014).

Faktor penyakit biasanya disebabkan oleh lesi yang terlalu luas, adanya penyakit lain yang mengikuti, adanya gangguan imunologis yang mencakup gaya hidup yang kurang sehat. Faktor yang terakhir adalah masalah penderita sendiri, seperti kurangnya pengetahuan mengenai TB Paru, kurangnya motivasi untuk berobat, dan merasa sudah sembuh (DepKes, 2010).

Faktor – faktor yang memiliki perbedaan resiko kejadian MDR TB yang bermakna di RSUP Persahabatan tahun 2013 adalah faktor ketidakpatuhan minum obat dan status gizi. Sedangkan faktor – faktor yang memiliki pengaruh kuat terhadap kejadian MDR TB di RSUP Persahabatan tahun 2013 adalah faktor ketidakpatuhan minum obat, status gizi, riwayat kontak TB, Diabetes mellitus, umur, tingkat konsumsi alkohol (Fauziah, 2013).

RSUP Persahabatan merupakan Rumah Sakit Pusat Respirasi dan rujukan Nasional kasus MDR TB. Identifikasi terjadinya gagal pengobatan penting

dilakukan untuk mengetahui respon pengobatan dan memprediksi terjadinya penyebab gagalnya pengobatan. Upaya preventif dan promotif dari Pemerintah melalui Rumah Sakit Rujukan Paru Nasional telah diadakan rutin seperti penyuluhan – penyuluhan mengenai dampak dari MDR TB, bagaimana pencegahan, pengobatannya.

Terbentuknya komunitas PETA yaitu komunitas yang mendukung dalam pengobatan dan mengontrol pasien yang sedang dalam pengobatan serta yang mengontrol ialah pasien yang sudah dinyatakan sembuh. Salah satu upaya dan wujud kepedulian pemberantasan TB ialah membiasakan menggunakan masker terutama yang menderita batuk – batuk. Dimanapun terutama diruangan penyejuk udara (AC) wajib menggunakan masker. Upaya – upaya tersebut adalah untuk mewujudkan di tahun 2050 Indonesia bebas dari TB sehingga dapat meningkatkan produktivitas dan kemajuan Negara.

Berdasarkan dari fenomena yang terlihat dalam latar belakang, peneliti bermaksud ingin menganalisis serta mengetahui “hubungan motivasi, perilaku dan dukungan keluarga terhadap kejadian MDR TB di RSUP Persahabatan.”

B. Rumusan masalah

Poli paru MDR TB dan ruang perawatan MDR TB di RSUP Persahabatan pasien dengan kasus TB berulang dalam hal ini resisten terhadap pengobatan lini pertama. Ditemukan hampir setiap bulannya ada kasus baru maupun kasus lama, mulai dari penularan dari penderita MDR TB sendiri. Putus obat karena kurangnya motivasi selama pengobatan dikarenakan dalam pengobatan yang baru saja berjalan selama 2 bulan penderita sudah merasa sehat dan tidak mau melanjutkan pengobatan lagi, serta masih ada perilaku yang kurang baik selama pengobatan lini pertama dan kurangnya dukungan keluarga dalam peran pengobatan.

Berdasarkan uraian diatas peneliti dapat merumuskan masalah penelitian ini, dapat diajukan dalam pertanyaan mengenai hubungan motivasi, perilaku serta dukungan keluarga terhadap kejadian MDR TB di RSUP Persahabatan.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diketahui hubungan motivasi, perilaku dan dukungan keluarga terhadap kejadian MDR TB di RS Persahabatan.

2. Tujuan Khusus

- a) Diketahui distribusi karakteristik responden MDR TB meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan pasien yang menderita MDR TB.
- b) Diketahui gambaran motivasi pasien yang menderita MDR TB.
- c) Diketahui gambaran perilaku pasien yang menderita MDR TB.
- d) Diketahui gambaran dukungan keluarga terhadap pasien yang menderita MDR TB.
- e) Diketahui gambaran kejadian MDR TB baik kasus baru dan kasus lama atau berulang
- f) Dianalisa hubungan antara motivasi pasien yang menderita MDR TB terhadap kejadian MDR TB.
- g) Dianalisa hubungan antara perilaku pasien yang menderita MDR TB dengan kejadian MDR TB
- h) Dianalisa hubungan antara dukungan keluarga terhadap pasien yang menderita MDR TB dengan kejadian MDR TB

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pasien

- a) Hasil penelitian ini diharapkan agar pasien dengan MDR TB mampu mempertahankan perilaku yang patuh dalam pengobatan, kontrol tepat waktu dan memanfaatkan dukungan keluarga, petugas kesehatan dalam proses penyembuhan serta mempertahankan motivasi sehat yang ada dalam diri.
- b) Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengubah perilaku-perilaku yang tidak patuh dalam pengobatan menjadi perilaku yang patuh,

menambah pengetahuan pasien dari pencegahan terhadap penyakit lain dan tidak menularkan kepada anggota keluarga dan masyarakat sekitar.

2. Bagi Rumah Sakit Umum Persahabatan

- a) Dapat mengetahui hubungan motivasi, perilaku dan dukungan keluarga terhadap kejadian MDR TBdi RS Persahabatan.
- b) Dapat mengetahui angka peningkatan kejadian MDR TBdi RSUP Persahabatan.
- c) Sebagai bahan pertimbangan dan masukan serta pemantauan untuk memperhatikan penting mengurangi faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian MDR TBdi RSUP Persahabatan.
- d) Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai gambaran dalam pengobatan yang teratur di RSUP Persahabatan

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini sebagai bahan tambahan kepustakaan yang dapat menjadi suatu bahan bacaan bagi mahasiswa khususnya STIK Sint Carolus serta diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam pengembangan penelitian selanjutnya.

4. Bagi mahasiswa

- a) Menambah wawasan dan pengalaman mahasiswa mengenai hubungan motivasi, perilaku dan dukungan keluarga terhadap kejadian MDR TB di RSUP Persahabatan.
- b) Untuk proses pembelajaran yang bisa di kembangkan mengenai hubungan motivasi, perilaku dan dukungan keluarga terhadap kejadian MDR TB Di RS Persahabatan.
- c) Dapat menerapkan ilmu keperawatan dalam hal pemenuhan asuhan keperawatan dari hasil penelitian yang diperoleh dibangku kuliah dalam praktek kepada kondisi kerja yang sebenarnya.

E. Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui analisa mengenai hubungan beberapa faktor – faktor yang mempengaruhi kejadian MDR TB. Penelitian ini dilakukan kepada responden yang bersedia dan setuju secara sadar dengan menderita MDR TB di Poli Paru Khusus MDR TB yang bertempat di RSUP Persahabatan. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 2 januari sampai dengan 31 Januari 2019. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuisisioner yang telah diujikan terlebih dahulu untuk mendapatkan hasil yang lebih akurat. Penelitian ini dilakukan karena melihat fenomena – fenomena yang terjadi serta tingginya pravelensi angka kejadian Tuberculosis terutama MDR TB dari tahun ke tahun.

