

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Penyakit Tuberkulosis (TB) merupakan masalah kesehatan yang penting saat ini. WHO menyatakan bahwa sekitar sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi kuman Tuberkulosis. Diperkirakan setiap tahunnya akan ditemukan sekitar 8 juta penderita baru TB Paru dan setengah diantaranya adalah penderita TB Paru menular (dengan Bakteri Asam positif) (WHO), 2010).

Tuberkulosis merupakan masalah kesehatan global utama dengan tingkat kejadian 9 juta kasus per tahun di seluruh dunia dan kasus kematian hampir mencapai 2 juta manusia (Atif er al, 2012). Kejadian TB Paru mengalami peningkatan tiap tahun. Berdasarkan data dari WHO tahun 2013 terdapat sebanyak 9 juta penderita TB dan 1,5 juta orang meninggal akibat TB dan meningkat dari tahun sebelumnya yaitu 8,6 juta penderita (WHO, 2013).

Menurut Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI), pada tahun 2011 kasus TB baru terbanyak terjadi di Asia sekitar 60% dari kasus baru yang terjadi di seluruh dunia. Akan tetapi Afrika Sub Sahara memiliki jumlah terbanyak kasus baru perpopulasi dengan lebih dari 260 kasus per 100000 populasi pada tahun 2011(WHO,2013). Jumlah kasus TB terbanyak adalah region Asia Tenggara (35%), Afrika (30%), dan region Pasifik barat (20%). Berdasarkan data WHO pada tahun 2009, lima Negara dengan insiden kasus TB terbanyak yaitu, India

(1,6-2,4juta), China (1,1-1,5juta), Afrika selatan (0.4-0.59juta), Nigeria (0.37-0.55juta) dan Indonesia (0.35-0.52juta) (PDPI,2011).

Di Indonesia, diperkirakan prevalensi TB di Indonesia untuk semua tipe TB adalah 505.614 kasus per tahun, 244 per 10.000 penduduk dan 1.550 per hari. Insidensi penyakit TB 528.063 kasus per tahun, 228 kasus per 10.000 penduduk dan 1.447 per hari. Insidensi kasus baru 236.029 per tahun, 102 kasus per 10.000 penduduk, dan 647 per hari. Insidensi kasus TB yang mengakibatkan kematian 91.369 per tahun, 30 kasus per 10.000 penduduk, dan 250 per hari (DepKes, 2010). Untuk korban meninggal akibat TB di Indonesia, diperkirakan sebanyak 61.000 kematian tiap tahunnya (DepKes, 2011).

Berdasarkan Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2001 TBC menduduki rangking ketiga sebagai penyebab kematian (9,4% dari total kematian) setelah penyakit sistem sirkulasi dan system pernafasan. Diperkirakan setiap tahunnya terdapat 500.000 kasus TB dimana 200.000 penderita didapat sekitar puskesmas, 200.000 ditemukan pada pelayanan rumah sakit/klinik pemerintah. Jumlah kematian akibat TB paru diperkirakan 175.000 orang pertahun. Penderita TB paru di Indonesia sebagian besar terjadi pada kelompok usia produktif (Depkes,2012).

Meskipun memiliki beban penyakit TB yang tinggi, Indonesia merupakan negara pertama diantara *High burden countries* yang mampu mencapai target global TB untuk deteksi kasus dan keberhasilan pengobatan setelah menerapkan strategi Directly Observed Treatment Short-course (DOTS) (Kemenkes RI,2011). Istilah DOTS dapat diartikan pengawasan langsung menelan obat jangka pendek oleh Pengawas Minum Obat (PMO) selama 6 bulan. Pengobatan pada 6 bulan pertama disebut sebagai pengobatan tahap intensif yang digunakan untuk

memastikan kesembuhannya, namun pada beberapa keadaan dapat lebih lama. Dimana kondisi seorang penderita penyakit tuberkulosis dalam tahap ini sering berada dalam kondisi rentan dan lemah, baik fisik maupun mentalnya. Kelemahan itu dapat menyebabkan penderita tidak berobat, putus berobat, dan atau menghentikan pengobatan karena berbagai alasan (Ainur, 2008).

Strategi DOTS merupakan cara pengobatan jangka pendek yang standar bagi semua kasus TB dengan adanya pengawasan langsung pengobatan oleh Pengawas Menelan Obat (PMO), yang bertugas untuk mendampingi pasien dalam menjalani pengobatan sampai tuntas (Depkes,2011). Lima kunci utama dalam strategi DOTS yaitu: (1) Komitmen politis; (2) Penemuan kasus melalui pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya; (3) Pengobatan yang standar, dengan supervisi dan dukungan bagi pasien; (4) Pengawasan penderita minum obat; (5) Pencatatan dan pelaporan penderita dengan sistem kohort (WHO, 2006).

Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien, prioritas diberikan kepada pasien TB tipe menular. Strategi ini akan memutuskan penularan TB dan dengan demikian akan menurunkan insiden TB di masyarakat. Menemukan dan menyembuhkan pasien merupakan cara terbaik dalam upaya pencegahan penularan TB Paru. Dengan semakin berkembangnya tantangan yang dihadapi program di banyak negara, kemudian DOTS diperluas yaitu: (1) Mencapai, mengoptimalkan, dan mempertahankan mutu DOTS; (2) Merespon masalah TB-HIV, MDR-TB, dan tantangan lainnya; (3) Berkontribusi dalam penguatan sistem kesehatan; (4) Melibatkan semua pemberi pelayanan kesehatan; (5) Memberdayakan

pasien dan masyarakat; (6) Melaksanakan dan mengembangkan penelitian (Stranas, 2011).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Padang tahun 2013, penemuan kasus TB Paru di Kota Padang dilakukan melalui penjarangan penderita yang dicurigai atau suspek TB Paru yang berobat ke sarana kesehatan. Perkiraan penderita TB Paru BTA ( + ) tahun 2013 adalah 907 kasus. Sedangkan untuk kasus TB Paru kambuh ditemukan sebanyak 24 kasus turun dari tahun 2012 ( 18 kasus ) (DKK Padang, 2013).

Data dari Dinas Kesehatan Kota Padang tahun 2014 menunjukkan bahwa Puskesmas Andalas memiliki proporsi suspek TB Paru adalah 77,5%. Ini merupakan jumlah tertinggi di kota Padang. Sedangkan untuk angka kesembuhan hanya 80%. Angka ini masih kurang dari target yang diharapkan yaitu 85%. Data dari Dinas Kesehatan Kota Padang tahun 2014 didapatkan bahwa Puskesmas Andalas merupakan Puskesmas dengan penderita TB Paru tertinggi di kota Padang yaitu sebanyak 579 penderita. Angka ini terjadi peningkatan dari tahun 2013 yaitu sebanyak 553 penderita. Sedangkan untuk kasus penderita TB Paru terendah yaitu di Puskesmas Air Dingin sebanyak 35 kasus ( Dinas Kesehatan Kota Padang, 2014).

Kepatuhan minum obat merupakan hal paling penting dalam upaya penyembuhan penyakit. Faktor-faktor seperti pengetahuan, dukungan keluarga, motivasi minum obat dan KIE yang rendah memiliki pengaruh terhadap pengobatan TB Paru. Besarnya angka ketidakpatuhan berobat akan mengakibatkan tingginya angka kegagalan pengobatan penderita TB paru,

kejadian putus obat (*drop out*) dan menyebabkan makin banyak ditemukan penderita TB Paru dengan BTA yang resisten atau disebut juga dengan TB-MDR (Multi Drugs Resisten).

TB-MDR adalah resistennya kuman *Mycobacterium tuberculosis* terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang terdiri dari isoniazid dan rifampisin (Depkes, 2010). TB-MDR dapat berupa resistensi primer dan resistensi sekunder. Resistensi primer adalah resistensi yang terjadi pada pasien yang tidak pernah mendapatkan OAT sebelumnya, sedangkan resistensi sekunder adalah resistensi yang didapat selama terapi pada orang yang sebelumnya sensitive obat (Syharini, 2008).

TB-MDR merupakan masalah terbesar dalam pencegahan dan penanggulangan TB di dunia. TB-MDR merupakan suatu fenomena buatan manusia akibat pengobatan pasien yang tidak adekuat. Pengobatan yang tidak adekuat diakibatkan oleh prosedur, dosis, cara pemakaian yang tidak benar, kepatuhan dan ketidakteraturan pasien dalam minum obat, serta ketersediaan dan kualitas obat (Burhan, 2010). Berdasarkan laporan WHO 2011 telah terjadi kasus TB-MDR sebanyak 500.000 kasus dengan angka kematian sekitar 150.000 kasus dan baru sekitar 15% yang dapat ditemukan dan diobati, dan terjadi peningkatan bertahap 2% pertahun. Sedangkan angka drop out pengobatan TB Paru Indonesia mengalami peningkatan dari 4% menjadi 4,1% dari seluruh kasus TB Paru (Kemenkes, 2013). Munculnya kasus DO ini disebabkan oleh berbagai macam faktor seperti kurangnya pengetahuan pasien tentang pentingnya minum obat, efek samping

obat yang membuat penderita malas untuk minum obat (gangguan pencernaan, mual, nyeri, dan tubuh menjadi lemah), serta kurangnya dukungan keluarga. Tetapi yang paling banyak memainkan perannya adalah ketidakpatuhan penderita dalam menjalani pengobatan (Sukana dkk, 2003). Dari hasil penelitian Ahmad Sauki (2002) menunjukkan bahwa faktor pengetahuan, sikap, praktik penderita, PMO, dan tingkat pengetahuan mempunyai pengaruh dengan kejadian DO pengobatan TB Paru.

Sejalan dengan hal ini, pemerintah menetapkan strategi dalam upaya penanggulangan TB Paru meliputi : penanggulangan TB sesuai azas desentralisasi, advokasi dan pemberdayaan melalui Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan TB, penguatan mutu pelayanan, penguatan manajemen OAT melalui penyediaan dan distribusi OAT dan pengendalian mutu OAT, penguatan kemampuan diagnosis TB melalui pengembangan jaringan laboratorium, penguatan strategi Pengawas Minum Obat (PMO) melalui pembinaan PMO, pasien tidak dijauhkan dari keluarga, masyarakat, dan pekerjaannya, serta memperhatikan komitmen internasional yang termuat dalam Millennium Development Goals (MDGs) (Dirjen PPM & PL, 2002).

Kegagalan pengobatan sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Salah satunya peran dari PMO. PMO sangat penting untuk menjamin kesembuhan pengobatan TB dan mencegah resistensi serta keteraturan pengobatan. PMO akan mencegah drop out (putus berobat) dan lalai dengan melakukan pengawasan menelan obat pada penderita TB agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan, memberi dorongan kepada penderita agar mau berobat teratur,

mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak pada waktu-waktu yang telah ditentukan dan memberi penyuluhan pada anggota keluarga penderita TB yang mempunyai gejala-gejala tersangka penderita TB untuk segera memeriksakan diri ke unit pelayanan kesehatan dan DOTS melalui pengawasan langsung menelan obat oleh PMO (Depkes RI, 2005).

Penelitian yang dilakukan oleh Sukanto (2002) yang menggunakan 86 sampel dibagi menjadi 43 kasus dan 43 kontrol dimana hasilnya menunjukkan bahwa kinerja PMO yang kurang, 4 kali lebih besar untuk terjadi putus obat dibanding dengan kinerja PMO yang baik. Seperti halnya dengan penelitian Retno Gitawati dan Nani Sukasediati yang menggunakan sampel 260 kasus baru TB paru, sebanyak 60 kasus yang telah diintervensi oleh program DOTS yang mengikutsertakan PMO, sedangkan 200 kasus belum melibatkan peran PMO. Hasilnya menunjukkan bahwa parameter keberhasilan terapi (angka konversi, *drop out*, dan kesembuhan), terlihat lebih baik pada kasus-kasus yang diobati dengan strategi DOTS, dengan angka konversi 95%, kesembuhan 85,0% dan *drop out* yang relatif kecil, yakni 8,3%. Strategi pengobatan TB paruyang melibatkan PMO dalam program DOTS dapat meningkatkan keberhasilan pengobatan TB paru yang tercermin dari meningkatnya angka konversi dan angkakesembuhan serta menurunnya angka *drop out*.

Dari uraian di atas, jelaslah bahwa TB Paru adalah masalah kesehatan yang besar. Sebagian dari penderita TB Paru menular akan tetap menular karena tidak terobati dan sebagian lagi menjadi penular yang resisten karena pengobatan yang tidak adekuat. Hal ini turut berperan dalam penyebaran penyakit di masyarakat.

Berdasarkan hal di atas, peneliti melakukan penelitian tentang hubungan peran pengawas minum obat (PMO) dengan kepatuhan minum obat pada penderita TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Andalas Padang.

### **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “ Apakah ada hubungan peran pengawas minum obat dengan kepatuhan minum obat pada penderita Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang”.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan peran PMO dengan kepatuhan minum obat anti Tuberkulosis pada penderita TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Andalas.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui peran PMO terhadap pengobatan.
- b. Mengetahui tingkat kepatuhan minum obat pada penderita TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Andalas Padang.
- c. Mengetahui hubungan peran PMO dengan kepatuhan minum obat pada penderita TB Paru



#### D. Manfaat Penelitian

1. Memberikan sumbangan ilmiah bagi mahasiswa dan instansi pendidikan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas
2. Memberikan sumbangan pemikiran bagi kalangan medik dan instansi terkait khususnya di Puskesmas mengenai peran PMO tentang pengobatan TB dan kepatuhan penderita minum OAT
3. Bagi peneliti sendiri diharapkan dapat memperluas wawasan, menambah pengetahuan dan bahan masukan serta informasi untuk kepentingan pendidikan tentang hubungan antara peran pengawas minum obat (PMO) dengan kepatuhan minum obat pada penderita TB Paru.

