

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pneumonia adalah penyakit infeksi saluran napas bawah akut yang mengenai parenkim paru (alveoli) yang disebabkan oleh mikroorganisme, yaitu bakteri, virus, jamur dan parasit kecuali, infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* tidak termasuk kedalam pneumonia.¹ Infeksi saluran napas bawah masih tetap merupakan masalah utama dalam bidang kesehatan, baik di negara yang berkembang maupun negara yang sudah maju.² Laporan WHO (World Health Organization) 2014 menyebutkan bahwa infeksi saluran napas bawah terutama pneumonia menduduki peringkat keempat sebagai penyebab kematian tertinggi di dunia dan sekaligus penyebab utama kematian dari golongan penyakit infeksi.^{2,3}

Pneumonia ditentukan berdasarkan tempat terjadinya proses infeksi menjadi *Community Acquired Pneumonia* (CAP) dan *Hospital Acquired Pneumonia* (HAP). CAP sendiri merupakan pneumonia yang terjadi diluar ruang lingkup fasilitas kesehatan, sedangkan HAP yang terjadi setelah seseorang masuk rumah sakit lebih dari 48 jam atau lebih dan tidak termasuk infeksi yang masih dalam masa inkubasi saat penderita masuk rumah sakit. Laporan HAP tahun 2009-2012 yang dikeluarkan oleh *the oregon health authority* (2013) menyebutkan infeksi nosokomial dapat menyebabkan meningkatnya angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas) di rumah sakit.^{4,5,6}

Pneumonia merupakan kasus yang serius di dunia karena jumlah yang cukup banyak. Kurang lebih 15-20% penduduk dunia menderita pneumonia.⁷ Kasus HAP terjadi pada 5-10 kasus per 1.000 pasien yang masuk ke rumah sakit dan menjadi lebih tinggi pada pasien yang memakai alat bantu napas mekanis. Angka kematian pada HAP mencapai 20-50% dan akan semakin meningkat pada pasien yang mengalami bakteremia atau ditemukan mikroorganisme *Pseudomonas aeruginosa*.¹ Hal ini akan meningkatkan 2-3 kali lama rawatan pasien di rumah sakit yang berakibat menambah biaya perawatan.²

Di Amerika Serikat pneumonia menduduki peringkat keenam sebagai penyebab kematian dan merupakan infeksi yang tersering berhubungan dengan

mortalitas.^{8,9} Hasil penelitian yang dilakukan Russel (2016) menggunakan desain studi kohort dalam jangka waktu 13 bulan jumlah pasien yang terdaftar 13,096. terdapat 1.745 pasien dewasa yang dirawat lebih dari 48 jam (13,3%). Diantaranya terdapat 166 pasien yang dirawat dengan diagnosis HAP (9,52%) mayoritas pasien berusia lebih dari 75 tahun (62,7%) dan berjenis kelamin laki-laki (59,6%).¹⁰

Prevalensi kejadian pneumonia di Indonesia adalah sebesar 4,5% pada tahun 2013. Selain itu, pneumonia di Indonesia termasuk dalam 10 besar penyakit rawat inap di rumah sakit, yaitu dengan jumlah kasus 53,95% laki-laki dan 46,05% perempuan. Pneumonia memiliki angka kematian tertinggi dibanding dengan penyakit lainnya sebesar 7,6%.^{11,1} Populasi yang rentan terkena pneumonia adalah anak-anak yang berusia kurang dari 2 tahun dengan angka kematian balita sebesar 922.000 akibat pneumonia, usia lanjut lebih dari 65 tahun, dan orang yang memiliki penyakit komorbid lainnya.¹² Menurut WHO (2014), populasi masyarakat dunia yang berusia 60 tahun atau lebih telah meningkat dua kali lipat sejak tahun 1980 dan akan mencapai 2 juta pada tahun 2050. Namun, di Indonesia, belum banyak publikasi penelitian kasus mengenai epidemiologi pneumonia nosokomial.

Hospital Acquired Pneumonia akan meningkatkan 2-3 kali apabila terdapat faktor risiko, yaitu faktor eksogen dan faktor endogen. Faktor endogen meliputi turunnya imunitas, penyakit kronik seperti penyakit jantung, PPOK, diabetes mellitus, usia dan intubasi endotrakeal. Faktor eksogen meliputi pembedahan, seperti torakotomi, penggunaan antibiotik, peralatan terapi pernapasan dan lingkungan rumah sakit.^{2,13} Data yang didapatkan dari penelitian luar negeri menyebutkan bahwa penyebab terbanyak pneumonia nosokomial adalah bakteri gram negatif, kuman bukan *Multi Drug Resisten* (MDR), seperti *Streptococcus pneumonia*, *Haemophilus influenza* (*H. influenza*), *Methicilin Sensitive Staphylococcus Aureus* (MSSA) dan kuman MDR seperti *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli* (*E. coli*), *Klebsiela pneumonia*, *Acinetobacter spp* dan bakteri Gram positif Seperti *Methicilin Resistance Staphylococcus Aureus* (MRSA).¹⁴

Hospital Acquired Pneumonia membutuhkan pengobatan yang adekuat, dikarenakan angka morbiditas dan mortalitas yang cukup tinggi. Pengobatan awal pneumonia didasari dengan pengobatan empiris. Setelah diagnosis pneumonia nosokomial ditegakkan harus segera diberikan antibiotik, setelah sebelumnya diambil spesimen untuk dilakukan pemeriksaan mikrobiologi. Pemilihan antibiotik untuk pengobatan pneumonia seharusnya didasarkan pada mikroorganisme penyebab, resistensi, penyakit penyerta, onset dan alergi.⁹ Pada pneumonia nosokomial onset awal, cephalosporin generasi ketiga (ceftriaxone atau cefotaxime), beta-lactam/kombinasi inhibitor beta-lactamase (amoxicillin/asam clavulanic atau ampicilin/sulbactam) dan ertapenem direkomendasikan pada monoterapi. Pasien yang memiliki alergi pada beta-lactam direkomendasikan untuk menggunakan monobactam ditambah clindamycin atau fluorokuinolon. Pada pengobatan pneumonia nosokomial onset lanjut direkomendasikan menggunakan cefalosporin generasi ketiga atau keempat (*ceftazidime* atau *cefepime*), *Carbapenem* (*imipenem* atau *meropenem*) atau *piperacilin* atau *tazobactam* dikombinasikan dengan fluorokuinolon atau aminoglikosida dengan atau tanpa glikopeptida (*vancomycin* atau *teicoplanin*) atau *linezolid*.¹⁵

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk mengetahui Karakteristik Pasien *Hospital Acquired Pneumonia* di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2015 - 2016.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan di atas, maka yang menjadi permasalahan adalah bagaimana karakteristik pasien *Hospital Acquired Pneumonia* di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2015-2016

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana karakteristik pasien *Hospital Acquired Pneumonia* di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2015 - 2016.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui distribusi frekuensi pasien HAP RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2015 – 2016 berdasarkan usia
2. Mengetahui distribusi frekuensi pasien HAP RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2015 - 2016 berdasarkan jenis kelamin
3. Mengetahui jenis penyakit komorbid pada pasien HAP RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2015 - 2016
4. Mengetahui rata-rata lama rawatan pada HAP RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2015 - 2016
5. Mengetahui pola kuman dari hasil kultur pada pasien HAP RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2015 - 2016
6. Mengetahui hasil uji sensitifitas terhadap kuman penyebab HAP RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2015 - 2016
7. Mengetahui gambaran antibiotik empiris yang dipakai pada HAP dan kesesuaian dengan hasil uji sensitifitas dari setiap hasil kultur di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2015 - 2016.

1.4 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat yang dapat diperoleh dari penulisan ini adalah:

1. Bagi peneliti
Menambah pengetahuan dalam penulisan karya ilmiah serta pemenuhan persyaratan sarjana kedokteran.
2. Bagi institusi
Identifikasi terhadap faktor risiko terjadinya HAP dapat menjadi pertimbangan untuk memperkirakan munculnya HAP pada pasien yang menjalani rawat inap, sehingga dapat dilakukan upaya pencegahan.
3. Bagi peneliti selanjutnya
Sebagai dasar penelitian lebih lanjut terutama yang berkaitan dengan HAP.