

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pneumonia adalah penyakit infeksi saluran nafas bawah akut pada parenkim paru. Pneumonia disebabkan infeksi oleh mikroorganismenya seperti bakteri, virus, jamur, dan parasit. Infeksi paru yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* tidak termasuk dalam pneumonia.¹ Pneumonia merupakan masalah kesehatan di dunia karena angka kematiannya yang tinggi. Penyakit ini terjadi 5 kali lebih besar di negara berkembang dibanding negara maju.² Angka kematian akibat pneumonia tinggi pada anak usia dibawah 5 tahun terutama di Negara Sub Saharan Afrika dan Asia Tenggara.³

Community – Acquired Pneumonia (CAP) atau pneumonia komunitas merupakan pneumonia yang didapat di luar ruang lingkup fasilitas kesehatan.⁴ Pneumonia komunitas merupakan salah satu penyebab terpenting terjadinya morbiditas dan merupakan penyebab utama terjadinya kematian akibat penyakit infeksi.⁵ Angka kejadian pneumonia komunitas rendah pada usia 18-24 tahun namun insidensinya meningkat pada usia kurang 5 tahun dan lebih 65 tahun.⁶

Pneumonia merupakan salah satu penyebab utama terjadinya kematian di seluruh dunia. Kasus infeksi saluran pernafasan bawah akut terjadi sekitar 120- 156 juta per tahun, dan 1.4 juta kasus mengakibatkan kematian.⁷ Angka mortalitas pada kasus pneumonia komunitas sekitar 5% - 20% dan angka ini dapat meningkat sampai lebih 50% pada pasien rawat inap di *Intensive Care Unit* (ICU).² Angka kejadian pneumonia komunitas meningkat seiring bertambahnya usia, dan lebih dari 90% kematian akibat

pneumonia terjadi pada pasien dengan umur lebih 70 tahun. Pada pasien muda angka mortalitas dipengaruhi oleh tingkat keparahan infeksi.⁸

Di Indonesia, prevalensi kejadian pneumonia pada tahun 2013 sebesar 4,5%. Terdapat 5 provinsi yang memiliki prevalensi pneumonia tertinggi untuk semua umur yaitu di Nusa Tenggara Timur (10.3%), Papua (8.2%), Sulawesi Tengah (5.7%), Sulawesi Barat (6.1%), dan Sulawesi Selatan (4.8%).⁹ Selain itu, pneumonia merupakan salah satu dari 10 besar penyakit rawat inap di rumah sakit, dengan proporsi kasus 53,95% laki-laki dan 46,05% perempuan. Pneumonia memiliki tingkat *Case Fatality Rate* (CFR) yang tinggi, yaitu sekitar 7,6%.¹

Di Sumatera Barat, pneumonia ditemukan dengan prevalensi sebanyak 3,1% pada tahun 2013.⁹ Jumlah kunjungan pengobatan pneumonia di Kota Padang mengalami kenaikan dari tahun 2008 hingga 2013, dengan 5878 kasus pada 2008 dan 8970 kasus pada 2013.¹⁰ Prevalensi pasien pneumonia komunitas di rawat inap Rumah Sakit Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2012 adalah 16,6%, sedangkan pada pasien rawat jalan 1,3%.¹

Berdasarkan studi yang dilakukan di beberapa buah negara menunjukkan *Streptococcus pneumoniae* dan *Haemophilus influenzae* kemudian diikuti oleh *Staphylococcus aureus* sebagai agen penyebab utama pada pneumonia komunitas.¹¹ Di Indonesia, penyebab terbanyak pneumonia komunitas di ruang rawat inap dari spesimen sputum adalah kuman *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*. Hal ini menunjukkan, telah terjadi perubahan pola kuman di Indonesia dalam 10 tahun terakhir sehingga perlu penelitian yang lebih lanjut.¹

Pengobatan awal untuk pneumonia didasari dengan pengobatan empiris sebelum penyebab pasti diketahui dari hasil pemeriksaan laboratorium. Pemilihan antibiotik terapi empiris pada pasien pneumonia komunitas adalah berdasarkan data epidemiologi pola kuman penyebab pneumonia komunitas dan pola resistensi bakteri yang tersedia di komunitas atau di rumah sakit setempat.¹¹ Beberapa *evidence-based-guidelines* mengenai pemilihan terapi empiris untuk manajemen pneumonia komunitas yang digunakan secara luas adalah pedoman dari *America Thoracic Society (ATS)* atau *Infection Society of America (IDSA)*.¹² Pemberian antibiotik pada pasien gawat darurat harus segera dilakukan. Apabila penundaan dalam pemberian antibiotik lebih dari 4 jam dapat meningkatkan angka mortalitas.¹

Pemilihan antibiotik berbeda berdasarkan jenis rawatan (rawat jalan, rawat inap, dan rawat intensif). Di Indonesia sendiri antibiotik yang sering digunakan adalah dari golongan makrolid, β laktam, dan flurokuinolon respirasi. Pemakaian antibiotik ini didasari karena pola kuman yang tersering ditemukan di Indonesia.¹ Namun, pada beberapa kasus, dapat terjadi penggunaan antibiotik secara berlebihan atau tidak tepat. Hal ini, bukan saja dapat menurunkan potensi dari antibiotik tersebut malah dapat meningkatkan biaya pengobatan serta dapat meningkatkan efek samping hasil dari penggunaan antibiotik tersebut.¹³

Pneumonia komunitas masih menjadi salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas karena kesulitan dalam mendiagnosa penyebab pasti kasus tersebut dan dalam menentukan pengobatan yang tepat pada pasien pneumonia komunitas.¹² Penggunaan antibiotik yang tidak sesuai terhadap agen etiologi pada penderita

pneumonia komunitas dapat mengakibatkan masalah seperti *multidrug-resistance*. Contoh, pada patogen *Streptococcus pneumoniae* dan *Haemophilus influenza* yang merupakan penyebab utama pneumonia komunitas menunjukkan resistan terhadap Penisilin, Makrolid, Kloramfenikol dan Kotrimoksazol. Strain bakteri yang resisten ini dapat berkembang biak dan menyebar dengan cepat dalam kalangan masyarakat.¹¹ Oleh hal yang demikian, suatu pengetahuan yang jelas tentang pola penyebab pneumonia komunitas dan sensitivitasnya terhadap antibiotik perlu diketahui untuk mendapatkan pengobatan yang optimal.¹⁴

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik ingin mengetahui pola kuman dan sensitivitasnya terhadap antibiotik pada kasus pneumonia komunitas yang dirawat di RSUP Dr. M. Djamil. Selain itu, penulis juga ingin melihat gambaran kesesuaian penggunaan antibiotik terapi empiris yang diberikan pada pasien saat masuk ke rumah sakit dengan hasil kulturnya sebagai satu upaya untuk mengoptimalkan penggunaan antibiotik.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pola kuman dan sensitivitasnya terhadap antibiotik pada kasus pneumonia komunitas yang dirawat di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2016.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Untuk mengetahui pola kuman dan sensitivitasnya terhadap antibiotik pada kasus pneumonia komunitas yang dirawat di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2016.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui karakteristik pasien pneumonia komunitas di RSUP Dr. M. Djamil Padang
2. Untuk mengetahui distribusi pola kuman penyebab pneumonia komunitas berdasarkan hasil kultur yang dilakukan pada pasien pneumonia komunitas di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
3. Untuk mengetahui sensitivitas kuman terhadap antibiotik berdasarkan hasil uji sensitivitas kuman pada pasien pneumonia komunitas di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
4. Untuk mengetahui gambaran antibiotik empiris yang dipakai pada pneumonia komunitas dan kesesuaian dengan hasil uji sensitivitas dari setiap hasil kultur di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Memberikan informasi tentang gambaran pola kuman dan hasil uji sensitivitasnya terhadap antibiotik pada kasus pneumonia komunitas sehingga dapat menambah wawasan tentang pola kuman dan sensitivitasnya terhadap antibiotik pada kasus pneumonia komunitas yang dirawat di RSUP Dr. M. Djamil.

2. Bidang Klinisi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai informasi terkait pola kuman dan uji sensitivitasnya terhadap antibiotik pada kasus pneumonia komunitas di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Penelitian ini juga dapat menjadi

bahan masukan dan pertimbangan dalam pemilihan dan penentuan kebijakan dalam penggunaan antibiotik.

3. Bagi Peneliti

Menambah pengalaman bagi peneliti dalam melakukan dalam penelitian dan dapat menambah wawasan serta pengetahuan peneliti mengenai pola kuman dan sensitivitasnya terhadap antibiotik pada kasus pneumonia komunitas.

