

BAB I

PENDAHULUAN

Autoimun adalah respon imun terhadap antigen jaringan tubuh sendiri yang disebabkan oleh mekanisme normal yang gagal berperan dalam mempertahankan *self-tolerance* sel B, sel T atau keduanya. Penyakit autoimun adalah penyakit yang menyebabkan kerusakan jaringan atau gangguan fungsi fisiologis akibat respon autoimun (Sekar, 2011).

Arthritis adalah istilah umum untuk peradangan (inflamasi) dan pembengkakan di daerah persendian. Terdapat lebih dari 100 macam penyakit yang mempengaruhi daerah sekitar sendi seperti penyakit osteoarthritis (OA), arthritis gout (pirai), *Rheumatoid arthritis* (RA), dan fibromialgia. Gejala klinis yang sering adalah rasa sakit, ngilu, kaku, atau bengkak di sekitar sendi. *Rheumatoid arthritis* (RA) merupakan penyakit autoimun, dimana pelapis sendi mengalami peradangan sebagai bagian dari aktivitas sistem imun tubuh. *Rheumatoid arthritis* adalah tipe arthritis yang paling parah dan dapat menyebabkan cacat, kebanyakan menyerang perempuan hingga tiga sampai empat kali daripada laki-laki (Depkes RI, 2016).

Rheumatoid arthritis merupakan suatu penyakit autoimun yang ditandai dengan terdapatnya sinovitis erosif simetrik yang walaupun terutama mengenai jaringan persendian, seringkali juga melibatkan organ tubuh lainnya. Sebagian besar penderita mengeluh nyeri yang kronik dan hilang timbul, yang jika tidak segera diobati maka akan menyebabkan kerusakan jaringan, deformitas sendi atau bahkan berujung kematian. Angka kejadian *rheumatoid arthritis* yang selalu

meningkat khususnya pada lansia, terjadi hampir di seluruh wilayah di Indonesia. Salah satu sebab tingginya angka kejadian *rheumatoid arthritis* tersebut adalah rendahnya pengetahuan lansia tentang *rheumatoid arthritis* dan kurangnya pengetahuan teerkait upaya penatalaksanaannya (Nugroho, 2014).

Dengan meningkatnya jumlah penduduk usia lanjut maka muncul berbagai penyakit kronis pada lansia. Salah satu diantaranya adalah *rheumatoid arthritis*. Penderita *rheumatoid arthritis* di seluruh dunia mencapai angka 355 juta jiwa di tahun 2009, artinya 1 dari 6 orang di dunia ini menderita *rheumatoid arthritis*. *Rheumatoid arthritis* telah berkembang dan menyerang 2,5 juta warga Eropa (Breedveld, 2003). Menurut Perhimpunan Reumatologi Indonesia (2014) prevalensi dan insiden penyakit ini bervariasi antara populasi satu dengan lainnya, di Amerika Serikat dan beberapa daerah di Eropa prevalensi *rheumatoid arthritis* sekitar 1% pada kaukasia dewasa; Perancis sekitar 0,3%, Inggris dan Finlandia sekitar 0,8% dan Amerika Serikat 1,1% sedangkan di Cina sekitar 0,28%. Jepang sekitar 1,7% dan India 0,75%. Insiden di Amerika dan Eropa Utara mencapai 20-50/100000 dan Eropa Selatan hanya 9-24/1000003. Di Indonesia dari hasil survey epidemiologi di Bandung Jawa Tengah didapatkan prevalensi *rheumatoid arthritis* 0,3%, sedang di Malang pada penduduk berusia diatas 40 tahun didapatkan prevalensi *rheumatoid arthritis* 0,5% di daerah Kotamadya dan 0,6% di daerah Kabupaten. Di Poliklinik Reumatologi RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta, pada tahun 2000 kasus baru *rheumatoid arthritis* merupakan 4,1% dari seluruh kasus baru. Di poliklinik reumatologi RS Hasan Sadikin didapatkan 9% dari seluruh kasus reumatik baru pada tahun 2000-2002. Menurut hasil penelitian yang

dilakukan oleh Nainggolan (2009), jumlah penderita *rheumatoid arthritis* di Indonesia tahun 2009 adalah 23,6% sampai 31,3%. Menurut penelitian Rahmadani (2016), diperoleh hasil persentase pasien dengan usia < 65 tahun merupakan pasien yang paling banyak dalam penelitian ini yaitu berjumlah 25 pasien (83,3%). Sedangkan pasien dengan usia ≥ 65 tahun hanya berjumlah 5 pasien (16,7%). Berdasarkan usia, prevalensi *rheumatoid arthritis* terjadi pada orang-orang usia di bawah 60 tahun.

Rheumatoid arthritis merupakan penyakit autoimun yang memerlukan pengobatan dan kontrol jangka panjang. Dalam 15 tahun terakhir telah banyak dijumpai perkembangan dalam pengelolaan penyakit ini sehingga kualitas dan harapan hidup pasien *rheumatoid arthritis* bertambah baik. Pemahaman bahwa *rheumatoid arthritis* berkaitan dengan komorbiditas lain dan mortalitas dini membuat penatalaksanaan *rheumatoid arthritis* harus agresif dan sedini mungkin sehingga akan meningkatkan hasil jangka pendek dan panjang yang lebih baik. (Perhimpunan Reumatologi Indonesia, 2014).

Penanganan penderita rematik difokuskan pada cara mengontrol rasa sakit, mengurangi kerusakan sendi, dan meningkatkan atau mempertahankan fungsi dan kualitas sendi. Menurut *American College Rheumatology*, penanganan untuk rematik dapat meliputi terapi farmakologi (obat-obatan), sedangkan non-farmakologi dapat dilakukan seperti senam rematik (Purwoastuti, 2009).

Pengobatan *rheumatoid arthritis* merupakan pengobatan jangka panjang sehingga pola pengobatan yang tepat dan terkontrol sangat dibutuhkan. Melalui pengukuran kualitas hidup dapat diketahui pola pengobatan yang efektif dalam

meningkatkan kualitas hidup pasien (Chen *et al.*, 2005). Pengobatan *rheumatoid arthritis* bertujuan tidak hanya mengontrol gejala penyakit, tetapi juga penekanan aktivitas penyakit untuk mencegah kerusakan permanen. Pengobatan harus multi disipliner yang melibatkan dokter, fisioterapi, pasien dan anggota lainnya (Rahmadani *et al.*, 2016).

Menurut penelitian kepatuhan penggunaan obat pasien *rheumatoid arthritis* dengan menggunakan kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8), tidak ada persentase pasien dengan kepatuhan tinggi, (90,78%) pasien memiliki kepatuhan yang rendah dan (9,2%) pasien memiliki kepatuhan sedang. Lebih dari (57,1%) pasien lupa meminum obat, (66,4%) pasien salah menginterpretasikan dosis yang harus digunakan, (70%) pasien lupa membawa obat saat bepergian keluar rumah, dan (95%) pasien yang merasa tidak nyaman menggunakan obat terus menerus (Gadallah *et al.*, 2015).

Kurangnya tingkat pengetahuan pasien terhadap penyakit yang dideritanya serta terapi yang dijalani mengakibatkan ketidakpahaman pasien terhadap terapi yang dijalani sehingga menyebabkan ketidakpatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat yang diberikan. Semakin patuh dalam pengobatan maka akan meningkatkan kualitas hidup pasien dan sebaliknya, kurang patuhnya pasien dalam pengobatan maka akan menurunkan kualitas hidup pasien. Menurut penelitian Rahmadani (2016), tingkat pengetahuan pasien *rheumatoid arthritis* masih rendah, dari 25 pasien, sebanyak 6 pasien (20%), pasien dengan tingkat pengetahuan sedang sebanyak 11 pasien (36,67%), dan jumlah pasien dengan tingkat pengetahuan tinggi sebanyak 13 pasien (43,33%). Rata-rata pasien dalam penelitian memiliki tingkat

pengetahuan yang sedang. Hal ini dimungkinkan karena pasien dalam penelitian memiliki tingkat pendidikan yang masih rendah dimana karakteristik pendidikan yang terbanyak pada pasien yaitu dari SMP sebanyak 12 pasien (40%).

Morisky Medication Adherence Scale 8 (MMAS-8) adalah modifikasi dari kuesioner *MMAS-4*, yang berisikan pertanyaan dengan jawaban ya/tidak. Masing-masing pertanyaan bertujuan untuk mengetahui kebiasaan pasien terhadap penggunaan obat secara spesifik. *MMAS-8* memiliki kelebihan dibandingkan dengan instrument lainnya karena dapat digunakan secara luas pada berbagai jenis penyakit dan populasi, serta berisikan pertanyaan yang mudah untuk dipahami oleh pasien (Xi Tan, 2014). Menurut Lam & Fresco (2015) *MMAS-4* hanya berisikan pertanyaan dengan jawaban ya/tidak sehingga tidak mengidentifikasi alasan pasien tidak patuh terhadap penggunaan obatnya secara mendalam, sedangkan *MMAS-8* memiliki pertanyaan dengan pendekatan pada faktor ketidakpatuhan pasien yang lebih baik.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait dengan kepatuhan penggunaan obat pada pasien *rheumatoid arthritis* di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang dengan tujuan untuk mengetahui karakteristik sosiodemografi pasien dan hubungannya dengan tingkat kepatuhan pasien serta mengetahui tingkat kepatuhan penggunaan obat pada pasien *rheumatoid arthritis* di poliklinik khusus Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang.