

BAB 1 : PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* merupakan penyakit infeksi menular yang telah menjadi masalah global sejak tahun 1993.⁽¹⁾ Kasus TB di seluruh dunia dilaporkan bahwa 90% terdapat pada kelompok usia produktif (> 15 tahun) yaitu diantaranya 56% adalah pria dan 34% adalah wanita. Sedangkan, sisanya (10%) terdapat pada kelompok usia anak. Orang yang hidup dengan HIV menyumbang 1,2 juta (11%) dari semua kasus TB baru.⁽²⁻⁴⁾

Jumlah kasus baru TB didunia cenderung meningkat. Pada tahun 2009 – 2012, jumlah kasus baru TB hanya sebesar 5,7 – 5,8 juta kasus baru. Menurut *Global Report Tuberculosis 2016*, pada tahun 2015 diperkirakan masih terdapat 6,1 juta kasus baru TB.⁽²⁾ Sedangkan, pada tahun 2016 dan 2017 terdapat jumlah kasus baru yaitu masing – masing sebesar 6,3 dan 6,4 juta kasus baru. Peningkatan ini disebabkan oleh meningkatnya pelaporan kasus yang terdeteksi oleh sektor swasta di India dan Indonesia.⁽²⁻⁴⁾

Indonesia merupakan salah satu negara dengan jumlah kasus baru TB terbesar di dunia dengan menduduki peringkat ke 2 dari 30 negara setelah India yang mempunyai beban tinggi untuk TB pada tahun 2017. Indonesia memberikan kontribusi sebesar 8% dari jumlah seluruh kasus TB di dunia.⁽⁴⁾ Perkiraan jumlah kasus baru TB tahunan semua tipe di Indonesia mencapai 1.020.000 kasus dengan *incidence rate* yaitu sebesar 391 kasus per 100.000 penduduk pada tahun 2017.⁽⁵⁾

Banyak cara yang dilakukan Indonesia untuk pengendalian penyakit yang menyebabkan kecacatan dan kematian ini. Pengendalian TB di Indonesia telah

dilakukan sejak masa pra-kemerdekaan yaitu dengan dilaksanakannya program TB oleh pihak swasta pada zaman pemerintahan Belanda tahun 1908. Upaya penanganan penyakit menular ini pada tahun 1933 mulai diterapkan untuk masyarakat umum dengan adanya biro – biro konsultasi dengan prinsip pengobatan sanatorium. Sedangkan pada masa zaman kedudukan Jepang (1942), hanya usaha kuratif (pengobatan) yang dilakukan untuk pengendalian penyakit TB sedangkan usaha preventif (pencegahan) tidak diterapkan. Vaksinasi BCG yang didahului test Mantoux mulai dilakukan di Indonesia pada tahun 1952. Pada tahun 1969, program pengendalian TB nasional secara baku dimulai diterapkan. Tiga tahun kemudian (1972), penanganan TB yang awalnya berbasis hospitalisasi, kemudian diagnosis dan pelayanan TB mulai diterapkan di fasilitas kesehatan primer yaitu Puskesmas. Pada tahun 1993, dilakukannya ujicoba strategi DOTS di Indonesia oleh *the Royal Netherlands TB Association (KNCV)*. Uji coba implementasi DOTS ini dilakukan di 2 provinsi yaitu Provinsi Jambi dan Jawa Timur. Setelah uji coba yang dilakukan tersebut dinyatakan berhasil, Kementerian Kesehatan pada tahun 1995 menetapkan strategi DOTS dapat diterapkan secara nasional. ^(6, 7)

Directly Observed Treatment Short-course (DOTS) merupakan salah satu upaya pengendalian Tuberkulosis yang dikembangkan oleh WHO dan IUALTD pada tahun 1990-an. DOTS dilakukan secara rutin dan tidak terputus. Upaya pengobatan TB apabila terputus dan tidak sesuai standar DOTS berakibat pada munculnya kasus resistensi ganda terhadap obat anti TB (OAT) yaitu rifampisin dan isoniazid. Hal ini mengakibatkan munculnya permasalahan baru yang berkaitan dengan TB yaitu kekebalan ganda kuman TB terhadap obat anti TB atau disebut dengan *Multi Drug Resistant Tuberculosis (MDR-TB)*.⁽⁸⁾

Jumlah kasus TB MDR secara global dilaporkan yaitu sebesar 480.000 kasus baru pada tahun 2015 terjadi peningkatan pada tahun 2016 yaitu sebesar 490.000 kasus baru. Sedangkan, diperkirakan jumlah kematian yang disebabkan oleh TB MDR pada tahun 2015 dan 2016 yaitu masing – masing sebesar 250.00 dan 240.000 kasus. Diperkirakan terdapat 350.000 (330.000-370.000) kasus TB MDR adalah pasien TB.^(2, 3, 9)

Menurut WHO, *incidence* TB MDR di Asia Tenggara pada tahun 2015 dan 2016 mengalami peningkatan. Berdasarkan *Global Report Tuberculosis 2016* disebutkan bahwa 200 merupakan *incidence* TB MDR di Asia Tenggara pada tahun 2015. Sedangkan pada tahun 2016 terdapat 214 *incidence* TB MDR di Asia Tenggara. Selain itu, WHO melaporkan juga dalam *Global Record Tuberculosis 2018* bahwa jumlah kasus TB MDR yang teridentifikasi pada tahun 2017 yaitu sebesar 51.788 kasus.⁽²⁻⁴⁾

Indonesia merupakan salah satu negara yang mempunyai beban tinggi untuk TB MDR, terbukti dengan menduduki peringkat ke 10. Kasus TB MDR di Indonesia pada tahun 2015 yaitu terdapat 15.380 kasus terduga, 1.860 kasus terkonfirmasi dan 1.566 kasus yang diobati. Menurut Kemenkes RI 2015, terjadi peningkatan penemuan data kasus TB MDR dari tahun 2013 hingga 2015 yaitu masing – masing sebesar 3.833, 9.399 dan 15.380 kasus. Angka tersebut merujuk pada perkiraan angka TB MDR sebesar 2% dari kasus TB baru dan 20% dari kasus pengobatan ulang.^(2, 3, 10, 11)

Berdasarkan Laporan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, angka insidensi semua tipe kasus TB pada tahun 2017 yaitu sebesar 131.65 per 100.000 penduduk atau sekitar 6.852 kasus semua jenis tipe TB. Insidensi kasus baru TB BTA Positif sebesar 4.597 per 100.000 penduduk atau sekitar 5.258 kasus baru TB

Paru BTA Positif. Sedangkan jumlah kasus TB MDR berdasarkan Rumah Sakit di Provinsi Sumatera Barat menurut Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat yaitu sebesar 79 kasus. Jumlah kasus TB MDR yang tertinggi berasal dari RS Paru Sumbar yaitu sebesar 45 kasus dan selanjutnya yaitu RSUD Dr Achmad Mochtar sebesar 23 kasus. ⁽¹²⁾ Pada tahun 2016, Surya Kemala telah melakukan penelitian di RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi bahwa menunjukkan 56.8% pasien TB MDR adalah laki-laki, didominasi kelompok usia 26-44 tahun 50%. Pasien TB MDR didominasi yang berdomisili dari daerah Kabupaten Padang Pariaman, Kabupaten Agam dan Kota Padang yaitu masing – masing sebanyak 10, 7 dan 5 orang. ⁽⁶⁾

Menurut Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kota Padang, cakupan angka kesembuhan TB di Kota Padang mengalami penurunan pada tahun 2016 – 2017 yaitu masing – masing sebesar 81,9% dan 77,5%. Menurunnya cakupan angka kesembuhan TB di Kota Padang sehingga menimbulkan masalah baru yaitu adanya kasus TB MDR. Jumlah kasus TB MDR di Kota Padang mengalami peningkatan dari tahun 2016 – 2017 yaitu masing – masing sebesar 9 dan 13 kasus. ^(13, 14) Pengobatan OAT yang tidak adekuat dapat menimbulkan keadaan resisten terhadap obat (TB MDR). ⁽⁹⁾

Pengobatan pada pasien TB MDR lebih sulit, lebih mahal dan lebih rumit daripada pengobatan pada pasien TB yang belum resistensi terhadap obat anti tuberkulosis. Butuh waktu yang lebih lama untuk pengobatan pasien TB dengan TB MDR daripada pengobatan pasien TB bukan TB MDR, yaitu sekitar 18 – 24 bulan. Tahapan pengobatan TB MDR terdiri dari tahap awal dan tahap lanjutan. Pada tahap awal bertujuan untuk mencegah terjadinya resisten obat. Pasien diberikan obat setiap hari secara tepat dan teratur. Apabila pengobatan tahap awal dilakukan maka dalam kurun waktu 2 minggu pasien tidak menularkan kuman TB MDR. Sedangkan, pada

tahap lanjutan bertujuan untuk mencegah terjadinya kekambuhan dan jangka waktunya lebih lama. ^(8, 15, 16)

Penyakit menular ini masih berpeluang untuk disembuhkan, jika pasien melakukan pengobatan secara teratur selama 6 bulan. Obat yang diminum perlu adanya pengawasan dan dukungan dari anggota keluarga. Apabila pengobatan tidak dilakukan dengan baik selama 6 bulan, maka suatu saat adanya kemungkinan untuk kambuh dan kuman tuberkulosis akan resisten terhadap obat. Lamanya waktu pengobatan, kepatuhan dan keteraturan untuk berobat, motivasi penderita, kurangnya sikap pasien terhadap pengobatan penderita merupakan beberapa faktor yang sangat mempengaruhi keberhasilan pengobatan. ⁽¹⁷⁾

Menurut Dwi Sarwani, dkk pada tahun 2012 banyak faktor yang mempengaruhi kejadian TB MDR yaitu diantaranya jenis kelamin, pendidikan, pendapatan keluarga, merokok, motivasi dan ketidakteraturan minum obat. Motivasi yang rendah dan ketidakteraturan berobat terbukti berpengaruh menjadi faktor risiko terhadap kejadian *Multi-Drug Resistant* (MDR-TB) yaitu *Odds Rationya* masing – masing sebesar 4,2 dan 2,3. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Reviono pada tahun 2014 diketahui faktor yang mempengaruhi kejadian TB MDR adalah jenis kelamin, usia, komorbid, riwayat pengobatan dan derajat efek samping. ⁽¹⁸⁾

Berdasarkan Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Padang angka keberhasilan pengobatan TB di Kota Padang pada tahun 2016 yaitu 148,87. Sedangkan, angka keberhasilan pengobatan TB pada tahun 2017 mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yaitu sebesar 85,39. ^(19, 20) Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nova Astrit Natalia pada tahun 2012 yaitu kepatuhan minum obat merupakan variabel utama yang mempengaruhi keberhasilan pengobatan. ⁽²¹⁾ Selain itu, WHO melaporkan dalam *Global Report Tuberculosis*

2017 bahwa tingkat keberhasilan pengobatan secara global untuk MDR-TB yaitu 54% disebabkan oleh kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan.⁽³⁾ Kepatuhan merupakan salah satu faktor yang penting yang mempengaruhi kejadian TB MDR. Namun, persentase kepatuhan pengobatan rata – rata pasien jangka panjang di negara berkembang masih menjadi perhatian yaitu kurang dari 50%. Pasien yang tidak menjalani pengobatan dengan baik dapat berpotensi menjadi sumber penularan kuman yang resisten di masyarakat sehingga akan meningkatkan jumlah angka kesakitan dan kematian.^(22, 23)

Penelitian yang dilakukan oleh Mega pada tahun 2016, salah satu faktor risiko ketidakpatuhan pasien TB MDR disebabkan oleh pengetahuan pasien tentang *Multi-Drug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB). Terdapat beberapa responden yang mengatakan tidak mengetahui tentang MDR TB ketika diberikan kuesioner. Selain itu, efek samping obat juga mempengaruhi ketidakpatuhan pasien dalam menjalani pengobatan. Efek samping yang dirasakan setiap hari selama pengobatan ini cukup mengganggu aktivitas seperti sakit kepala, mual, nyeri sendi, reaksi kulit alergi, depresi, vertigo, naiknya kadar asam urat dan lainnya. Hal ini yang menyebabkan pasien tidak menjalani pengobatan dengan baik. Lama pengobatan yang cukup lama juga mempengaruhi ketidakpatuhan pasien dalam menjalani pengobatan. Tingkat ketidakpatuhan pada pasien yang menjalani pengobatan pada fase lanjutan lebih besar dikarenakan menurunnya motivasi untuk menjalani pengobatan.⁽²⁴⁾

Pengawas minum obat juga merupakan salah satu aspek penting yang menunjang kepatuhan dalam menjalani pengobatan *Multi-Drug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB). Pengawasan terhadap minum obat secara teratur dan sesuai program kepada pasien merupakan salah satu bentuk dukungan dari keluarga terdekat pasien. Dukungan keluarga yang dapat diberikan yaitu dengan menunjukkan

kepedulian, simpati, pengertian, semangat untuk menjalani pengobatan. Keluarga dapat dijadikan sebagai pengawas minum obat dikarenakan dikenal, dipercaya penderita dan petugas kesehatan. Peran pengawas minum obat sangat penting untuk meningkatkan kepatuhan konsumsi obat pada pasien TB MDR agar tercapai hasil pengobatan yang optimal.⁽²⁵⁾

Oleh karena kasus TB MDR mengalami peningkatan dari tahun 2016 – 2017 di Kota Padang dan angka keberhasilan pengobatan TB yang erat kaitannya dengan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan mengalami penurunan setiap tahunnya, maka peneliti tertarik untuk meneliti pengaruh kepatuhan konsumsi obat, sikap pasien terhadap pengobatan *Multi-Drug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB), lama pengobatan, adanya pengawas minum obat, efek samping obat terhadap kejadian *Multi-Drug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang. Hal ini didukung dengan masih sedikitnya penelitian tentang *Multi-Drug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang.

1.2 Perumusan Masalah

Peningkatan kasus TB MDR dari tahun 2016 – 2017 di Kota Padang dan persentase angka keberhasilan pengobatan TB di Kota Padang berdasarkan Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kota Padang mengalami penurunan pada tahun 2016 dan 2017 yaitu sebesar 148,87 dan 85,39. Salah satu faktor yang mempengaruhi menurunnya keberhasilan pengobatan TB adalah kepatuhan konsumsi obat. Berdasarkan uraian tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah melihat apakah ada peranan kepatuhan konsumsi obat, sikap pasien terhadap pengobatan *Multi-Drug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB), lama pengobatan, adanya pengawas minum obat, efek samping obat terhadap kejadian *Multi-Drug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang?

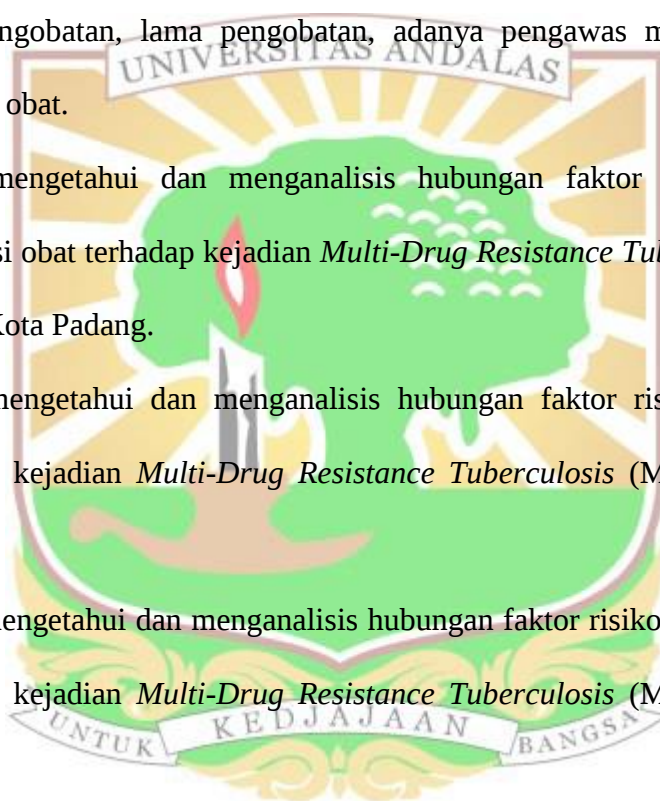
1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui peranan kepatuhan konsumsi obat, sikap pasien terhadap pengobatan *Multi-Drug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB), lama pengobatan, adanya pengawas minum obat, efek samping obat terhadap kejadian *Multi-Drug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui distribusi frekuensi kepatuhan konsumsi obat, sikap pasien pada pengobatan, lama pengobatan, adanya pengawas minum obat, efek samping obat.
2. Untuk mengetahui dan menganalisis hubungan faktor risiko kepatuhan konsumsi obat terhadap kejadian *Multi-Drug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang.
3. Untuk mengetahui dan menganalisis hubungan faktor risiko sikap pasien terhadap kejadian *Multi-Drug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang.
4. Untuk mengetahui dan menganalisis hubungan faktor risiko lama pengobatan terhadap kejadian *Multi-Drug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang.
5. Untuk mengetahui dan menganalisis hubungan faktor risiko adanya pengawas minum obat terhadap kejadian *Multi-Drug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang.
6. Untuk mengetahui dan menganalisis hubungan faktor risiko adanya efek samping obat terhadap kejadian *Multi-Drug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang.



7. Untuk mengetahui dan menganalisis faktor yang paling dominan berhubungan dengan terjadinya *Multi-Drug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat untuk menambah literatur tentang pengaruh kepatuhan konsumsi obat, sikap pasien terhadap pengobatan *Multi-Drug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB), lama pengobatan, adanya pengawas minum obat, efek samping obat terhadap kejadian *Multi-Drug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang.
2. Sebagai bahan referensi bagi peneliti lain yang ingin melakukan penelitian lebih lanjut.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Dinas Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan informasi dan masukan bagi Dinas Kesehatan Kota Padang dalam mengetahui peranan kepatuhan konsumsi obat, sikap pasien terhadap pengobatan *Multi-Drug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB), lama pengobatan, adanya pengawas minum obat, efek samping obat terhadap kejadian *Multi-Drug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang. Informasi yang didapatkan dari hasil penelitian ini diharapkan menjadi masukan dalam pengambilan keputusan untuk menyusun rencana strategis yang tepat dalam menanggulangi kejadian TB MDR.

2. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi yang berguna mengenai kejadian TB MDR sehingga masyarakat mampu melakukan tindakan preventif sehingga dapat mencegah munculnya penyakit TB MDR.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kota Padang dengan wilayah pada sebaran kasus TB MDR. Penelitian dilakukan dengan desain kasus kontrol. Data yang digunakan adalah data sekunder dan primer. Data sekunder dalam penelitian ini adalah data jumlah kejadian TB MDR yang tercatat pada tahun 2016 – 2019 di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, Dinas Kesehatan Kota Padang dan Puskesmas se-Kota Padang. Sedangkan, data primer yang akan diketahui dalam penelitian yaitu faktor risiko kepatuhan konsumsi obat, sikap pasien terhadap pengobatan *Multi-Drug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB), lama pengobatan, adanya pengawas minum obat, efek samping obat.

