

BAB 1 : PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberculosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Sebagian besar dari bakteri ini menginfeksi paru, tetapi juga dapat mengenai organ tubuh lain. Penyakit ini menyebar melalui droplet yang dikeluarkan oleh penderita TB lainnya. TB adalah penyebab kematian kesembilan di seluruh dunia, dan selama lima tahun terakhir (2012-2016) telah menjadi penyebab utama kematian dari satu agen infeksius di atas HIV (*Human Immunodeficiency Virus*).⁽¹⁾

Tuberculosis tetap menjadi 10 penyebab kematian tertinggi di dunia dan kematian tuberculosis secara global diperkirakan 1,3 juta pasien. Berdasarkan *Global Report Tuberculosis* tahun 2017, secara global pada tahun 2016 terdapat 10,4 juta kasus tuberculosis yang setara dengan 120 kasus per 100.000 penduduk. Sedangkan untuk kasus baru tuberculosis diketahui sebesar 6,3 juta kasus yang setara dengan 61% dari kasus tuberculosis (10,4 juta)⁽²⁾. Sedangkan Sebagian besar kasus yang diestimasikan pada tahun 2016 terjadi di Asia Tenggara 45%, Pasifik Barat 17%, sebagian kecil dari kasus terjadi di Mediterania Timur 7%, Eropa 3% dan Amerika 3%. Lima Negara dengan insiden kasus tertinggi yaitu India, Indonesia, China, Philipina, dan Pakistan.⁽¹⁾

Menurut *global tuberculosis report* tahun 2017 Indonesia menduduki peringkat ke 2 di dunia setelah India dalam jumlah kasus TB, baik dalam jumlah keseluruhan maupun kasus baru. Pada tahun 2017 ditemukan jumlah kasus tuberculosis sebanyak 425.089 kasus, meningkat bila dibandingkan semua kasus

tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2016 yang sebesar 360.565 kasus.⁽¹⁾

Indonesia memiliki permasalahan besar dalam menghadapi penyakit TB, hal ini dibuktikan karena Indonesia termasuk kedalam negara dengan beban tinggi/*high burden countries* (HBC) untuk TB berdasarkan 3 indikator yaitu TB, TB/HIV, dan *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB).⁽¹⁾ Menurut *Global Tuberculosis Report*, tahun 2014 diperkirakan terdapat 480.000 kasus MDR-TB di seluruh dunia, serta terdapat 190.000 kematian akibat MDR-TB.⁽³⁾ Tahun 2015 diperkirakan terdapat 480.000 kasus MDR-TB, serta terdapat 250.000 kematian yang diakibatkan oleh MDR-TB di seluruh dunia.⁽⁴⁾ Pada tahun 2016, terdapat 490.000 kasus baru MDR-TB di seluruh dunia, serta terdapat 240.000 kematian akibat MDR-TB.⁽¹⁾

Berdasarkan data yang didapatkan dari Kemenkes RI tahun 2016 Indonesia mengalami peningkatan kasus MDR-TB setiap tahunnya. Diketahui bahwa pada tahun 2012 kasus MDR-TB mencapai 696 kasus, pada tahun 2013 mencapai 1.094 kasus, pada tahun 2014 mencapai 1.752 kasus, pada tahun 2015 mencapai 1.860 kasus. Sedangkan dari Dinas Kesehatan Sumatera Barat untuk kasus MDR-TB pada wilayah Sumatera Barat didapatkan sebanyak 79 kasus pada tahun 2017-2018 yang dicakup dari 8 rumah sakit di Sumatera Barat, yaitu Rumah Sakit Paru Sumbar, RSUD Dr. Achmad Mochtar, RSUD Solok, RSUP M.Djamil, RS Yos Sudarso, RSUD Lubuk Basung, RSUD Sungai Dareh, dan RSUD Dr. M Zein.

Setiap komponen dalam penanganan MDR-TB lebih kompleks dan membutuhkan biaya lebih banyak dibandingkan dengan pasien TB bukan MDR.⁽⁷⁾ Dalam penanggulangan MDR-TB dilakukan dengan menggunakan Strategi “DOTs Plus” dengan arti “S” adalah strategi bukan *Short Course Therapy* sedangkan “Plus” adalah menggunakan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) lini kedua dan

melakukan kontrol infeksi. Dimana seluruh komponen yang terdapat pada strategi DOTs Plus lebih ditekankan pada penatalaksanaan dengan pendekatan program Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat (MTPTRO).⁽⁶⁾

MDR-TB merupakan suatu komplikasi dimana terjadi proses resistensi oleh minimal satu jenis obat yaitu rifampisin dan isoniazid. Faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya resistensi antara lain ketidakpatuhan pengobatan, infeksi HIV, sosiodemografi, sosial ekonomi, merokok, diabetes, konsumsi alkohol, pasien TB paru dari daerah lain (pasien rujukan), dosis obat yang tidak tepat sebelumnya dan pengobatan terdahulu.⁽⁸⁾ Dari berbagai faktor penyebab kejadian MDR-TB salah satunya adalah sosiodemografi yang mana menurut Andersen (1994) mengatakan bahwa faktor sosiodemografi, ekonomi, dan budaya mempengaruhi perilaku manusia dimana berdasarkan teori H.L Blum perilaku merupakan salah satu faktor yang paling mempengaruhi derajat kesehatan seseorang, seperti halnya perilaku kepatuhan minum obat pasien TB terhadap kejadian MDR-TB.

Hubungan antara faktor sosiodemografi dengan kejadian MDR-TB telah dibuktikan dari beberapa penelitian, diantaranya penelitian yang dilakukan oleh Putri, dkk (2015) yang menyatakan salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian MDR-TB adalah jenis kelamin. Pasien laki-laki cenderung menderita MDR-TB dibandingkan perempuan karena laki-laki memiliki interaksi dengan lingkungan yang lebih besar di luar rumah dibandingkan perempuan dan perempuan lebih disiplin dalam menjalani pengobatan TB dibandingkan laki-laki.⁽¹⁰⁾ Hal ini sejalan dengan penelitian Kuldeep *et al* di India menyatakan sebagian besar kasus MDR-TB adalah laki-laki (81,59%).⁽¹¹⁾ Penelitian Munthe (2013) juga menyebutkan bahwa berdasarkan karakteristik jenis kelamin peserta penelitian didapatkan bahwa jumlah laki-laki 29 orang (72,5%) dan perempuan 11 orang (27,5%).⁽¹²⁾

Umumnya Pasien MDR-TB banyak terjadi pada usia produktif hal ini disebabkan karena seorang dengan usia produktif memiliki mobilitas yang tinggi sehingga cenderung tidak patuh meminum OAT pada pengobatan TB sebelumnya.⁽¹⁰⁾ Di Indonesia sendiri diperkirakan 75% penderita TB terjadi pada kelompok usia produktif, yakni usia 15 sampai 50 tahun. Berdasarkan penelitian Munawwarah (2013) kelompok umur penderita MDR-TB terbanyak adalah 31-40 tahun yaitu sebanyak 46,7%.⁽¹³⁾ Hasil penelitian Putri dkk (2012), umur pasien MDR-TB terbanyak pada umur 25-44 tahun yaitu 9 pasien (50%).⁽¹³⁾ Hal ini sama dengan penelitian Pawa, dkk (2015) menunjukkan bahwa karakteristik kelompok kasus menunjukkan kelompok usia 15-49 tahun terbanyak yaitu sebanyak 32 orang atau sebesar (80%) dan kelompok usia ≥ 50 tahun sebanyak 8 orang atau sebesar 20% sedangkan untuk karakteristik kelompok control yaitu TB non MDR sebanyak 24 orang atau sebesar 60% berusia 15-49 tahun dan 16 orang atau sebesar 40% berusia ≥ 50 tahun.⁽¹⁴⁾

Jenjang pendidikan memegang peranan penting dalam kesehatan masyarakat. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi kemampuan menerima informasi kesehatan. Rendahnya pendidikan responden TB sangat mempengaruhi penyerapan informasi TB paru. Hal ini akan mempengaruhi keteraturan dalam proses pengobatan. Apabila klien tidak memahami tentang penyakit yang dialaminya serta penanganannya maka resiko *drop out* semakin tinggi sehingga kasus *drug resistan* semakin besar (Linda, 2012).⁽¹⁵⁾ Berdasarkan penelitian Munawwarah (2013) pendidikan terakhir pasien terbanyak adalah tamat sekolah menengah atas (SMA) yaitu sebanyak 46,7% atau sebanyak 7 orang.⁽¹³⁾ Dalam penelitian Widayrini (2017) subjek penelitian dalam kelompok kasus sebagian besar memiliki tingkat pendidikan SMP dan SMA masing-masing 8 orang (30,8%).⁽¹⁶⁾ Pada

penelitian serupa yang dilakukan oleh Munthe (2013) juga menemukan sebagian responden berasal dari pendidikan yang tidak terlalu tinggi. Sebagian besar responden adalah berpendidikan SMA.⁽¹²⁾

Status perkawinan juga memiliki peran dalam kejadian penyakit MDR-TB, karena pasien yang sudah menikah memperoleh dukungan emosional dari pasangan mereka dan mungkin membantu dalam menyelesaikan perawatan serta memiliki keyakinan untuk pemulihan penyakit. Berdasarkan penelitian Kuldeep *et al* di India menyatakan bahwa sebagian besar pasien telah menikah (92,36%).⁽¹¹⁾ Hasil penelitian Munthe (2013) pasien telah menikah sebanyak 36 (94%).⁽¹²⁾ Pada penelitian serupa yang dilakukan oleh Widyasrini (2017) subjek penelitian pada kelompok kasus sebagian besar berstatus menikah sebanyak 22 orang (84,6%). Sebagian besar subjek penelitian dalam kelompok control berstatus menikah yaitu 51 orang (87,9%).⁽¹⁶⁾

Jenis pekerjaan tertentu yang dilakukan seseorang bisa mempengaruhi angka kejadian TB. Penderita TB-MDR ada pada berbagai profesi pekerjaan yang berarti penularan dapat terjadi dimana saja, hal ini menunjukkan bahwa informasi mengenai penyakit TB maupun TB-MDR harus disebarluaskan ke banyak tempat. Selain itu orang yang bekerja lebih banyak menghabiskan waktu diluar rumah sehingga memberikan kontribusi lebih untuk terpapar oleh kuman *Micobacterium Tuberculosis*. Berdasarkan penelitian Linda (2012) didapatkan distribusi pekerjaan responden terbesar adalah ibu rumah tangga (33,9%).⁽²⁴⁾ Berdasarkan penelitian Munir, dkk (2010) pasien MDR-TB lebih banyak pekerja swasta yaitu 36 orang (35,6%).⁽¹⁵⁾

Rendahnya tingkat penghasilan dapat berhubungan dengan kejadian MDR-TB terjadi melalui beberapa mekanisme, antara lain keterbatasan akses pelayanan kesehatan bagi mereka yang mempunyai latar belakang ekonomi rendah dan

kemampuan daya beli keluarga baik dari segi nutrisi ataupun pemenuhan fasilitas perumahan yang memadai dan sehat. Penghasilan yang tinggi memungkinkan seseorang untuk memenuhi pemenuhan nutrisi, kebutuhan keluarga dan akses terhadap pelayanan kesehatan yang memadai.⁽¹⁸⁾ Berdasarkan penelitian Hidayathillah (2016) penghasilan rata-rata responden penelitian yaitu 2 juta rupiah. Responden pada kelompok MDR-TB paling banyak mempunyai penghasilan yang rendah yaitu di bawah dua juta rupiah yaitu sekitar 68,3%.⁽¹⁸⁾ Dalam penelitian Nofizar, dkk (2010) penghasilan keluarga perbulan 72% mengatakan penghasilan keluarga perbulan kurang dari 1 juta rupiah, hal ini berarti masih rendah nya penghasilan dari responden.⁽¹⁹⁾

Modal sosial merupakan salah satu instrumen yang penting dalam memerangi tuberkulosis dalam hal memberikan dorongan agar memastikan bahwa program tuberkulosis selaras dengan kebutuhan pasien tuberkulosis, meskipun kemampuan dan latar belakang pasien tuberkulosis sangat bervariasi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Reviono dkk (2013) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara modal sosial dengan penemuan kasus baru tuberkulosis.⁽³⁰⁾ Dalam penelitian lain yang dilakukan oleh Deskmukh dkk (2017) juga menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara modal social dengan hasil pengobatan tuberculosis dengan p.value <0,001

Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan untuk pengobatan TB Paru, dimana keluarga adalah unit terdekat dengan pasien dan merupakan motivator terbesar dalam perilaku berobat penderita TB. keluarga inti maupun keluarga besar berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggota keluarganya. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Irnawati (2016) didapatkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan

minum obat penderita TB dengan *p.value* 0,001, imawati mengatakan bahwa semakin baik dukungan keluarga yang diberikan kepada penderita TB, maka semakin tinggi kepatuhan minum obat pada penderita tersebut. Penelitian lain yang dilakukan oleh Dhewi (2011) juga menyatakan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien TB dengan $p= 0,000$.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas dan beberapa penelitian terdahulu ada banyak faktor yang mempengaruhi kejadian MDR-TB, untuk itu WHO telah melakukan upaya pengendalian tuberkulosis termasuk MDR-TB untuk meningkatkan angka kesembuhan dan menyelamatkan banyak jiwa, akan tetapi upaya tersebut kurang berhasil dalam menurunkan insiden tuberkulosis. Oleh karena itu, pengendalian tuberkulosis akan lebih menekankan pada faktor sosial termasuk faktor sosiodemografi, karena faktor sosiodemografi merupakan faktor yang berkaitan erat dengan individu, dimana individu tersebut merupakan orang yang berkaitan langsung dengan pembentukan perilaku kesehatan yang dinilai berkontribusi besar dalam kejadian suatu penyakit, seperti halnya perilaku kepatuhan minum obat seseorang yang berpengaruh terhadap kejadian TB-MDR. Untuk itu peneliti tertarik melakukan penelitian mengenai faktor sosiodemografi yang berhubungan dengan kejadian penyakit MDR-TB di Kota Padang tahun 2016-2019.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan faktor sosiodemografi dengan kejadian *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang tahun 2016-2019.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui distribusi frekuensi jenis kelamin, umur, status perkawinan, pendidikan, pendapatan, modal sosial, dan dukungan keluarga responden di Kota Padang tahun 2016-2019.
2. Mengetahui hubungan jenis kelamin dengan kejadian *Multidrug Resistant Tuberculosis* di Kota Padang tahun 2016-2019.
3. Mengetahui hubungan umur dengan kejadian *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang tahun 2016-2019.
4. Mengetahui hubungan status perkawinan dengan kejadian *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang tahun 2016-2019.
5. Mengetahui hubungan pendidikan dengan kejadian *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang tahun 2016-2019.
6. Mengetahui hubungan pekerjaan dengan kejadian *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang tahun 2016-2019.
7. Mengetahui hubungan pendapatan dengan kejadian *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang tahun 2016-2019.
8. Mengetahui hubungan modal sosial dengan kejadian *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang tahun 2016-2019.
9. Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kejadian *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang tahun 2016-2019.
10. Untuk mengetahui variabel independen yang paling dominan mempengaruhi kejadian kejadian *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang tahun 2016-2019.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat untuk menambah referensi mengenai faktor sosiodemografi yang berhubungan dengan kejadian *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB).
2. Menambah wawasan dan pengetahuan peneliti dalam menemukan faktor sosiodemografi yang berhubungan dengan kejadian *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB).
3. Sebagai pedoman bagi peneliti selanjutnya yang ingin melakukan penelitian lebih lanjut.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Instansi

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi bahan informasi dan masukan bagi pemegang program MDR-TB, dan sebagai bahan acuan untuk meningkatkan penemuan kasus dan deteksi dini dari kasus MDR-TB serta sebagai bahan evaluasi bagi pembuat program kebijakan kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan pengobatan kejadian penyakit *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB) agar lebih baik lagi.

2. Bagi Masyarakat

Sebagai informasi tambahan untuk masyarakat terkait dengan hubungan faktor sosiodemografi dengan kejadian *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB) dan dapat meningkatkan pengetahuan, memperbaiki persepsi yang salah tentang MDR-TB ataupun kesadaran untuk memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan lebih dini.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Sesuai dengan judul dan keterangan di atas mengingat ketersediaan waktu, biaya serta tenaga maka penulis membatasi ruang lingkup penelitian ini pada faktor sosiodemografi yang berhubungan dengan kejadian *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang tahun 2016-2019, menggunakan jenis penelitian analitik, data di ambil dalam penelitian ini dengan menggunakan kuesioner sebagai alat bantu dalam pengumpulan data desain studi penelitian ini adalah *case-control*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan sosiodemografi dengan kejadian *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB) di Kota Padang tahun 2016-2019, dengan variabel independen faktor sosiodemografi sedangkan variabel dependen kejadian *Multidrug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB).

