

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pneumonia merupakan penyakit infeksi saluran napas bawah akut pada parenkim paru. Pneumonia disebabkan oleh mikroorganisme seperti bakteri, virus, jamur, dan parasit (Kemenkes RI, 2012; PDPI, 2014). Sedangkan infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* bukan termasuk bagian dari pneumonia (Soedarsono, 2010). Infeksi saluran napas bawah masih tetap merupakan masalah utama dalam bidang kesehatan, baik di negara yang berkembang maupun negara yang sudah maju (Soedarsono, 2010). Laporan WHO (World Health Organization) 2012 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 (WHO, 2014; Wunderink and Waterer, 2014).

Pneumonia digolongkan menjadi Pneumonia Komunitas (PK) dan Pneumonia Nosokomial (PN). Pneumonia komunitas sendiri merupakan pneumonia yang terjadi diluar ruang lingkup fasilitas kesehatan. Pneumonia komunitas berbeda dengan pneumonia nosokomial yang terjadi setelah seseorang masuk ke dalam rumah sakit lebih dari 48 jam. Pneumonia komunitas merupakan jenis yang paling sering ditemukan pada infeksi pernapasan sedangkan pneumonia nosokomial merupakan kedua tersering setelahnya (Watkins and Lemonovich, 2011; Torres *et al.*, 2015).

Pneumonia merupakan kasus yang serius di dunia karena jumlahnya yang cukup banyak. Kurang lebih 15-20 % penduduk dunia menderita pneumonia (Dahlan, 2009). Untuk kasus pneumonia komunitas terjadi pada 11-12 per 1000

orang di dunia (Fishman, 2002; Watkins and Lemonovich, 2011). Pneumonia juga banyak menimbulkan kematian, lebih kurang 3,5 juta orang meninggal setiap tahunnya disebabkan oleh penyakit tersebut (Wunderink and Waterer, 2014).

Di Amerika pneumonia menduduki peringkat keenam sebagai penyebab kematian dan merupakan infeksi yang tersering berhubungan dengan mortalitas (Fishman, 2002; Howes and Peabody, 2012). Kurang lebih 2 juta hingga 4 juta orang penduduk Amerika menderita pneumonia komunitas (PK) dan 1 juta diantaranya harus menjalani perawatan di rumah sakit pertahunnya. (Septimus, 2015). Survey di Inggris menyebutkan 5-12% infeksi saluran napas bawah yang datang ke rumah sakit merupakan pneumonia komunitas. Lebih kurang 5 hingga 11 per 1000 orang di Inggris menderita pneumonia komunitas (Reid and Innes, 2014).

Prevalensi untuk kejadian pneumonia di Indonesia adalah sebesar 4,5% pada tahun 2013 (Kementrian Kesehatan RI, 2013). Dari buku *SEAMIC Health Statistic* 2001, influenza dan pneumonia merupakan penyebab kematian nomor enam. Survey Kesehatan Rumah Tangga Depkes tahun 2001 menyebutkan, penyakit infeksi saluran napas bagian bawah menempati urutan kedua sebagai penyebab kematian (Soedarsono, 2010). Selain itu pneumonia di Indonesia termasuk dalam 10 besar penyakit rawat inap di rumah sakit yaitu dengan proporsi kasus 53,95% laki-laki dan 46,05% perempuan, dengan CFR atau *Crude Fatality Rate* 7,6%, dan merupakan CFR paling tinggi dibandingkan dengan penyakit lainnya (PDPI, 2014). Namun di Indonesia sendiri, belum banyak publikasi yang meneliti khusus mengenai epidemiologi pneumonia komunitas. Prevalensi kasus pneumonia di Sumatera Barat pada tahun 2013 adalah 3,1% dari keseluruhan



kasus (Kementrian Kesehatan RI, 2013). Untuk Kota Padang pada tahun 2008 ditemukan kasus pneumonia yang membutuhkan pengobatan sebanyak 5878 kasus, sedangkan pada tahun 2013 ditemukan sebanyak 8970 kasus. (Dinas Kesehatan Kota Padang, 2014). Kasus pneumonia komunitas di RSUP Dr. M. Djamil pada tahun 2012 yang membutuhkan rawat inap sebesar 16,6% atau sebanyak 94 pasien dari 565 pasien yang dirawat. Sedangkan yang tidak membutuhkan rawat inap sebesar 1,3% atau 108 pasien dari total 8325. Untuk angka kematian pada kasus pneumonia komunitas di M. Djamil adalah sebesar 6,2% (PDPI, 2014).

Kebanyakan kasus pneumonia komunitas merupakan kasus rawat jalan, sehingga angka mortalitasnya rendah yaitu hanya 1%, tetapi sebaliknya kasus pneumonia yang memerlukan indikasi rawat inap memiliki angka mortalitas yang cukup tinggi berkisar antara 5% hingga 15% dan akan bertambah jika penderita dirawat di ICU berkisar antara 20% hingga 50% (Moran and Talan, 2013; Torres *et al.*, 2015).

Pneumonia komunitas pada orang usia lanjut dan orang dengan penyakit komorbid masih menjadi masalah, karena menimbulkan angka kesakitan dan kematian yang cukup tinggi (PDPI, 2014). Orang yang memiliki umur diatas 65 tahun cenderung lebih berisiko untuk terjadinya penyakit ini. Selain itu kejadian tahunan pneumonia yang membutuhkan rawat inap diantara orang dalam kelompok usia lebih dari 75 tahun lebih tinggi dibandingkan usia dibawahnya. (Fishman, 2002). Penyakit komorbid yang berkaitan erat dengan pneumonia komunitas adalah Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK). Selain itu *Congestive Heart Failure* (CHF), Penyakit Ginjal Kronis (PGK), penyakit hati, keganasan,

diabetes, penyakit serebrovaskular, dan immunodefisiensi juga merupakan penyakit komorbid yang berkaitan dengan pneumonia komunitas (Torres *et al.*, 2015).

Menentukan agen penyebab pada pneumonia komunitas cukup sulit, karena pada sebagian kasus yang ada, agen penyebab dari pneumonia tersebut tidak dapat ditentukan (Moran and Talan, 2013). Data yang didapatkan dari penelitian luar negeri menyebutkan bahwa penyebab terbanyak dari pneumonia komunitas adalah bakteri gram positif (Soedarsono, 2010; PDPI, 2014). Kasus yang ditemukan di Amerika, kuman *Streptococcus pneumoniae* dan *Haemophilus influenzae* merupakan bakteri patogen gram positif yang tersering ditemukan. Infeksi oleh bakteri ini disebut dengan pneumonia tipik. (Moran and Talan, 2013; Septimus, 2015). Data dari beberapa rumah sakit di Indonesia tahun 2012 menyebutkan bahwa pneumonia komunitas yang dirawat banyak ditemukan gram negatif seperti *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* dan untuk yang positif tidak jauh berbeda dari yang ditemukan di luar negeri seperti *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus aureus* tapi ditemukan dalam jumlah yang lebih sedikit daripada bakteri gram negatif. Ini menunjukkan bahwa terjadi perubahan dari penyebab tersering pneumonia yaitu bakteri gram positif, sementara data yang ditunjukkan saat ini menunjukkan perubahan ke arah gram negatif. (PDPI, 2014).

Pneumonia membutuhkan pengobatan yang adekuat, dikarenakan angka morbiditas dan mortalitasnya cukup tinggi. Pengobatan awal pneumonia didasari dengan pengobatan empiris. Setelah diagnosa pneumonia ditegakkan harus segera diberikan antibiotik, setelah sebelumnya diambil spesimen untuk dilakukan

pemeriksaan mikrobiologi. Pemberian antibiotik pada pasien gawat darurat harus dilakukan sesegera mungkin. Pemberian antibiotik kurang dari 4 jam setelah masuk IGD dan diagnosis pneumonia ditegakkan akan menurunkan angka kematian (Fishman, 2002; PDPI, 2014). Beberapa faktor, seperti dugaan penyebab, keparahan penyakit, terapi antibiotik sebelumnya, riwayat alergi antibiotik, dan penyakit komorbid, berkontribusi untuk pemilihan terapi antimikroba yang optimal (Howes and Peabody, 2012). Terdapat perbedaan pemilihan antibiotik berdasarkan jenis rawatan (rawat jalan, rawat inap, dan rawat intensif). Untuk di Indonesia sendiri antibiotik tersering dipakai adalah dari golongan makrolid, β lactam, dan flurokuinolon respirasi. Pemakaian antibiotik ini didasari karena pola kuman yang tersering di Indonesia saat ini (PDPI, 2014).

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk mengetahui profil pneumonia komunitas di Bangsal Paru RSUP Dr. M. Djamil Padang.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan di atas, maka yang menjadi permasalahannya adalah: bagaimana profil pneumonia komunitas di bangsal paru RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2013 – 2014?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui profil pneumonia komunitas di Bangsal Paru RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2013 – 2014.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengetahui karakteristik dasar pasien pneumonia komunitas

1.3.2.2 Mengetahui distribusi frekuensi pasien pneumonia komunitas berdasarkan usia

1.3.2.3 Mengetahui gambaran gejala klinis pada pasien pneumonia komunitas

1.3.2.4 Mengetahui jumlah penyakit komorbid pada pasien pneumonia komunitas

1.3.2.5 Mengetahui jenis penyakit komorbid pada pasien pneumonia komunitas

1.3.2.6 Mengetahui pola kuman dari hasil kultur pada pasien pneumonia komunitas

1.3.2.7 Mengetahui hasil uji sensitifitas antibiotik terhadap kuman penyebab pneumonia komunitas

1.3.2.8 Mengetahui gambaran antibiotik empiris yang dipakai pada pneumonia komunitas dan kesesuaian dengan dengan hasil uji sensitifitas dari setiap hasil kultur

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat terhadap akademik

1.4.1.1 Sumber informasi untuk perkembangan ilmu yang berkaitan dengan pneumonia komunitas

1.4.1.2 Sebagai dasar penelitian lebih lanjut terutama yang berkaitan dengan pneumonia komunitas

1.4.2 Manfaat terhadap Institusi

1.4.2.1 Sumber informasi insiden pneumonia komunitas di RSUP Dr. M. Djamil Padang



1.4.2.2 Memberikan informasi tentang pola kuman dan hasil uji sensitifitas pasien pneumonia komunitas sehingga dapat memberikan pilihan terapi yang lebih optimal di RSUP Dr. M. Djamil Padang

