BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit tuberkulosis (TB) adalah salah satu penyakit menular yang hingga kini masih menjadi persoalan kesehatan masyarakat di dunia. Situasi epidemi penyakit TB di dunia dalam dekade terakhir ini semakin memprihatinkan, terus mengalami peningkatan, terutama pada 22 negara dengan beban tuberkulosis tinggi. M. Tuberkulosis ini biasanya menyerang paru, namun dapat pula menyerang bagian tubuh lainnya seperti otak, tulang, kelenjar getah bening, selaput jantung, dan kulit. Penyakit TB dapat disembuhkan dengan pengobatan yang teratur dan adekuat dengan masa pengobatan selama enam sampai delapan bulan, bahkan lebih dari satu tahun (Utomo, Joebagyo, & Murti, 2017).

Berdasarkan Global Report WHO (2015) dari 9,6 juta kasus-kasus TB baru pada tahun 2014, terdapat 58% berada di daerah Asia Tenggara dan Pasifik Barat. Lebih dari separuh kasus TB di dunia (54%) terjadi di China, India, Indonesia, Nigeria dan Pakistan. Di antara kasus baru, diperkirakan 3,3% adalah multidrug-resistant tuberculosis (MDR TB), merupakan tingkat yang tetap tidak berubah dalam beberapa tahun terakhir. Di wilayah Asia Timur dan juga Selatan merupakan penyumbang kasus terbesar yaitu 40% atau 3.500.000 kasus setiap tahunnya, dengan angka kematian yang cukup tinggi yaitu 26 orang per 100.000 penduduk (Yuni, 2016).

Indonesia merupakan negara ketiga terbesar setelah India dan China dengan pre-valensi mencapai 700.000 kasus per tahun dengan angka kematian 27 per 100.000 penduduk. Data Kemenkes Republik Indonesia pada tahun 2015 terdapat 197.000 kasus baru TB Paru BTA positif yaitu laki-laki 117.000 jiwa dan perempuan 80.000 jiwa. Kemudian data Dinas Kesehatan Provinsi Riau pada tahun 2015 jumlah penderita TB Paru di Provinsi Riau masih tinggi dibandingkan Jawa-Bali yang hanya 160 orang dari 100 ribu orang. Penderita positif TB Paru di Provinsi Riau sebanyak 2.968 orang dari 5.538.367

penduduk Provinsi Riau. Ditargetkan cakupan penemuan sebesar 70%, angka penemuan penderita TB Parupada kasus baru dengan Basil Tahan Asam (BTA) positif, Case Detection Rate (CDR) untuk tahun 2011 sebesar 2.880 kasus (33,9%) meningkatjika dibandingkan tahun 2010 (26,6% jumlah kasus 2.205) dan tahun 2007 sebesar 2.003 kasus (21,8%)(Infodatin, 2015).

Berbagai macam strategi pengobatan TB dilaksanakan guna mengendalikan prevalensi TB Paru. Penggunaan DOTS dan strategi stop TB merupakan pengobatan dengan pengawasan langsung terapi dengan cara membantu pasien mengambil obat secara teratur untuk memastikan kepatuhan pasien dalam pengobatan TB Paru. Prevalensi TB paru di masyarakat masih sangat tinggi, dan cakupan program penanggulangan dengan strategi *Directly Observed Treatment, Shortcourse chemotherapy* (DOTS) masih rendah, serta masih tingginya angka putus berobat penderita TB paru. Hal ini lah yang menyebabkan terjadinya resisten pengobatan TB Paru atau *Multi drug resisten* TB Paru (MDR-TB) (Lailatul, Rohmah, & Wicaksana, 2015).

Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) adalah kasus tuberkulosis yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* resisten minimal terhadap rifampisin dan isoniazid secara bersamaan, dengan atau tanpa obat antituberkulosis (OAT) yang lain. Penatalaksanaan klinis MDR TB lebih rumit bila dibandingkan dengan TB yang sensitif karena mempergunakan obat anti-TB (OAT) lini I dan lini II. Tatalaksana kasus MDR TB ini sering dihubungkan dengan kejadian efek samping mulai dari yang ringan sampai yang berat. Respons masing-masing individu tidak dapat diprediksi, tetapi pengobatan tidak boleh dihentikan hanya karena ketakutan terhadap reaksi yang timbul (Reviono et al, 2014).

Risiko resistensi obat menjadi meningkat pada kasus dengan riwayat pengobatan, sehingga disadari bahwa kekerapan TB MDR meningkat pada kelompok TB yang berisiko tersebut yaitu pasien TB kronik, TB gagal pengobatan, TB kambuh dan TB dengan riwayat drop out/default. Selain kelompok pasien dengan riwayat pengobatan, resistensi juga dicurigai pada pasien TB yang tidak konversi setelah pengobatan awal/intensif, serta pasien TB yang mempunyai kontak erat dengan pasien TB MDR. Sehingga penting

pada prakteknya untuk mengidentifikasi ada tidaknya riwayat pengobatan sebelumnya serta melakukan monitoring respons pengobatan untuk mengidentifikasi ada tidaknya konversi setelah pengobatan awal/intensif ataupun setelah sisipan(Ahmad & Syafriani, 2016; Sutoyo, 2010).

Setiap tahun selalu muncul kasus TB-MDR baru yang dilaporkan. Tahun 2014 ada sekitar 440.000 kasus TB-MDR, sedangkan sejumlah 650.000 kasus TB-MDR pada tahun 2015, kejadian TB-MDR ini kemudian disebut 27 high burden MDR-TB countries oleh WHO Global Report, di mana Indonesia berada pada urutan 9 di bawah India, China, Rusia, Pakistan, Afrika Selatan, Philipina, Ukraina dan Kazakstan. Berdasarkan data tersebut diketahui bahwa MDR di Indonesia cenderung meningkat dari tahun ke tahun, pada tahun 2014 jumlahnya mencapai 6.427 kasus. Angka TB-MDR diperkirakan sebesar 2% dari kasus TB baru dan 20% dari kasus TB pengobatan ulang(Mulyanto, 2014).

Insidens TB-MDR diperkirakan meningkat 2% setiap tahunnya. Secara besar faktor risiko terjadinya resistensi obat pada pasien TB-MDR pada umumnya terdapat 4 faktor yaitu faktor pasien, faktor dokter, faktor obat dan faktor pelayanan kesehatan. Beberapa faktor yang harus diperhatikan yang sangat mempengaruhi keberhasilan pengobatan, seperti lamanya waktu pengobatan, kepatuhan serta keteraturan penderita untuk berobat, daya tahan tubuh, juga faktor sosial ekonomi penderita serta dukungan keluarga yang tidak kalah pentingnya. Pengobatan yang terputus ataupun tidak sesuai dengan standar DOTS juga dapat berakibat pada munculnya kasus kekebalan multi terhadap obat anti TB yang memunculkan jenis kuman TB yang lebih kuat, yang dikenal dengan Multi Drug Resistant (MDR). Keseluruhan aspek faktor resiko tersebut merupakan aspek penting dari penerapan fungsi dan peran keluarga (Sarwani, Nurlela, & Zahrotul, 2013; Syahrezki, 2015).

Keluarga dapat menjadi sumber dukungan sosial bagi anggota keluarga lainnya dalam menyelesaikan masalah kesehatan. Tipe dukungan sosial yang tersedia di dalam keluarga adalah dukungan konkret, dukungan emosional, dukungan informasi, dan dukungan penghargaan. Dukungan keluarga sangatlah penting terutama pada pasien dengan penyakit kronis.

Dukungan keluarga yang diterima penderita TB dipengaruhi oleh penilaiannya terhadap peran keluarga dalam mendorong kesembuhan. Terlebih lagi perannya sebagai PMO, keluarga harus mendorong kesembuhan penderita dengan baik (Hendiani, Sakti, & Widayanti, 2014).

Dukungan keluarga yang diperlukan untuk mendorong pasien TB Paru dengan menunjukkan kepedulian dan simpati, dan merawat pasien. Dukungan keluarga, yang melibatkan keprihatinan emosional, bantuan dan penegasan, akan membuat pasien TB Paru tidak kesepian dalam menghadapi situasi serta dukungan keluarga dapat memberdayakan pasien TB Paru selama masa pengobatan dengan mendukung terus menerus, seperti mengingatkan pasien untuk mengambil obat-obatan dan menjadi peka terhadap penderita TB Paru jika mereka mengalami efek samping dari obat TB (Septia, Rahmalia, & Sabrian, 2013).

Studi Pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti didapatkan data bahwa Data UPT Puskesmas Pinggir Kecamatan Pinggir menunjukkan jumlah penderita TB Paru dengan 59 kasus TB Paru, dengan BTA positif sebanyak 39 orang, BTA negatif dengan pemeriksaan rontgen positif sebanyak 15 orang, ekstra paru (EP) 1 orang dan penderita yang kambuh sebanyak 4 orang. Puskesmas Pinggir adalah salah satu Puskesmas yang menggunakan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment, Shortcourse Chemotherapy*) dalam menanggulangi TB Paru. Fenomena yang ditemukan di Puskesmas Pinggir yaitu persentase proporsi angka kesembuhan TB Paru baru mencapai 33 orang (84,61%) dari 39 penderita TB Paru dari target 85%. Resiko terjadinya TB MDR mencapai 16% pada penderita pengobatan berulang.

Hasil wawancara dengan 5 orang pasien TB Paru didapatkan 3 orang pasien mengatakan datang ke poliklinik kadang-kadang diantar oleh keluarga, dua orang sering datang sendiri. Dari 5 orang pasien tersebut, dua orang pasien mengatakan sudah bosan dengan penyakitnya dan merasa membebani keluarga, sedangkan 3 orang pasien lainnya mengatakan sulit melakukan aktifitas keseharian karena sakit yang diderita serta merasa kurang diperhatikan oleh keluarganya.

Kegagalan pada pengobatan TB-MDR akan menyebabkan lebih banyak OAT yang resisten terhadap kuman *M. Tuberculosis*. Kegagalan ini bukan hanya merugikan pasien tetapi juga meningkatkan penularan pada masyarakat. TB resistensi Obat Anti TB (OAT) pada dasarnya adalah suatu fenomena buatan manusia, sebagai akibat dari pengobatan pasien TB yang tidak adekuat yang menyebabkan terjadinya penularan dari pasien TB-MDR ke orang lain/masyarakat (Munawwarah & Leida, 2013). Hal inilah yang melatarbelakangi Peneliti untuk melakukan penelitian mengenai “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pencegahan TB MDR di UPT Puskesmas Pinggir Kecamatan Pinggir”.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan pencegahan TB MDR di UPT Puskesmas Pinggir Kecamatan Pinggir?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan pencegahan TB MDR di UPT Puskesmas Pinggir Kecamatan Pinggir

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi distribusi dan frekuensi karakteristik responden penderita TB-MDR
- b. Mengidentifikasi distribusi dan frekuensi dukungan keluarga
- c. Mengidentifikasi distribusi dan frekuensi pencegahan TB-MDR
- d. Mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan pencegahan TB MDR

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Penderita TB-MDR

Hasil penelitian ini bermanfaat dalam meningkatkan pengetahuan dan kesadaran penderita TB-MDR dalam upaya peningkatan pencegahan putus minum obat.

2. Bagi Puskesmas Pinggir

Penelitian ini bermanfaat dalam upaya memberikan suatu pedoman dalam membina keluarga yang menderita TB-MDR sebagai bentuk partisipasi Puskesmas mendampingi keluarga selama pengobatan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menambah referensi dan masukan bagi pembaca yang membutuhkan informasi mengenai upaya-upaya pencegahan TB MDR melalui peningkatan peran keluarga.

4. Bagi Penelitian selanjutnya

Penelitian ini dapat bermanfaat sebagai pertimbangan bagi peneliti selanjutnya untuk mengidentifikasi faktor lain dalam upaya pencegahan TB MDR.