

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

‘Penyakit Tuberculosis paru (TB paru) merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis* yang menyerang paru-paru dan bronkus’(Widyanto & Bowo, hlm 67).

TB paru menjadi salah satu target dalam pencapaian *Millennium Development Goals* (MDGs) yang menjadi salah satu prioritas utama bangsa Indonesia untuk mempercepat pembangunan manusia dan pemberantasan kemiskinan. TB paru masuk pada poin 6 MDGs setelah penyakit HIV/AIDS dan malaria, sedangkan target yang ingin dicapai adalah mengurangi prevalensi TB dan kematian pada tahun 2015 (Widyanto dkk 2013, hlm 75).

Tuberculosis paru adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* dengan gejala bervariasi sebagian besar kuman Tuberculosis menyerang parutempat infeksi primer tetapi juga pada organ tubuh lainnya: kulit, nodus limfe,tulang, selaput otak dan ginjal (Somantri, 2009). TBC (Tuberculosis) termaksud penyakit infeksi menahun / kronis dengan masa pengobatan 6 sampai 8 bulan, bahkan bisa lebih dari 1 tahun bila kuman penyebab TBC yaitu *Mycobacterium tuberculosis* yang menginfeksi pasien telah menjadi kebal atau resistensi terhadap obat anti TBC yang umum, dan Tuberkulosis dapat menyerang siapa saja, dari semua golongan, segala usia dan jenis kelamin dan semua status sosial-ekonomi. Uraian - uraian tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa tuberkulosis bukan penyakit keturunan maupun disebabkan oleh kutukan atau guna-guna (Misnadiarly 2006, hlm 75).

Prabu (2008, hlm 3) Adapun penyebab penyakit TB adalah *Mycobacterium tuberculosis* yang ditularkan oleh penderita saat batuk melalui udara dan ditularkan melalui peralatan makanan kepada orang lain. Keadaan hunian rumah yang tidak mendukung misalnya kurangnya pencahayaan dan ventilasi menyebabkan kondisi didalam rumah lembab sehingga bakteri *Mycobacterium tuberculosis* berkembang biak. Kebiasaan merokok, pekerjaan, status gizi, keadaan sosial ekonomi dan perilaku merupakan lain penyebab terjadinya TB.

Gulo (2011, hlm1) Secara *Global* kasus penyakit Tuberculosis paru menyerang sepertiga dari 1,9 miliar penduduk dunia dewasa ini (Kemenkes RI, PPM & P2PL,2010). Setiap tahunnya terdapat 9 juta kasus baru penderita tuberculosis paru, dan angka kematian tuberculosis paru 3 juta orang setiap tahunnya 1% dari penduduk dunia akan terinfeksi tuberculosis paru setiap tahunnya. Satu orang memiliki potensi menularkan 10 hingga 15 orang dalam 1 tahun diperkirakan sekitar 95% kematian akibat TB didunia, serta terjadi juga di negara – negara berkembang. Demikian juga, kematian wanita akibat TB lebih

banyak dari pada kematian karena kehamilan, persalinan dan nifas. Sekitar 75% pasien tuberculosis paru adalah kelompok usia produktif sekitar 15-50 tahun.

Gulo (2011, hlm 3) Seseorang penderita tuberculosis pada dewasa akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan, hal tersebut berakibat akan berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20 -30 %. Jika seseorang meninggal akibat penyakit tuberculosis paru, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun, selain merugikan secara ekonomis, tuberculosis paru juga akan berdampak buruk bagi orang lain secara sosial bahkan kadang dikucilkan oleh masyarakat. Tuberculosis paru didunia semakin memburuk, dikarenakan jumlah kasus TB semakin meningkat dan banyak yang tidak berhasil untuk disembuhkan, terutama pada negara yang dikelompokkan dalam 22 negara dengan masalah TB besar (*high burden countries*). Menyikapi hal tersebut pada tahun 1993 WHO merencanakan TB sebagai kegawat daruratan dunia (*global emergency*)

Tuberculosis di Indonesia masih merupakan salah satu penyakit yang menimbulkan masalah kesehatan di masyarakat jumlah penderita TB di Indonesia merupakan urutan ke-3 terbanyak di dunia setelah India dan Cina dengan jumlah pasien, sekitar 10 % dari total jumlah pasien TB didunia (Chasear 2009, hlm 10). Pada tahun 2004 diperkirakan setiap tahun ada 539.000 kasus baru dan kematian 101.000 orang. Insiden kasus TB BTA positif sekitar 110 per 100.000 penduduk (Depkes, 2004). Berdasarkan global TB *control* pada tahun 2009 (data 2007), angka prevalensi TB di Indonesia menunjukkan bahwa insidensi semua tipe kasus TB sebesar 244 per 100.000 penduduk atau sekitar 565.614 kasus semua jenis TB. Insidensi semua jenis TB sebesar 228 per 100.000 penduduk atau sekitar 528.063 kasus semua jenis TB. Insidensi kasus TB BTA positif sebesar 102 per 100.000 penduduk atau sekitar 236.029 kasus baru TB paru BTA positif sedangkan kematian TB 39 per 100.000 penduduk atau 250 orang perhari.

Data rekapitasi tahun 2009 di DKI Jakarta, jumlah pasien baru yang terdaftar dan diobati 7989 orang terdiri dari jumlah pasien yang mengalami BTA positif 6512 orang, pasien baru yang mengalami BTA negatif 535 orang, pasien yang tidak ada hasil pemeriksaan dahak 663 orang, jumlah pasien dalam tahap default 104 orang, jumlah pasien yang pindah ada 149 orang, jumlah pasien yang meninggal ada 26 orang, di Jakarta Timur merupakan wilayah yang tertinggi angka kasus TB paru di seluruh DKI Jakarta. Menurut rekapitulasi 2009 di Jakarta timur jumlah pasien yang mengalami BTA negatif 1616 orang, BTA positif 186 orang, pasien yang tidak ada hasil pemeriksaan dahak 134 orang, jumlah dalam taha default 52 orang, pindah 99 orang, meninggal 11 orang. Dibandingkan dengan Jakarta pusat 805 orang, Jakarta utara 1124 orang, Jakarta barat 1603, Jakarta selatan 1846 orang (Profil DKI Jakarta, 2009).

Kota madya Jakarta Timur merupakan wilayah nomor satu yang menyebabkan tingginya angka kejadian TB Paru di DKI Jakarta pada tiga tahun terakhir dengan jumlah kejadian sekitar 4.286 kasus baru dan 186 kematian pada tahun 2010, sekitar 1.933 kasus baru dan 236 kematian pada tahun 2011, sekitar 3.480 kasus baru dan 162 kematian pada tahun 2012 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011; TB Elektronik Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur, 2013).

Depkes RI (2008, hlm 15) Salah satu tolak ukur yang menentukan keberhasilan program P2TB adalah angka penemuan suspect TB dan angka penemuan kasus TB BTA (+). Kegiatan CDR (*Case Delection Rate*) ini melibatkan seluruh petugas yang termasuk dalam tim pengelola program P2TB Puskesmas antara lain Kepala Puskesmas, Dokter balai pengobatan, petugas pengelola program TB (perawat BP), petugas laboratorium dan seluruh unit pelayanan kesehatan (UPK). Akan tetapi yang lebih banyak tugas dan tanggung jawab terhadap keberhasilan penemuan kasus baru (CDR) Tuberkulosis paru terletak pada petugas pengelola P2TB Paru Puskesmas. Peningkatan CDR sangat penting dalam penanggulangan TB Karena CDR rendah, penularan TB akan terus berlangsung terus di masyarakat.

Rencana Global 2006-2015 mencakup enam elemen utama dalam strategi baru Stop TB – WHO Depkes RI (2007), yang terdiri dari :a) Memperluas dan meningkatkan ekspansi *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS) yang berkualitas, meningkatkan penemuan kasus dan kesembuhan melalui pendekatan yang terfokus pada penderita agar pelayanan DOTS yang berkualitas dapat menjangkau seluruh penderita, khususnya kelompok masyarakat yang miskin dan rentan. b) Menghadapi tantangan TB/HIV, MDR-TB dan tantangan lainnya, dengan cara meningkatkan kolaborasi TB/HIV, DOTS-Plus dan pendekatan lainnya. c) Berkontribusi dalam memperkuat sistem kesehatan melalui kerjasama dengan berbagai program dan pelayanan kesehatan lainnya, misalnya dalam memobilisasi sumber daya manusia dan finansial untuk implementasi dan mengevaluasi hasilnya serta pertukaran informasi dalam keberhasilan pencapaian dalam program penanggulangan TB. d) Melibatkan seluruh penyedia pelayanan kesehatan, pemerintah, lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan swasta, dengan cara memperluas pendekatan berbasis *public-private mix* (PPM) dengan menggunakan ISTC. e) Melibatkan penderita TB dan masyarakat untuk memberikan kontribusi dalam penyediaan pelayanan yang efektif. Hal ini meliputi perluasan pelayanan TB di masyarakat, menciptakan kebutuhan masyarakat akan pelayanan TB, advokasi yang spesifik; komunikasi dan mobilisasi sosial; serta mendukung pengembangan piagam pasien TB dalam masyarakat. f) Memberdayakan dan meningkatkan penelitian operasional (Widyanto 2013, hlm77).

Pengawasan Menelan Obat (PMO) sangat berperan penting untuk menjamin ketekunana dan keteraturan pengobatan sesuai dengan jadwal yang telah disepakati pada waktu awal pengobatan. Seorang pengawasan menelan obat harus memastikan penderita TB benar-benar minum obat secara teratur, dan pengambilan obat tepat waktu. Pengawasan Menelan Obat juga harus memberi saran kepada penderita untuk olahraga. Penelitian imansyah (2010) didapatkan pasien yang gagal sebanyak 10 orang (28,6%). Oleh sebab itu diperlukan Pengawasan Menelan Obat mengingat tanpa PMO banyak pengobatan yang gagal dikarenakan penderita menganggap tidak ada yang mengawasinya dan tidak ada yang tahu kalau penderita minum obat atau tidak, selain itu penderita juga merasa malas minum obat karen merasakan efek samping obat.

Kinerja pengelolaan program TB berkaitan erat dengan indikator kinerja program. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personil. Hasil evaluasi kinerja program P2TB di Sumatera Selatan ternyata masih rendah yaitu sebesar 46,2% pada tahun 2009. Penemuan pasien (*Case DetectionRate*) merupakan langkah pertama dalam kegiatan program penanggulangan TB. Depkes RI (2008), menguraikan bahwa pencapaian indikator program ini adalah tugas dan tanggung jawab pengelola program P2TB(3). Indikator ini dapat dipergunakan untuk melihattingkat kinerja tenaga kesehatan tingkat nasional, provinsi, kabupaten, sampai tingkat kecamatan. Bahwa kinerja berhubungan dengan capaian CDR. CDR merupakan gambaran kinerja petugas pengelola TB dengan Capaian CDR yang masih rendah, hal ini menggambarkan masih rendah kinerja pengelola program TB Paru.

Data Profil Puskesmas Kecamatan Duren Sawit (2014) perkiraan Basil Tahan Asam (BTA) (+) sekecamatan Duren Sawit sebanyak 389 orang, sedangkan pencapaiannya hanya 267 orang (68,63%), dari perkiraan BTA (+) untuk semua puskesmas. Kelurahan belum memenuhi perkiraan BTA (+) sehingga untuk mendapatkan hasil tersebut perlu adanya kerjasama dengan balai kesehatan lainnya untuk mendapatkan hasil perkiraan BTA (+) yang sesuai. Jumlah seluruh pengobatan TB paru sebanyak 591 orang terdiri dari Fixed Dose Combination (FDC) I/III 374 orang, KAT II FDC 22 orang, paket anak 95 orang dan paket sisipan 11 orang, pengobatan TB paru terbanyak yaitu FDC I/III dan yang terendah adalah paket sisipan. Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti lakukan, maka diperoleh data pada bulan Oktobersampai Desember 2014 terdapat 30 orang yang terdiagnosa menderita penyakit TB Paru.

Lokakarya Nasional (1983, hlm 10) Peran perawat sebagai pelaksana pelayanan keperawatan, pengelolaan pelayanan keperawatan dan institusi pendidikan, serta sebagai pendidik dalam keperawatan, peneliti dan pengembangan keperawatan. Fungsi itu sendiri adalah suatu pekerjaan yang dilakukan sesuai dengan perannya. Fungsi dapat berubah disesuaikan dengan keadaan yang ada. Selain itu, fungsi perawat dalam melakukan pengkajian pada individu sehat maupun sakit dimana segala aktifitas yang dilakukan berguna untuk pemulihan kesehatan berdasarkan pengetahuan yang dimiliki, aktifitas ini dilakukan dengan berbagai dengan cara untuk mengembalikan kemandirian pasien secepat mungkin dalam bentuk proses keperawatan mandiri pasien secepat mungkin dalam bentuk proses keperawatan yang terdiri dari tahapan pengkajian, identifikasi masalah (diagnosa keperawatan), perencanaan, implementasi dan evaluasi.

I.2 Rumusan Masalah

Dari latar belakang ditemukan masalah yang berhubungan dengan waktu pengobatan TB yang relatif lama (6-8 bulan), menjadi penyebab penderita TB sulit sembuh karena pasien TB berhenti berobat (drop) setelah merasa sehat, meskipun proses pengobatan selesai. Sehingga dapat menyebabkan ketidakpatuhan pasien TB minum yang akan mengakibatkan resisten penyakit TB dan biasanya terjadi penularan dari pasien TB ke orang lain. Penyakit TB banyak menyerang sebagian besar usia produktif 15-56 tahun (Depkes 2011, hlm 6).

Penelitian Ini Merumuskan Masalah Sebagai Berikut : Hubungan Peran Aktif PMO Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Klien Dengan TB Paru Dipuskesmas Kecamatan Duren Sawit Jakarta Timur.

Pengobatan pada pasien penderita TBC dapat dilakukan dengan beberapa kombinasi obat yang memang ditujukan untuk membasmi kuman.WHO

merekomendasikan strategi pengobatan DOTS, yaitu penderita minum obat dengan diawasi pengawas menelan obat. Pengawas ini bisa anggota keluarga, kader, petugas kesehatan atau relawan. Umumnya penderita minum obat selama 6 bulan untuk memastikan kesembuhannya, namun ada beberapa keadaan dapat berbeda dapat lebih lama (Rachmawati 2007, hlm 45).

Pengawasan Minum Obat (PMO) adalah salah satu komponen DOTS adalah OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung untuk menjamin keteraturan pengobatan sehingga diperlukan seseorang yang dikenal, dipercaya, dan disetujui baik oleh petugas kesehatan maupun pasien. Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan langsung misalnya bidan desa, Perawat, pekarya sanitari, juru imunisasi dan lain-lain. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota, PPTI, PKK, atau tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarga (KEMENKES RI 2010, hlm 30).

Herryanto (2002, hlm 8) mengatakan bahwa peran PMO adalah membantu jalannya pengobatan TB paru, pemahaman PMO tentang penyakit TB paru dan bagaimana seharusnya prosedur pengobatan dijalankan merupakan aspek penting untuk mencegah terjadinya lalai atau putus berobat. Menurut Kementerian Kesehatan (2012), perawat mengedukasi PMO dan keluarga adalah sebagai berikut: pasien TB paru memerlukan pemantauan secara ketat dan rutin untuk melihat dan reaksi terhadap pengobatan yang telah diberikan dan untuk mengetahui efek samping dari pengobatan. Oleh karena itu, diperlukan kepatuhan yang tinggi dalam pengobatan, maka perlu Pengawasan Menelan Obat (PMO) untuk memantau pengobatan dan mengingatkan pemeriksaan yang perlu dilakukan

Peran dalam edukasi keluarga adalah petugas kesehatan harus menginformasikan pesan kesehatan kepada keluarga pasien supaya dukungan anggota keluarga ikut menentukan hasil pengobatan TB. Oleh karena itu, keluarga juga harus diberi informasi tentang TB agar terus mampu mendampingi pasien selama pengobatan. Hal tersebut menjadi dasar ketertarikan peneliti untuk meneliti **“Hubungan Peran Aktif PMO Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Klien Dengan TB Paru di Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2015.”**

Berdasarkan rumusan masalah TB maka secara spesifik pertanyaan peneliti adalah :

- a. Bagaimana karakteristik responden terhadap kepatuhan minum obat?
- b. Apakah ada hubungan antara usia dengan kepatuhan minum obat?
- c. Apakah ada hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan minum obat?
- d. Apakah ada hubungan antara status pernikahan dengan kepatuhan minum obat?
- e. Apakah ada hubungan antara pendidikan dengan kepatuhan minum obat?
- f. Apakah ada hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan minum obat?
- g. Apakah ada hubungan antara peran aktif PMO dengan kepatuhan minum obat?

I.3 Ruang Lingkup

Penelitian ini hanya membahas hubungan peran aktif PMO dengan kepatuhan minum obat pada klien dengan TB Paru di Puskesmas Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2015.

I.4 Tujuan Penelitian

I.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui tentang hubungan peran aktif PMO dengan kepatuhan minum obat pada klien dengan TB Paru di Puskesmas Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2014.

I.4.2 Tujuan Khusus

- a. Bagaimana karakteristik responden terhadap kepatuhan minum obat.
- b. Apakah ada hubungan antara usia dengan kepatuhan minum obat.
- c. Apakah ada hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan minum obat.
- d. Apakah ada hubungan antara status pernikahan dengan kepatuhan minum obat.
- e. Apakah ada hubungan antara pendidikan dengan kepatuhan minum obat.

- f. Apakah ada hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan minum obat.
- g. Apakah ada hubungan antara peran aktif PMO dengan kepatuhan minum obat.

I.5 Manfaat Penelitian

I.5.1 Bagi Dinkes

Sebagai bahan evaluasi untuk mengingatkan kinerja program pengendalian TB Paru bagi dinkes.

I.5.2 Bagi Puskesmas

Penelitian ini dapat menjadi masukan bahwa peran aktif PMO sangat penting dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada dewasa TB Paru untuk peningkatan pengobatan di Puskesmas Duren Sawit. Hasil penelitian ini juga dapat menambah informasi, khususnya mengenai motivasi berobat TB paru dan menjadikan acuan penelitian selanjutnya.

I.5.3 Bagi Keluarga

Keluarga agar meningkatkan motivasi klien TB paru untuk sembuh dalam mengawasi klien dalam minum obat.

I.5.4 Bagi Penderita TB

Penderita TB agar patuh untuk minum obat secara teratur sampai pengobatan selesai atau BTA (-) dan datang secara rutin untuk kontrol serta mengambil obat.

I.5.5 Bagi Institusi

Penelitian ini dapat menguraikan pengalaman PMO dalam berperan untuk meningkatkan angka kepatuhan minum obat pada klien TB paru.