

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit yang sudah ada sejak ribuan tahun sebelum masehi dan pada saat itu belum di ketahui penyebabnya. Kemudian pada tahun 1882 Robert Koch menemukan basil penyebab tuberkulosis yang pada saat itu merupakan penyebab kematian yang utama dan menakutkan. Laporan WHO pada tahun 2004 diperkirakan kuman TB telah menginfeksi sepertiga penduduk dunia dan sebagian besar terjadi di Asia Tenggara (*Widowati, 2013*).

Pada tahun 2011, terdapat 8.7 juta kasus TB (8.3 – 9.0 juta) dengan perkiraan 0.5 juta penderita adalah anak-anak, 2.9 juta penderita adalah wanita dan 1 -1.2 juta (12-14%) adalah TB dengan HIV, sebagian besar kasus TB terjadi di Asia (59%), Afrika (26%), Kawasan Timur Mediterania (7.7%), Eropa (5%) dan Amerika (3%). Lima negara dengan jumlah kasus TB terbesar adalah India, Cina, Afrika Selatan, Indonesia dan Pakistan. Untuk wilayah Asia Tenggara menurut WHO pada tahun 2011 ada sekitar 5 juta pasien TB dengan 3,5 juta kasus baru (*WHO, 2012*).

Pada tahun 2011 di provinsi Jawa Timur jumlah untuk kasus TB masih besar yaitu kasus TB dengan BTA positif sebanyak 21.477 penderita, sedangkan pada sisi kesembuhan penderita yang diobati mencapai 85,33% untuk keberhasilan dalam pengobatan penderita TB BTA positif di Jawa Timur sudah mencapai 93,46% (*Dinkes, 2011*). Dalam triwulan terakhir 2011 Poli TB RSUD Dr. Soetomo sudah menerima 780 orang yang dicurigai terkena TB, 142 orang penderita berulang dan 137 orang penderita baru (*Listyanti, 2012*).

TB selain berdampak pada kesehatan, TB juga berdampak pada perekonomian penderitanya karena kebanyakan kasus TB terjadi pada usia masih produktif 15-50 tahun. Seorang penderita TB dewasa diperkirakan kehilangan waktu kerjanya rata-rata 3 sampai 4 bulan, hal ini dapat mengakibatkan seorang penderita TB akan kehilangan pendapatannya sekitar 20-30% tiap tahunnya. Selain pada kesehatan dan perekonomian, seorang penderita TB juga menanggung beban secara sosial misalnya stigma yang muncul di masyarakat bahkan sampai dikucilkan oleh masyarakat (Kemenkess, 2011a).

Selama pengobatan TB, *Multidrug-Resistant* menjadi masalah kesehatan bagi masyarakat di sejumlah negara dan merupakan hambatan terhadap program pengendalian TB secara global. Permasalahan kuman TB yang kebal terhadap obat anti tuberkulosis (OAT) sebenarnya sudah muncul sejak lama. MDR-TB muncul semenjak tahun 1970-an, kekebalan ini muncul dengan dimulai dari yang sederhana yaitu *monoresisten*, *poliresisten* sampai dengan *multidrug-resistant* (MDR) dan *extensive drug resistant* (XDR) (Soedarsono, 2010).

Kasus TB MDR di Asia Tenggara diperkirakan berjumlah 90.000 kasus, jumlah ini menunjukkan penderita TB MDR di Asia Tenggara hampir sepertiga dari penderita TB MDR di dunia (Searo, 2013). Kasus TB MDR di Indonesia diperkirakan sebesar 2% berasal dari kasus TB baru dan 20% dari kasus TB yang mendapatkan pengobatan ulang, setiap tahunnya diperkirakan terdapat sekitar 6.300 kasus TB MDR (KemenKes, 2011b). Menurut laporan dari seksi Pemberantasan Penyakit untuk wilayah Jawa Timur, kasus TB MDR di Jawa Timur sampai 31 Agustus 2012 dengan 2 RS Rujukan yaitu RSUD Dr. Soetomo Surabaya ditemukan pasien suspek sebesar 778 kasus, untuk pasien TB MDR yang sudah konfirmasi sebesar 237 kasus, dan untuk pasien TB MDR yang sudah diobati sebesar 177

kasus. Sedangkan di RS Syaiful Anwar Malang ditemukan pasien suspek sebesar 338 kasus, untuk pasien TB MDR yang sudah konfirmasi sebesar 51 kasus dan untuk pasien TB MDR yang sudah diobati sebesar 39 kasus (*Seksi Pemberantasan Penyakit, 2012*).

Pengobatan pasien TB dengan TB MDR memerlukan waktu yang lebih lama daripada pengobatan pasien TB bukan TB MDR, yaitu sekitar 18-24 bulan. Pengobatan TB MDR terdiri dari 2 (dua) tahap yaitu tahap awal dan tahap lanjutan, tahap awal adalah tahap pemberian obat suntik dengan lama minimal 6 bulan dan setidaknya selama 4 bulan setelah terjadi konversi biakan (*Kemenkes, 2011a*).

Pada dasarnya TB MDR disebabkan oleh gagalnya pengobatan karena pasien tidak patuh selama pengobatan, pengetahuan dan kurangnya KIE tentang penyakit TB, keterlambatan dalam mendapat diagnosis merupakan beberapa faktor yang dapat menyebabkan TB MDR, pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Sarwani dkk (2012) diperoleh data sebesar 59,4% pasien tidak patuh dalam meminum obat dan sebesar 40,6% pasien patuh dalam meminum obat. Maka dari itu perlu dilakukan penelitian tentang beberapa faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya MDR-TB seperti faktor lingkungan pasien, faktor pasien sendiri, faktor sarana pelayanan kesehatan, dan lain-lain (*Soedarsono ,2010*).

1.2 Rumusan Masalah

Permasalahan yang dapat diambil dari penelitian ini adalah ;

Apakah penyebab pasien TB menjadi MDR-TB di RSUD Dr.Soetomo Surabaya ?

1.3 Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui penyebab pasien MDR-TB di RSUD Dr.Soetomo Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

- 1.4.1 Memberikan pengetahuan tentang penyebab dari pasien MDR-TB supaya pasien TB yang lain dan keluarga pasien dapat terhindar dari MDR-TB.
- 1.4.2 Memberikan masukan kepada Rumah Sakit dan tenaga kesehatan tentang penyebab MDR-TB sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien TB.
- 1.4.3 Penelitian ini dapat berguna bagi peneliti, sehingga peneliti dapat memberikan informasi dan layanan konseling tentang penyebab MDR TB kepada pasien TB dan keluarga pasien dan diharapkan dapat menekan angka kejadian MDR TB.