

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sejak tahun 1995, upaya pengendalian tuberkulosis (TB) dengan strategi DOTS telah diterapkan di banyak negara sejak tahun 1995. Namun sampai saat ini masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di dunia. (Kemenkes RI, 2014). Berdasarkan data statistik dari tahun 2015, terdapat 10,4 Juta orang terjangkit tuberkulosis (TB) dimana terdapat 28.500 orang setiap harinya. Selain itu juga tercatat 1,8 juta orang meninggal dunia karena tuberkulosis (TB) termasuk 400.000 diantaranya disertai dengan HIV, dan angka kematian mencapai 4.900 orang setiap harinya. Di seluruh dunia, 60% kasus tuberkulosis (TB) hanya terjadi di enam negara antara lain China, India, Indonesia, Nigeria, Pakistan, dan Afrika Selatan. (World Health Organization, 2015)

Menurut Depkes 2007 dalam jurnal (Manalu, 2010), permasalahan tuberkulosis (TB) yang meningkat disebabkan oleh beberapa hal antara lain: (a) Kemiskinan pada berbagai kelompok masyarakat, seperti pada negara berkembang, (b) Kegagalan tuberkulosis (TB) selama ini diakibatkan oleh tidak memadainya komitmen politik dan pendanaan, tidak memadainya organisasi pelayanan TB (kurang terakses oleh masyarakat, penemuan kasus/diagnosis yang tidak standar, obat tidak terjamin penyediaannya, tidak

dilakukan pemantauan, pencatatan dan pelaporan yang standar, dan sebagainya), tidak memadainya tatalaksana kasus (diagnosis dan panduan obat yang tidak standar, gagal menyembuhkan kasus yang didiagnosis), salah persepsi terhadap manfaat dan efektifitas BCG, infrastruktur kesehatan yang buruk pada negara-negara yang mengalami krisis ekonomi atau pergolakan masyarakat. (c) Perubahan demografik karena meningkatnya penduduk dunia dan perubahan struktur umur kependudukan. (d) dampak pandemik HIV.

Upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut dari kuman tuberkulosis (TB) adalah dilakukannya pengobatan tuberkulosis (TB). Agar pengobatan tuberkulosis (TB) tersebut adekuat, beberapa prinsip berikut harus terpenuhi: (1) Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi. (2) Diberikan dalam dosis yang tepat. (3) Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh Pendamping Minum Obat (PMO) hingga selesai pengobatan. (4) Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup terbagi dalam tahap awal serta tahap lanjutan untuk mencegah kekambuhan. (Kemenkes RI, 2014). Pengobatan TB terbagi menjadi 2 fase yaitu fase intensif atau tahap awal dimana pengobatan ini berlangsung selama 2 atau 3 bulan dan fase lanjutan atau tahap lanjutan yang berlangsung selama 4 atau 7 bulan. Paduan obat yang digunakan terdiri dari paduan obat utama dan tambahan. (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2015)

Berbagai upaya telah dilakukan pemerintah untuk mengurangi virulensi dan menekan jumlah pasien tuberkulosis, diantaranya dengan dicanangkannya

Gerakan Terpadu Nasional (Gerdunas TB) oleh Menkes RI pada tanggal 24 Maret 1999. Pemerintah melalui Program Nasional Pengendalian tuberkulosis (TB) telah melakukan berbagai upaya untuk menanggulangi tuberkulosis (TB), yakni dengan strategi DOTS. WHO merekomendasikan 5 komponen strategi DOTS, salah satunya dengan Pendamping Minum Obat (PMO). (Netty, 2013). Menurut Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis tahun 2011, sebaiknya yang menjadi Pendamping Minum Obat (PMO) adalah petugas kesehatan, misalnya Bidan di Desa, Perawat, Pekarya, Sanitarian, Juru Immunisasi, dan lain-lain. Jika ditemui petugas kesehatan yang memungkinkan, Pendamping Minum Obat (PMO) dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota PPTI, PKK, atau tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarga.

Selain itu juga disebutkan dalam pedoman tersebut bahwa salah satu peran seorang Pendamping Minum Obat (PMO) ialah memberi dorongan kepada pasien agar mau berobat teratur. Hal ini terkait dengan kewajiban sebagai seorang muslim ialah saling membantu atau menolong umat muslim lainnya, seperti firman Allah dalam Surat Al-Ma'idah ayat 2 sebagai berikut:

وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ ۖ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ
وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ ﴿٢﴾

“...Dan tolong-menolonglah kamu dalam (mengerjakan) kebajikan dan takwa, dan jangan tolong-menolong dalam berbuat dosa dan pelanggaran. Dan bertakwalah kamu kepada Allah, sesungguhnya Allah amat berat siksa-Nya.”
(Qs. Al-Ma'idah: 2)

Kesembuhan yang ingin dicapai diperlukan keteraturan berobat bagi setiap penderita. Strategi untuk menjamin kesembuhan penderita adalah dengan adanya panduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) jangka pendek dan peran Pengawas Minum Obat (PMO). Meskipun panduan obat yang digunakan cukup baik tetapi apabila penderita tidak berobat dengan teratur maka akan mengakibatkan hasil dari pengobatan tersebut mengecewakan. (Murtantiningsih and Wahyono, 2010).

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penelitian tentang “Faktor Jenis dan Peran Pendamping Minum Obat (PMO) Terhadap Keberhasilan Terapi Tuberkulosis (TB)” penting untuk dilakukan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang sudah dikemukakan di atas, maka dapat dirumuskan sebagai berikut: Apakah jenis dan peran pendamping minum obat (PMO) menjadi faktor keberhasilan terapi tuberkulosis (TB) ?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor jenis dan peran pendamping minum obat (PMO) terhadap keberhasilan terapi tuberkulosis (TB).

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah pengetahuan tentang pentingnya peran pendamping minum obat (PMO) terkait dengan keberhasilan terapi tuberkulosis (TB).

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Klinisi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada klinisi kesehatan dalam manajemen program pengendalian penyakit menular pada umumnya, khususnya tuberkulosis (TB).

b. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan lebih kepada penderita maupun keluarga penderita tuberkulosis (TB) agar meningkatkan kepatuhan mereka dalam menyelesaikan pengobatan dan melaksanakan perannya sebagai pendamping minum obat (PMO).

E. Keaslian Penelitian

Penelitian mengenai faktor jenis dan peran pendamping minum obat (PMO) terhadap keberhasilan terapi tuberkulosis (TB) belum pernah dilakukan sebelumnya. Beberapa referensi yang digunakan, belum ada yang membahas penelitian ini. Adapun hasil penelusuran yang dilakukan, ditemukan beberapa penelitian terkait sebagai berikut:

1. Penelitian “*Directly Observed Therapy For Treating Tuberculosis*” yang dilakukan oleh Jamlick Karumbi dan Paul Garner tahun 2015, dengan Variabel bebas “*Directly observed*” dan Variabel Terikat “*Treating tuberculosis*” dimana penelitian ini menggunakan desain “*Randomized Controlled Trial*” (RCT). Berdasarkan penelitian tersebut diperoleh hasil Sebelas percobaan termasuk 5662 peserta memenuhi kriteria inklusi. DOT dilakukan oleh sejumlah orang (perawat, petugas kesehatan masyarakat,

anggota keluarga atau mantan pasien TB) di berbagai tempat (klinik, rumah pasien atau rumah sukarelawan masyarakat). Percobaan yang membandingkan pengamatan di rumah (pengamat masyarakat atau pengamat keluarga) ke klinik atau petugas kesehatan menyebabkan pengamatan tidak menunjukkan adanya perbedaan dalam pengobatan atau penanganan TB. Dalam pengamatan langsung berbasis rumah, tidak ada perbedaan antara pengamatan langsung oleh anggota keluarga dan pengamatan langsung oleh petugas kesehatan masyarakat. Perbedaannya, penelitian ini menggunakan desain non-eksperimental dengan pendekatan *Cohort Prospektif*. Penelitian ini ingin melihat dari sudut pandang lain tentang faktor jenis dan peran PMO terhadap keberhasilan terapi tuberkulosis (TB). Penelitian ini tidak membandingkan peran PMO di rumah dengan PMO di klinik.

2. Penelitian dengan judul “Hubungan Antara Pekerjaan, PMO, Pelayanan Kesehatan, Dukungan Keluarga dan Diskriminasi dengan Perilaku Berobat Pasien TB Paru” yang dilakukan oleh Amelda Lisu Pare, Ridwan Amiruddin, dan Ida Leida pada tahun 2013 menggunakan metode penelitian Observasional analitik dengan rancangan “*Case Control Study*”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pekerjaan (OR=0.617, LL-UL=0.221-1.720) dan pelayanan kesehatan (OR=0.593, LL-UL=0.216-1.629) bukan merupakan faktor risiko terhadap perilaku berobat pasien TB Paru. Sedangkan peran PMO (OR=3.636, LL-UL=1.225-10.790), dukungan keluarga (OR=3.039, LL-UL=1.079-8.564) dan diskriminasi (OR=2.974,

LL-UL=1.063-8.318) merupakan faktor risiko terhadap perilaku berobat pasien TB Paru. Perbedaannya ialah Penelitian ini menggunakan desain non-eksperimental dengan pendekatan *Cohort Prospektif*, penelitian ini ingin melihat dari sudut pandang lain tentang faktor jenis dan peran PMO terhadap keberhasilan terapi tuberkulosis (TB).

3. Penelitian dengan judul “Hubungan Antara Peran Pengawas Minum Obat (PMO) Terhadap Kepatuhan Kunjungan Berobat pada Pasien Tuberculosis Paru (TB Paru) di Puskesmas Nogosari Boyolali” yang dilakukan oleh Rivangga Dwi Ratna Prabowo pada tahun 2014 dengan menggunakan desain penelitian pendekatan silang *Cross-sectional*. Hasil penelitian diketahui bahwa: 1) Peran Pengawas Minum Obat (PMO) pada pasien TB Paru di Puskesmas Nogosari Boyolali termasuk dalam kategori baik; 2) Kunjungan pasien TB Paru di Puskesmas Nogosari Boyolali termasuk dalam kategori patuh; 3) Terdapat hubungan antara peran Pengawas Minum Obat (PMO) terhadap kepatuhan kunjungan berobat pasien TB Paru di Puskesmas Nogosari Boyolali ($p=0,033$). Perbedaan penelitian terletak pada Penelitian ini menggunakan desain non-eksperimental dengan pendekatan *Cohort Prospektif*. Penelitian ini ingin melihat dari sudut pandang lain tentang faktor jenis dan peran PMO terhadap keberhasilan terapi tuberkulosis (TB).