

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

*Tuberculosis* (TBC) merupakan tantangan utama bagi negara-negara berkembang, mengingat luasnya penyebaran penyakit, jumlah kematian serta ancaman yang ditimbulkan oleh penyakit TBC. *World Health Organization* (WHO) menyatakan TBC merupakan darurat kesehatan global. TBC memerlukan upaya pencegahan dan pengendalian yang terkoordinasi antara pihak internasional dan nasional (PCP-HN, 2013).

TBC merupakan penyakit yang dapat ditularkan melalui udara, selain itu TBC merupakan salah satu dari 10 penyebab kematian di seluruh dunia, penyebab utama kematian berkaitan dengan resistansi antimikroba (WHO, 2017), penderita yang tidak menyelesaikan terapi pengobatan dapat menyebabkan *Multidrug-resistant* TBC (MDR-TB). MDR-TBC disebabkan oleh organisme yang tahan terhadap setidaknya isoniazid dan rifampisin.

Berdasarkan data tahun 2016, terdapat 10,4 juta kejadian TBC di seluruh dunia, diantaranya adalah 6,2 juta laki-laki; 3,2 juta perempuan dan 1 juta anak-anak. Tujuh negara penyumbang 64% dari kasus baru antara lain India, Indonesia, China, Filipina, Pakistan, Nigeria, dan Afrika Selatan. Selain itu juga, ditemukan sebanyak 1,7 juta orang meninggal karena TBC. WHO memperkirakan bahwa ada 600.000 kasus baru dengan resistansi terhadap rifampisin, termasuk 490.000 dengan TBC-MDR serta 6,2% orang dengan TBC-MDR. Indonesia menempati urutan ke 8 dari 27 negara dengan TBC-MDR terbanyak (WHO, 2017).

Kematian TBC terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Hal ini disebabkan masyarakat kurang mengakses pendidikan dan informasi kesehatan (Beraldo et al., 2017). Berdasarkan data tahun 2017 (data per 2017 sampai dengan Mei 2018) angka kejadian TBC di Indonesia mencapai 420.994 kasus dengan TBC-MDR sebanyak 32.000 kasus. Dilihat dari jenis kelamin laki-laki berjumlah 1,4 kali lebih tinggi dibanding

dengan jenis kelamin perempuan (Kemenkes RI, 2018). Di Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) pada tahun 2017 terdapat 992 penderita TBC dengan pasien TBC-MDR sejumlah 66 orang. Data dari dinas kesehatan Kabupaten Bantul pada tahun 2017 terdapat 280 penderita TBC, dengan data per Juni 2017 sampai dengan Agustus 2018 penderita TBC-MDR sejumlah 8 penderita. Berdasarkan data angka kesembuhan TB DIY pada tahun 2017, Kulon Progo mencapai 80%, Bantul 65%, Gunung Kidul 83,87%, Sleman 91,64%, Kota Yogyakarta 77,64% dan DIY 85,56% (Profil Kesehatan Kab/ Kota, 2017).

Basil *mycobacterium tuberculosis* ditularkan melalui aerosol, terutama akibat dari batuk. Penularan dapat terjadi ketika kontak dengan seseorang yang memiliki riwayat TBC sehingga dapat berisiko menularkan infeksi (Raviglione, 2014). Selain itu, infeksi bakteri TBC dapat terjadi karena menghirup *droplet* yang mengandung bakteri TBC bersumber dari dahak penderita melalui batuk, bersin, tertawa, menyanyi atau memainkan instrumen musik dengan

cara ditiup (Yukon, 2016). Upaya yang dilakukan perlu memahami kelompok sasaran yang dapat menularkan infeksi melalui upaya pengendalian pencegahan untuk memenuhi kebutuhan penderita. Faktor lain yang perlu diperhatikan adalah resistansi terhadap beberapa obat yang digunakan untuk mengobati TBC (PCP-HN, 2013). Selain itu juga, pemahaman kategori usia yang memiliki resiko lebih tinggi tertular kuman TBC yaitu bayi, anak-anak dan orang tua dikarenakan pertahanan daya tahan tubuh mereka tidak kuat. Upaya lain yang dilakukan dengan memahami cara penularan infeksi TBC berupa wadah minum atau peralatan makan, berbagi rokok dengan orang lain serta air liur dari hasil ciuman bersama dengan penderita TBC (CDC, 2015).

Dampak dari penularan TBC khususnya TBC-MDR adalah adanya semakin lamanya waktu pengobatan dibandingkan dengan pasien yang tertular TBC bukan MDR, karena lamanya pengobatan dan harus rutin minum obat, kemungkinan dapat mengganggu aktifitas dan pekerjaan seseorang sehingga orang yang menjadi karyawan

kemungkinan akan keluar agar tidak mengganggu pekerjaannya, apabila ketahuan pimpinan dari tempat bekerja kemungkinan akan dikeluarkan dari tempat kerja karena berisiko dapat menularkan ke karyawan yang lain terutama jika tempat kerja membutuhkan kondisi yang *hygiene* (Profil Kesehatan Kab/Kota, 2017).

Seseorang yang didiagnosis dengan infeksi TBC aktif memiliki pemahaman yang kurang mengenai penyebab tuberkulosis, cara transmisi atau penularan, dan cara menjalani proses pengobatan. Pengalaman dan pemahaman tentang masalah kesehatan merupakan faktor utama bagi diri seseorang, ketika tingkat pemahaman kesehatan rendah penderita lebih rentan yang mengarah pada ketidakpatuhan terhadap rejimen terapi (Wilson et al., 2016). Ketidakpatuhan dapat mengakibatkan resistansi terhadap obat serta dapat mempersulit program pengobatan yang dapat meningkatkan mortalitas dan morbiditas. Meskipun telah ada vaksin *Bacille Calmette-Guérin* (BCG) sejak tahun 1930-an yang telah memberikan perlindungan pada anak usia dini terhadap

penularan TBC, tidak menutup kemungkinan seseorang akan tertular infeksi TBC (Raviglione, 2014).

Kepatuhan terhadap terapi memainkan peran penting dalam hasil terapi. Kepatuhan merupakan perwujudan dari perilaku penderita yang bertepatan dengan program pengobatan. Ketidakpatuhan diri penderita yang diberikan obat TBC merupakan penyebab paling penting dari kegagalan terapi awal dan mengakibatkan kekambuhan. Ketidakpatuhan dapat mengakibatkan kerentanan bagi penderita TB (Sinha, 2010).

Pengobatan TBC terdiri dari 2 fase mencakup fase intensif dengan kombinasi empat obat selama 2 bulan dan fase lanjutan dengan 2 obat selama 4 sampai 6 bulan. Obat yang digunakan untuk pengobatan dan durasi fase intensif dan lanjutan dapat bervariasi dalam program TBC (Castelnuovo B, 2010). Pengendalian TBC merupakan tanggung jawab bersama antara individu, keluarga, masyarakat dan pemerintah (PCP-HN, 2013). Pengobatan bagi penderita TBC-MDR dilakukan dengan 2 (dua) tahapan

yaitu tahap awal dan lanjutan selama 19-24 bulan. Tahap awal, obat minum setiap hari dan *injection* 5 hari dalam 1 minggu selama 4 atau 6 bulan, setelah 2 bulan pengobatan dilakukan pemeriksaan dahak untuk mengetahui perkembangan dari pengobatan. Setelah 4 atau 6 bulan pengobatan dilanjutkan dengan fase lanjutan, pada fase ini pasien TBC hanya konsumsi obat minum selama 6 hari dalam 1 minggu pada jam yang sama (Kemenkes RI, 2015).

Rantai peristiwa mulai dari paparan infeksi, manifestasi gejala, akses ke fasilitas kesehatan, pengobatan dan penyembuhan, dukungan keluarga serta perawatan memainkan peran penting. Pasien TBC menghadapi berbagai hambatan dalam kehidupan sehari-hari berupa isolasi serta penolakan dari keluarga dan masyarakat. Kekhawatiran dan harapan pasien TBC yang diperlukan adalah kepatuhan rejimen terapi untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan penyelesaian pengobatan. Selain itu, keluarga dan masyarakat memegang peranan utama untuk mendukung pengobatan yang dijalani penderita (Kaulagekar-Nagarkar et

al., 2012). Keluarga merupakan contoh yang paling utama bagi penderita untuk menjalankan fungsi perawatan dan pengambilan keputusan dalam kaitannya dengan proses kesehatan atau penyakit. Dengan demikian, keluarga sebagai salah satu dukungan sosial yang dibutuhkan untuk meningkatkan derajat kesehatan penderita TBC (Freitas et al., 2012).

Keluarga yang menyediakan perawatan bagi anggotanya pada saat sakit. Penderita TBC menerima dukungan dari keluarga mereka berupa dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasi dan dukungan penilaian. Dukungan emosional mengacu pada demonstrasi peduli, cinta dan kepercayaan. Dukungan instrumental meliputi dukungan materi atau tindakan, termasuk menyediakan barang-barang dan jasa (seperti menyiapkan makanan, membersihkan rumah, mengambil pasien ke rumah sakit, memberikan uang). Dukungan informasi mengacu pada informasi dan saran yang berkaitan dengan kegiatan sehari-hari yang memberikan perilaku kesehatan dan pemecahan

masalah serta strategi *coping* (seperti mengambil obat-obatan, pencegahan penularan dan transmisi serta pengelolaan lingkungan). Dukungan penilaian mengacu pada ketentuan dukungan afirmatif atau umpan balik yang konstruktif untuk membantu seorang individu menyadari kekuatan dan potensi yang dimilikinya serta transmisi informasi yang relevan (Biswas, 2010). Kurangnya dukungan keluarga dapat menimbulkan masalah baru bagi penderita TBC, sebagai contoh pengalaman peneliti ada penderita TBC yang mencoba bunuh diri karena merasa tertekan selama pengobatan dengan alasan tidak tahan efek samping pengobatan dan kurangnya dukungan dari keluarga.

Wilson et al (2016), memaparkan cara untuk meningkatkan pemahaman tuberkulosis pada pasien dan keluarga yaitu dengan menggunakan videografi berbasis alat visual pendidikan yang membahas tentang prinsip-prinsip dasar TBC, termasuk cara diobati dan disembuhkan dengan sukses. Cara ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman pasien TBC dan kepatuhan terhadap pengobatan. Dengan

demikian, untuk mengubah keyakinan di antara penderita TBC dan keluarga dengan tujuan meningkatkan hasil pengobatan TBC yaitu dengan cara melibatkan penderita TBC dalam konseling keluarga serta pendidikan kesehatan dengan seorang perawat terlatih atau psikolog. Memberdayakan penderita TBC dan anggota keluarga juga dapat meningkatkan pemahaman mereka terhadap kepatuhan pengobatan, menyebabkan pengurangan “*lost-to-follow-up*” sehingga dapat mengurangi kejadian TBC resistan terhadap obat (Truzyan et al., 2018). Cara lain untuk melakukan pencegahan dan penularan infeksi TBC dapat dilakukan dengan berbagai langkah. Pertama, kontrol lingkungan berupa pengaturan ventilasi, perlindungan diri dengan menggunakan masker (Allyn, 2018).

Berdasarkan fenomena di atas penulis tertarik membahas tentang “Studi Fenomenologi: Dukungan Keluarga terhadap Kepatuhan Minum Obat pada Penderita *Tuberculosis Multidrug-Resistant* (TBC-MDR) di Kabupaten Bantul”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan dari paparan di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Dukungan Keluarga terhadap Kepatuhan Minum Obat pada Penderita *Tuberculosis Multidrug-resistant* (TBC-MDR) di Kabupaten Bantul ?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi lebih dalam tentang dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat pada penderita *tuberculosis Multidrug-resistant* (TBC-MDR) di Kabupaten Bantul.

### **2. Tujuan Khusus**

Mengeksplorasi secara mendalam tentang *instrumental support, information support, research support, emotional support, financial support, spiritual support* terhadap kepatuhan minum obat pada penderita *tuberculosis Multidrug-resistant* (TBC-MDR) di Kabupaten Bantul.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat melengkapi konsep atau aspek teoritis tentang dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat pada penderita TBC-MDR.

##### 2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini memiliki kontribusi dalam melengkapi referensi tentang dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat pada penderita TBC-MDR.

## E. Penelitian Terkait

Tabel 1.1 Penelitian Terkait

<i>Authors, Year</i>	<i>Title</i>	<i>Method/ Study Design</i>	<i>Methods of implementation</i>	<i>Findings</i>
(Beraldo et al., 2017)	<i>Adherence to tuberculosis treatment in Primary Health Care: perception of patients and professionals in a large municipality</i>	<i>Cross-sectional study</i>	Wawancara terstruktur	Identifikasi kesenjangan dalam penawaran tindakan untuk kepatuhan terhadap pengobatan TB dapat membantu pelayanan kesehatan untuk mengubah dan meningkatkan <i>driving range</i> dan skenario epidemiologi penyakit.
(Biswas, 2010)	<i>The Relationship Between Family Support and Health Behaviors Among</i>	Studi deskriptif korelasional	Kuesioner	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien dengan TB paru menerima dukungan keluarga tinggi ( $M = 3.26$ , $SD = 0,35$ ), dan perilaku kesehatan TB pasien juga pada tingkat tinggi ( $M = 3.04$ , $SD = 0,31$ ). Selain itu, semua dimensi dukungan keluarga berada di tingkat tinggi, kecuali 'dukungan informasi' yang dilaporkan di tingkat sedang ( $M = 2.85$ , $SD = 0,12$ ). Demikian pula, tiga dimensi kesehatan perilaku berada di tingkat tinggi. Ini adalah 'diet berikut sehat' ( $M = 3.01$ ,

					SD = 0.45) ; 'Sesuai dengan obat anti-TB' (M = 3.71, SD = 0.50), dan 'menghindari faktor risiko' (M = 3.47, SD = 0,48). Sisa dari mereka pada tingkat yang moderat. Selanjutnya, hasil penelitian menunjukkan bahwa ada positif yang signifikan secara statistik korelasi antara dua variabel ( $\rho = 0,47, p < .01$ ).
(Freitas et al., 2012)	<i>Knowledge and Perception About Tuberculosis of Patients Families Under Directly Observed Treatment at a Health Service in Ribeirao Preto-Sp Brazil</i>	Penelitian deskriptif		Kuesioner	Pengetahuan keluarga cukup memuaskan, tapi hasil menunjuk kelemahan yang berkaitan dengan manajemen perawatan keluarga.
(Kaulagekar-Nagarkar et al., 2012)	<i>Perspective of Tuberculosis Patients on Family Support and Care in Rural Maharashtra</i>	Penelitian kualitatif		Pendekatan grounded theory	Dukungan yang baik dan perawatan dianggap sebagai menerima perhatian yang diperlukan dan membantu dalam rutinitas sehari-hari, bantuan <i>monitary</i> , dukungan emosional dan moral dan motivasi bagi pemulihan awal. Keluarga memberikan dukungan dengan menemani ke pusat kesehatan, mengingatkan tentang obat-obatan,

				memberikan makanan. pasien wanita melaporkan sikap kurang simpatik dan perlakuan tidak adil di rumah suami sementara laki-laki mendapat dukungan emosional dan fisik dari pasangan. Stigma menyebabkan diskriminasi dan menghambat dukungan dan perawatan mekanisme.
(Sinha, 2010)	<i>DOTS Compliance by Tuberculosis Patients in District Raipur (Chhattisgarh)</i>	<i>Cross-sectional study</i>	Observasional	Penelitian mengungkapkan bahwa 65,93% pasien telah memenuhi terapi DOTS dan 33,38% adalah <i>non compliante</i> .
(Truzyan et al., 2018)	<i>Family-Based Tuberculosis Counseling Supports Directly Observed Therapy in Armenia: A Pilot Project</i>	Quasi Eksperimen	<i>Case and Control</i>	Evaluasi menunjukkan bahwa intervensi pendidikan kesehatan satu kali keluarga-berbasis dengan komponen psikologis dapat menjadi efektif dalam meningkatkan hasil pengobatan pasien TB.