

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*, sebagian besar bakteri ini menyerang paru-paru namun dapat menyerang organ tubuh lainya (Kemenkes RI, 2014). Penyakit TB merupakan penyakit infeksi kronis yang terutama menyerang paru-paru namun bisa juga menyerang organ-organ lain. Penyakit ini disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*, bakteri tersebut merupakan bakteri tahan asam berbentuk batang dan bersifat *aerob* yakni menyukai daerah yang banyak oksigen. Penyakit TB menular melalui *droplet* atau percikan dahak yang dikeluarkan oleh orang yang terinfeksi TB, penularan penyakit ini bersifat kontak lama dan terus menerus. TB adalah penyakit yang dapat mengancam derajat kesehatan masyarakat dan menimbulkan angka kematian yang tinggi (Raviglione, 2009).

World Health Organization (WHO) dalam *Global Tuberculosis Report* 2015 menyatakan bahwa pada tahun 2014, diperkirakan terdapat kasus kejadian TB yang menyerang 9,6 juta penduduk di dunia, dari angka tersebut kasus TB yang telah terdiagnosis dan dilaporkan sebesar 5,4 juta kasus, sementara yang belum terdiagnosis dan dilaporkan sebanyak 4,2 juta kasus. Dari 9,6 juta kasus TB paru pada tahun 2014, 58% berada di Asia Tenggara dan Pasifik Barat yaitu di India, Indonesia dan China yang memiliki jumlah kasus masing-masing: 23%, 10% dan 10% dari total keseluruhan kasus. Indonesia menempati urutan ke 2 di Asia Tenggara dan Pasifik Barat setelah India untuk jumlah kasus kejadian TB dengan prevelensi 1000 per 254.455 populasi di Indonesia.

Data tahun 2014 dari Profil Kesehatan Indonesia menyebutkan bahwa jumlah kasus TB BTA positif berdasarkan jenis kelamin dan provinsi ditemukan bahwa laki-laki sebanyak 106.451(60,3%) dan perempuan sebanyak 70.226 (39,7%) dari total 176.677 kejadian TB seluruh provinsi di Indonesia. Di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) terdapat 1.278 kasus kejadian TB yang ditemukan, dari jumlah kasus tersebut yang dinyatakan sembuh 513 orang (40,1%),

pengobatan lengkap 50 orang (3,9%), dan keberhasilan pengobatan 563 orang (44,1%). Angka tersebut sangat rendah jika dibandingkan dengan provinsi Sumatra Utara, Kalimantan Selatan, Gorontalo yang angka pengobatan lengkap dan keberhasilan pengobatannya mencapai lebih dari 85,5% (Kemenkes RI, 2015).

Data tahun 2014 dalam Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta secara keseluruhan prevalensi penyakit TB di DIY adalah 43 per 100.000 penduduk. Kabupaten Bantul menempati posisi kedua setelah Kabupaten Sleman dengan jumlah 428 kasus sedangkan Kabupaten Sleman sebanyak 546 kasus. Namun yang membedakan kedua kabupaten tersebut adalah angka kesembuhan, angka pengobatan lengkap dan angka keberhasilan pengobatan dimana kabupaten bantul angka pencapaiannya sangat rendah dibandingkan kabupaten sleman. Di kabupaten Bantul terdapat 303 kasus TB BTA positif yang diobati, angka kesembuhannya hanya 73 orang (24,09%), angka pengobatan lengkap tidak ada (0%), angka keberhasilan pengobatan hanya 25 orang (8,25%) dan jumlah kematian selama pengobatan 7 orang (2,31%). Dibandingkan dengan kabupaten sleman dari 302 kasus TB BTA positif yang diobati, angka kesembuhan mencapai 265 orang (87,75%), angka pengobatan lengkap 5 orang (1,66%), angka keberhasilan pengobatan 89 orang (29,47%), dan angka kematian selama pengobatan sebanyak 8 orang (2,64%) (Dinkes DIY, 2015).

Berdasarkan data dari profil kesehatan tahun 2014 Kabupaten Bantul, penemuan kasus TB BTA positif pada tahun 2013 sebesar 52,68% naik dibandingkan tahun 2012 yang dilaporkan sebesar 51,01%. Angka keberhasilan pengobatan pada tahun 2013 dilaporkan sebesar 85,23% dan angka kesembuhan (*cure rate*) sebesar 79,75%. Angka kesembuhan pengobatan TB di Kabupaten Bantul menurun bila dibandingkan dengan tahun 2012 sebesar 86,12% dan menurun drastis pada tahun 2014 yaitu angka kesembuhan pengobatan TB hanya 24,09%. Jumlah kematian TB dilaporkan sebesar 1,8 per 100.000 penduduk (17 orang). Angka kejadian TB Kabupaten Bantul terbanyak berada di Kecamatan Piyungan dengan jumlah seluruh kasus TB ada 30 orang yang semuanya berada di wilayah kerja Puskesmas Piyungan Kabupaten Bantul dengan angka kesembuhan baru mencapai 75% (Dinkes Kab.Bantul, 2014).

TB menjadi salah satu penyakit menular selain HIV/AIDS dan malaria yang upaya pengendaliannya dinilai pada komitmen global *Millenium Development Goal's* (MDG's). MDG's menetapkan TB sebagai bagian dari tujuan dibidang kesehatan yang terdiri dari: 1) menurunkan insidensi TB; 2) menurunkan prevalensi dan angka kematian akibat TB menjadi setengahnya; 3) sedikitnya 70% kasus TB dengan BTA positif terdeteksi dan diobati melalui program *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS) atau pengobatan TB dengan pengawasan langsung oleh seorang Pengawas Minum Obat (PMO); dan 4) setidaknya 85% tercapai *Treatment Success Rate* (TSR). Upaya pengendalian TB secara nasional dilakukan dengan menerapkan strategi DOTS sejak 1995, yaitu strategi penatalaksanaan TB yang menekan pentingnya pengawasan untuk memastikan penderita menyelesaikan pengobatan sesuai ketentuan sampai dinyatakan sembuh. Strategi DOTS terdiri dari 5 komponen, yaitu: 1) Adanya komitmen politik berupa dukungan dalam penanggulangan TB. 2) Diagnosa TB dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan sputum yang mikroskopik secara langsung. 3) Pengobatan TB dengan panduan obat anti tuberkulosis (OAT) jangka pendek di bawah pengawasan langsung seorang PMO, khususnya penderita baru yang minum obat setiap hari pada dua bulan pertama. 4) Adanya kesinambungan ketersediaan paduan OAT jangka pendek yang cukup. 5) Pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan penderita serta kinerja program secara menyeluruh (Kemenkes RI, 2011).

Pengembangan strategi DOTS telah dilaksanakan diseluruh provinsi di Indonesia pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan (FPK); Puskesmas (96%) dan Rumah Sakit (30%), baik Rumah Sakit Pemerintah, Swasta, BUMN, dan TNI/Polri (Kemenkes Republik Indonesia, 2013). Tiga FPK utama yang digunakan oleh penderita untuk menjalani pengobatan TB antara lain, Puskesmas, Rumah sakit dan Praktik dokter swasta (Kemenkes RI, 2011).

Data dari Pusat Data dan Informasi (PUSDATIN) angka keberhasilan pengobatan atau *Treatment Succes Rate* (TSR) TB paru di Indonesia paling rendah di provinsi Papua (24%) dan tertinggi di provinsi Gorontalo (96%) sementara DIY berada di urutan ke empat dengan angka TSR (44%). Tinggi

rendahnya TSR dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain: 1) Faktor penderita: penderita tidak patuh minum OAT, penderita pindah fasilitas pelayanan kesehatan, dan TB-nya termasuk yang resisten terhadap OAT. 2) Faktor PMO: PMO tidak ada, PMO ada tapi kurang memantau, peran PMO kurang maksimal. 3) Faktor obat: suplai OAT terganggu sehingga penderita menunda atau tidak meneruskan minum obat, penurunan kualitas OAT karena penyimpanan tidak standar (Kemenkes RI, 2015).

Kepatuhan merupakan hal yang sangat penting dalam perilaku hidup sehat. Kepatuhan minum obat adalah mengonsumsi obat-obatan secara teratur sesuai dengan waktu, cara, dan dosis sesuai resep dokter. Selain ketidakpatuhan masalah lain dalam pengobatan TB adalah waktu pengobatan yang cukup lama yaitu sekitar 2-6 bulan. Hal ini berisiko apabila penderita tidak patuh minum obat atau putus obat, justru akan mengakibatkan kekebalan ganda kuman TB terhadap obat anti tuberkulosis. Pada akhirnya pengobatannya akan mulai dari awal lagi dan akan mengeluarkan biaya yang lebih mahal serta memakan waktu yang relatif lebih lama (Kemenkes RI, 2014). Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat ada 3 yaitu: pertama faktor *predisposing* meliputi pengetahuan, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sikap, kedua faktor *enabling* meliputi ketersediaan sarana atau fasilitas kesehatan, dan yang ketiga faktor *reinforcing* yaitu peran tenaga kesehatan dan peran keluarga sebagai pendamping atau PMO untuk anggota keluarganya yang menjalani pengobatan TB (Suhadi, 2005).

PMO keluarga mempunyai peranan penting dalam rangka mempercepat proses penyembuhan serta memastikan bahwa penderita tersebut menyelesaikan pengobatannya secara teratur. Keberhasilan pengobatan ditentukan oleh kepatuhan penderita dalam minum OAT itu sendiri serta pengawasan dari PMO. Tingginya angka putus obat menjadi masalah penting bagaimana peran dan tugas seorang PMO dalam mengawasi, mendampingi selama pengobatan dan memberikan dukungan kepada penderita agar teratur minum OAT sampai dinyatakan sembuh (Kemenkes RI, 2014).

Anggota keluarga sangat efektif dan efisien dalam berperan terhadap penyembuhan penderita TB karena tidak mengedepankan *reward* atau balasan berupa materi sebagai imbalan jasa tetapi dimotivasi oleh kedekatan keluarga yang didasari oleh pengabdian yang tulus, ikhlas, sabar, cinta, kasih sayang, dan tanggung jawab sebagai implementasi nilai keyakinan. Keluarga juga merupakan orang terdekat yang dapat memotivasi dan mengubah perilaku anggota keluarganya (Marni, 2007).

Penderita TB yang patuh melakukan pengobatan disamping karena adanya kesadaran dari penderita sendiri untuk sembuh juga didukung karena adanya peran keluarga sebagai pengawas minum obat yang selalu mengawasi, mendampingi, menyediakan dan mengontrol selama pengobatan penderita TB sampai dinyatakan sembuh. Dalam program pengobatan TB, peran keluarga mempunyai andil besar dalam meningkatkan kepatuhan minum obat, yaitu dengan adanya pengawasan dan pemberian dorongan kepada penderita untuk minum obat secara teratur. Keuntungan keluarga sebagai PMO adalah tempat tinggalnya yang serumah dengan penderita sehingga pengawasannya lebih optimal (Kartikasari, 2011).

Hasil studi pendahuluan yang peneliti lakukan pada tanggal 18 Nopember 2015 di Puskesmas Piyungan, dan kunjungan berikutnya pada tanggal 29 April 2016 untuk pengambilan data sampel dari buku register TB didapatkan hasil jumlah penderita TB di Puskesmas Piyungan pada tahun 2014 sejumlah 16 orang, tahun 2015 sejumlah 11 orang dan tahun 2016 (per maret 2016) sejumlah 7 orang, sehingga total penderita TB paru di Puskesmas Piyungan dari tahun 2014-2016 berjumlah 34 orang. Hasil wawancara menyebutkan bahwa di Puskesmas Piyungan diwajibkan bagi setiap penderita untuk mempunyai seorang PMO dari keluarganya untuk mengawasi dan memantau selama proses minum obat penderita. Kecuali penderita TB paru dengan B-20 (HIV/AIDS) dan penderita TB paru MDR (*Multi Drug Resistance*) yang PMOnya selain dari keluarga juga ada PMO dari petugas puskesmas yang mendampingi selama pengobatan. Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang hubungan peran keluarga sebagai pengawas minum obat dengan kepatuhan penderita paru

dalam minum obat khususnya di wilayah kerja Puskesmas Piyungan Kabupaten Bantul.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “ Adakah Hubungan Peran Keluarga Sebagai Pengawas Minum Obat dengan Kepatuhan Penderita Tuberkulosis Paru dalam Minum Obat di Wilayah Kerja Puskesmas Piyungan Kabupaten Bantul? ”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuinya Hubungan Peran Keluarga Sebagai Pengawas Minum Obat dengan Kepatuhan Penderita Tuberkulosis Paru dalam minum obat di wilayah kerja Puskesmas Piyungan Kabupaten Bantul.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya gambaran karakteristik demografi keluarga dari penderita Tuberkulosis paru di wilayah kerja Puskesmas Piyungan Kabupaten Bantul.
- b. Diketuinya peran keluarga sebagai pengawas minum obat terhadap kepatuhan penderita tuberkulosis paru dalam minum obat di wilayah kerja Puskesmas Piyungan Kabupaten Bantul.
- c. Diketuinya tingkat kepatuhan penderita tuberkulosis paru dalam minum obat di wilayah kerja Puskesmas Piyungan Kabupaten Bantul.
- d. Diketuinya keeratan hubungan peran keluarga sebagai pengawas minum obat dengan kepatuhan penderita tuberkulosis paru dalam minum obat di wilayah kerja Puskesmas Piyungan Kabupaten Bantul.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat digunakan untuk menambah wawasan dan sumber kepustakaan keperawatan medikal bedah dan keperawatan komunitas sebagai acuan untuk mengetahui gambaran tentang hubungan peran keluarga sebagai PMO terhadap kepatuhan penderita TB dalam minum obat.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi STIKES A.yani

Dapat dipergunakan untuk menambah sumber kepustakaan keperawatan medikal bedah dan keperawatan komunitas sebagai bahan bacaan dan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk penelitian selanjutnya.

b. Bagi Puskesmas Piyungan Kabupaten bantul

Sebagai bahan pertimbangan atau masukan untuk pengembangan strategi DOTS dan pengembangan program-program PMO di Puskesmas dan di Kabupaten Bantul.

c. Bagi peneliti selanjutnya

Sebagai bahan pertimbangan dan masukan untuk melakukan penelitian-penelitian lebih lanjut dengan variabel lain yang belum diteliti.

E. Keaslian Penelitian

1. Penelitian Kartikasari (2011) tentang Hubungan Peran Keluarga Sebagai Pengawas Minum Obat (PMO) dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita TB Paru di Puskesmas Kedungwuni II Kabupaten Pekalongan. Tujuan penelitiannya untuk mengetahui hubungan peran keluarga sebagai pengawas minum obat (PMO) dengan kepatuhan penderita TB dalam minum obat. penelitian menggunakan desain *deskriptif korelasional* dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian kartikasari adalah seluruh penderita TB yang ada dalam keluarga yang masih menjalani pengobatan di Puskesmas Kedungwuni II. Teknik pengambilan sampel adalah *total sampling* sebanyak 31 orang. Penelitian kartikasari dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kedungwuni II Pekalongan pada Desember 2010-Januari 2011. Hasil penelitian diperoleh nilai $p=0.000$ ($<0,05$) dan koefisien korelasi 0,591 yang berarti ada hubungan yang kuat antara peran keluarga sebagai PMO dengan kepatuhan minum obat pada penderita TB. Persamaan penelitian Kartikasari dengan penelitian ini adalah variabel bebas dan variabel terikatnya sama (variabel bebasnya peran keluarga sebagai PMO sedangkan variabel terikatnya adalah kepatuhan minum obat), teknik desain yang digunakan sama yaitu *deskriptif korelasional* dengan pendekatan *cross sectional*, teknik pengambilan sampel sama-sama menggunakan teknik *Total sampling*. Perbedaan penelitian kartikasari dengan penelitian ini adalah lokasi dan waktu penelitian, kuesioner yang digunakan dan jumlah responden berbeda.
2. Penelitian Suhadi (2005) tentang Kepatuhan Minum Obat Penderita TB paru di Kota Bengkulu. Tujuan penelitiannya adalah untuk mengetahui kepatuhan minum obat penderita Tb paru dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan tersebut. Desain penelitian menggunakan desain penelitian *Analitik* dengan pendekatan *cross sectional*. Populasinya adalah seluruh penderita TB yang sedang menjalani pengobatan di Kota Bengkulu yang berjumlah 137 orang. Teknik pengambilan sampelnya adalah *Purposive Sampling*. Hasil penelitian adalah variabel yang paling berperan terhadap kepatuhan minum

obat penderita TB di Kota Bengkulu adalah pengetahuan, sikap, serta peran PMO dan keluarganya. Peran PMO dan keluarganya mendapatkan koefisien nilai ($R^2 = 0,187$) dan ($Beta = 0.068$). Persamaan penelitian suhadi dengan penelitian ini adalah pada variabel terikatnya yaitu kepatuhan minum obat, pendekatan sama-sama menggunakan *cross sectional*. Kuesioner peran keluarga sebagai PMO dan kuesioner kepatuhan yang digunakan sama karena pada penelitian ini mengadopsi dari penelitian Suhadi. Perbedaan penelitian suhadi dengan penelitian ini adalah tehnik desain yang digunakan pada penelitian suhadi menggunakan desain penelitian *Analitik* sedangkan penelitian ini menggunakan desain *deskriptif korelasional*, lokasi dan waktu penelitian berbeda, hal lain yang membedakan penelitian ini dengan penelitian suhadi adalah tehnik pengambilan sampelnya, pada penelitian suhadi menggunakan tehnik *purposive sampling* sedangkan penelitian ini menggunakan tehnik *total sampling*.