

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit menular yang menjadi target dalam pencapaian *Millennium Development Goals* (MDG's) (UN, 2007). Sampai saat ini, TB masih merupakan masalah kesehatan dunia yang sulit dikendalikan. Hal ini dibuktikan banyaknya jumlah penderita TB mulai tahun 1993 sampai dengan sekarang. Data terbaru dari *Global Tuberculosis Report* 2012, pada tahun 2011 ditemukan hampir 9 juta kasus baru dan 1,4 juta kematian. *World Health Organization* (WHO) menargetkan penurunan 50% angka kematian di seluruh dunia pada tahun 2015 (WHO, 2012).

Saat ini, Indonesia menduduki posisi ke empat negara dengan kasus penderita TB setelah India, Cina dan Afrika selatan dengan 0,4 – 0,5 juta orang dengan TB (WHO, 2012). Estimasi prevalensi TB semua kasus adalah sebesar 660,000 (WHO, 2010 dalam Depkes RI, 2011) dan estimasi insidensi berjumlah 430,000 kasus baru per tahun. Jumlah kematian akibat TB diperkirakan 61,000 kematian per tahunnya (Depkes RI, 2011). Diperkirakan setiap tahun 450.000 kasus baru TB terjadi, di mana sekitar 1/3 penderita terdapat di sekitar Puskesmas, 1/3 lagi ditemukan pada pelayanan Rumah Sakit atau Klinik Pemerintah dan swasta, praktek swasta, dan sisanya belum terjangkau oleh unit Pelayanan Kesehatan (Sukana, 2003).

Hampir seluruh Provinsi di Indonesia ditemukan kasus TB. Penemuan kasus TB terbanyak terdapat di Provinsi Lampung, terjadi peningkatan kasus TB setiap tahunnya yaitu sebesar 9 per 100.000 penduduk. Sedangkan untuk penemuan

kasus TB terbaru di Provinsi seluruh Indonesia yang terjadi peningkatan pada tahun 2010 yaitu sebanyak 21 Provinsi yaitu Provinsi Sumatra Utara, Sumatra Barat, Riau, Kepulauan Riau, Jambi, Sumatra Utara, Lampung, Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Bali, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah. Jawa Timur menempati urutan No.12 untuk penemuan kasus TB terbanyak (Depkes RI, 2010). Saat ini, terjadi peningkatan kasus TB yang cukup derastis di Provinsi Jawa Timur. Terbukti Jawa Timur merupakan Provinsi dengan kasus TB tertinggi kedua di Indonesia setelah Jawa Barat. Prevalensi penderita TB di Jawa Timur mencapai 224 orang per 100.000 penduduk dengan jumlah kasus yang terdeteksi 65 – 70 persen (Dinkes Jatim 2012).

Kota Malang sebagai kota terbesar kedua di Jawa Timur memberikan angka kejadian TB yang cukup banyak. Data di Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Malang menyebutkan pada tahun 2011 jumlah kasus TB baru dan lama mencapai 2.001 kasus. Prevalensi dari kasus TB paru tahun 2011 mencapai 244 per 100.000 penduduk. Angka insiden kasus baru pada tahun 2011 terjadi kasus TB 162 – 163 orang. Sedangkan angka insiden kematian adalah 3 – 4 orang per 100.000 penduduk (Dinkes, 2012).

Dalam penanganan TB secara global, WHO merekomendasikan program *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS) yang terdiri dari komitmen politis dalam penanggulangan TB, deteksi penderita melalui pemeriksaan laboratorium, pengawasan langsung menelan obat, ketersediaan OAT jangka pendek yang cukup, dan pelaporan serta pencatatan yang bermutu. Di Indonesia, adopsi strategi DOTS mulai diterapkan pada tahun 1995 secara Nasional oleh Kementerian Kesehatan RI setelah melakukan uji coba di dua Provinsi (Kemenkes RI, 2010).

Laporan profil Ditjen PP&PL tahun 2012, diketahui bahwa Program DOTS telah banyak di laksanakan di seluruh provinsi. Pada awalnya penerapan strategi DOTS di Indonesia hanya dilakukan di Puskesmas, kemudian mulai dikembangkan di tempat kesehatan lainnya seperti Balai Pengobatan Penyakit Paru-paru (BP4) yang sekarang menjadi Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM), Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta, Dokter Praktek Swasta (DPS), Klinik Tempat Kerja (*workplace*), Klinik Lapas atau Rutan. Hal ini dibuktikan dengan adanya peningkatan angka keberhasilan pengobatan lebih dari 85%, bahkan sejak tahun 2007 telah melebihi 90% kecuali pada tahun 2011 dimana belum semua Provinsi melaporkan data akhir pengobatan dengan tepat waktu. (Ditjen PP&PL, 2012).

Kota Malang sendiri tingkat kesembuhan penderita TB paru pada tahun 2011 mencapai 71,84%, dimana dari 696 penderita BTA (+) pada tahun 2010 yang diobati dan sembuh pada tahun 2011 mencapai 500 penderita. Penderita tersebut telah menerima pengobatan anti TB paru dan telah dinyatakan sembuh. sedangkan angka kesuksesan mencapai 80,32% (Dinkes Kota Malang, 2012).

Program DOTS yang sudah dilakukan oleh Pemerintah selama bertahun-tahun sedikit mengurangi penemuan kasus TB, tetapi kejadian *drop out* atau putus obat masih saja terjadi dan menjadi salah satu faktor pengahalang untuk pemberantasan TB karena penderita yang gagal melakukan pengobatan bisa meninggal dunia namun juga tidak sembuh dan tetap merupakan sumber penularan bagi masyarakat sekitar. Menurut Depkes RI tahun 2006, pasien *drop out (defaulted)* adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif. Kejadian *drop out (default)* masih terjadi di beberapa daerah di Indonesia, salah satunya yaitu di Kota Malang. Jumlah penderita

Tuberculosis di Kota Malang yang terekam dalam laporan Dinas Kesehatan Kota Malang sebesar 1.372 orang, 827 pasien BTA negatif, dan 545 orang BTA positif. Penderita yang *drop out* sebesar 137 orang (17%), dimana yang berobat di Puskesmas sebanyak 25 orang (1,8%) dan yang lainnya berobat di seluruh Rumah Sakit di Kota Malang (Hermayanti, 2010).

Faktor yang mempengaruhi kejadian *drop out* sangat banyak diantaranya yaitu usia, sering terjadi pada usia 35 – 55 tahun dan terjadi seiring bertambahnya usia seseorang karena pada orang tua lebih sulit menerima dan mengikuti regimen pengobatan (Albuquerque *dkk.*, 2007), jarak yaitu jarak antara rumah penderita TB yang jauh dengan Puskesmas atau pelayanan kesehatan lainnya akan membuat penderita kesusahan untuk pergi ke petugas kesehatan sehingga akhirnya mereka memutuskan untuk berhenti berobat (Boateng *dkk.*, 2010), tingkat pengetahuan berpengaruh pada kejadian *drop out* TB yaitu pada penelitian yang dilakukan oleh Armiyati di Kota Pati tahun 2011 menunjukkan bahwa penderita *drop out* tuberkulosis yang kurang pengetahuan berpeluang 3,857 kali (dengan derajat kepercayaan 95%) untuk tidak patuh berobat., tingkat pendidikan masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah lebih berpeluang mengalami *drop out* TB (Ronaidi *dkk.*, 2011).

Dari faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian *drop out*, tingkat pendidikan dan tingkat pengetahuan merupakan faktor yang sangat mempengaruhi individu dalam pembentukan persepsi, karena rendahnya tingkat pendidikan dan tingkat pengetahuan seseorang sangat mempengaruhi daya serap seseorang dalam menerima informasi sehingga dapat mempengaruhi tingkat pemahaman tentang penyakit TB, cara pengobatan dan bahaya akibat minum obat tidak teratur (Erawatyningsih, 2009).

Persepsi merupakan pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya serta memberikan makna kepada stimulus (Notoadmojo, 2010). Persepsi mempunyai peranan penting dalam pembentukan perilaku. Setiap orang mempunyai pandangan atau persepsi yang berbeda tentang konsep sehat dan sakit.

Berdasarkan teori *Health Belief Model* Komponen utama dalam pembentukan perilaku kesehatan adalah persepsi individu, faktor pemodifikasi, dan kemungkinan tindakan yang dilakukan oleh individu. Masing-masing komponen itu kemudian dibagi menjadi subkomponen. Yang pertama yaitu komponen persepsi individu yang terdiri dari persepsi individu yang terdiri dari kerentanan yang dirasakan atau keparahan yang dirasakan atas suatu penyakit. Kedua komponen faktor pemodifikasi terdiri dari variabel demografi (usia, jenis kelamin, ras, etnis, etnis), variabel sosiopsikologis (kepribadian, kelas sosial, tekanan dari kawan sebaya dan kelompok panutan), dan variabel struktural (pengetahuan dan kontak sebelumnya dengan penyakit). Variabel itu bersama petunjuk untuk tindakan (media massa, berita, surat peringatan, penyakit, bahan bacaan) berdampak pada subkomponen ancaman yang dirasakan atas penyakit tertentu. Komponen utama ketiga yaitu kemungkinan tindakan yang terdiri dari subkomponen manfaat yang dirasakan dari tindakan preventif minus halangan yang dirasakan pada tindakan preventif. Dari semua komponen diatas sangat mempengaruhi perilaku kesehatan dan tindakan preventif untuk melawan suatu penyakit.

Suatu perilaku kesehatan yang salah dapat mengakibatkan dampak negatif pada tindakan preventif yang akan dilakukan oleh individu dalam

melawan penyakitnya. Tindakan tersebut akan berpengaruh pada pengobatan yang salah. Seperti yang terjadi pada kasus *drop out* TB. Persepsi keparahan penyakit menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi *drop out* atau putus obat. Beberapa penderita TB ada yang menganggap bahwa penyakitnya sudah sangat parah dan keparahan penyakit merupakan ancaman serius bagi penderita yang nantinya akan berdampak negatif yaitu penderita tidak ingin berobat lagi karena penderita merasa takut dengan keparahan penyakit yang dialaminya dan menganggap penyakitnya tidak dapat disembuhkan (Gibney, 2008). Pada penelitian Herni, 2012 diperoleh informasi bahwa klien penderita TB sudah mendapat obat untuk mual dan sesak napas tetapi keluhan tetap dirasakan, sehingga klien bersikap pasrah saja. Partisipan menganggap bahwa dengan minum obat penyakit yang dideritanya tidak ada manfaat yang didapatkan dan tidak segera sembuh karena penyakitnya sudah dianggap parah akhirnya mereka cenderung jenuh untuk minum obat.

Berdasarkan hasil penelitian dari Department of Medicine and Therapeutics, Medical School, University of Aberdeen mendukung bahwa persepsi klien mempengaruhi ketidakpatuhan terhadap regimen terapeutik. Ketidakpatuhan artinya sama dengan penderita tidak mau mengkonsumsi obat karena klien memiliki persepsi bahwa kondisi badannya sehat, tidak ada gejala yang signifikan terkait dengan penyakit yang dialaminya. Sehingga klien merasa tidak memerlukan pengobatan untuk mengendalikan keluhan yang dialaminya sehingga berakibat tidak mau melanjutkan pengobatan (Horn *et al.*, 2004). Saat penderita TB berpersepsi bahwa penyakit yang dialaminya sudah sangat parah dia cenderung untuk mencari pengobatan agar penyakit yang dialaminya membaik tetapi setelah minum obat tidak ada perubahan yang

dialami oleh penderita TB dan tidak ada manfaat yang dirasakan penyakitnya masih seperti sebelumnya maka penderita lebih cenderung untuk berhenti berobat atau *drop out* (Notoatmodjo, 2010).

Oleh karena itu, peneliti ingin meneliti lebih dalam pada variabel persepsi keparahan penyakit dan hubungannya terhadap kejadian *drop out* tuberkulosis di Kota Malang menggunakan desain penelitian yang berbeda, yaitu studi observasi dengan pendekatan *case control*. Penelitian ini dilakukan dengan mengukur persepsi keparahan penyakit pada penderita *drop out* tuberkulosis dan mengukur persepsi keparahan penyakit pada penderita Tuberkulosis (yang tidak mengalami *drop out*) serta menganalisis perbedaan antara persepsi keparahan penyakit terhadap kejadian *drop out* tuberkulosis di Kota Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara persepsi keparahan penyakit dengan kejadian *Drop out* pada penderita Tuberkulosis di Kota Malang?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan persepsi keparahan penyakit dengan Kejadian *drop out* tuberkulosis di Kota Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus:

1. Mengidentifikasi tentang persepsi keparahan penyakit pada penderita tuberkulosis yang mengalami *drop out*.
2. Mengidentifikasi tentang persepsi keparahan penyakit pada penderita tuberkulosis yang tidak *drop out*.

3. Membandingkan tentang persepsi keparahan penyakit pada penderita tuberkulosis yang *drop out* dan tidak *drop out*.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Akademis

Memberikan pandangan dan informasi terhadap akademisi keperawatan mengenai hubungan persepsi keparahan penyakit terhadap kejadian *drop out* pada penderita Tuberkulosis di Kota Malang dan bagi peneliti dapat mengembangkan pola pikir dalam melaksanakan riset, mengaplikasikan mata kuliah yang diterima di bangku kuliah ke dalam praktek lapangan.

1.4.2 Manfaat Praktis

Bagi penderita Tuberkulosis penelitian ini sangat bermanfaat untuk menambah pengetahuan pasien tentang penyakit Tuberkulosis dalam upaya mempercepat penyembuhannya dan menghindari atau meminimalkan terjadinya *drop out* dan bagi profesi keperawatan penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan pengelolaan pengobatan Tuberkulosis dan ketrampilan keperawatan bagi tenaga kesehatan pada penderita Tuberkulosis di bidang ilmu keperawatan khususnya dalam meminimalkan terjadinya *drop out* atau putus obat pada pasien Tuberkulosis.