

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Indonesia adalah salah satu negara dengan kasus tuberkulosis terbanyak di dunia (WHO, 2007). Umumnya manifes pada usia produktif (15-65 tahun). Namun tidak dapat dipungkiri bahwa anak-anak juga terinfeksi oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* (M.tb) terutama dari orang tua atau orang terdekat yang terkena tuberkulosis aktif. Di negara berkembang endemis tuberkulosis pada anak-anak berkisar antara 12-20% kasus (Donald, 2004). Berbeda pada kasus tuberkulosis pada orang dewasa yang lebih banyak adalah tuberkulosis paru, bentuk tuberkulosis pada anak bervariasi dari pulmonal sampai ekstra pulmonal misal tuberkulosis meningitis, tuberkulosis kelenjar maupun tuberkulosis tulang. Tuberkulosis pada anak ini akan mengganggu proses tumbuh kembang anak, menimbulkan kecacatan bahkan kematian (Nelson & Wells, 2004).

Faktor yang mempengaruhi individu dan keluarga tuberkulosis dalam mencari pertolongan kesehatan dan patuh dalam pengobatan adalah tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap, pekerjaan, pendapatan, jarak pelayanan kesehatan dan dukungan pengawas minum obat. (Heriyono, 2004), serta didukung oleh peran petugas kesehatan dalam memotivasi perubahan perilaku (Sukowati & Shinta, 2003). Beberapa hasil studi menemukan bahwa klien yang tidak teratur berobat dan putus obat pada penderita tuberkulosis disebabkan karena; 1) tidak mendapatkan penyuluhan dari petugas kesehatan, 2) tidak ada kunjungan rumah

oleh petugas kesehatan, 3) faktor ekonomi tidak bekerja (Philipus, 2002, Heryanto & Komalig, 2004).

Perilaku sehat seseorang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap positif akan bersifat langgeng. Pengetahuan keluarga tentang penyakit tuberculosis, kesadaran untuk sembuh dari penyakit tersebut merupakan dasar keluarga berperilaku mencegah dan patuh terhadap suatu pengobatan (Notoatmojo, 2003). Sehingga bila keluarga atau orangtua anak memahami tentang penyakit tuberculosis dan perilaku yang harus dilakukan serta patuh terhadap pengobatan, maka kesembuhan anaknya menjadi sangat besar.

WHO memperkirakan bahwa tuberculosis merupakan penyakit infeksi yang paling banyak menyebabkan kematian anak dan dewasa. Kematian akibat TB lebih banyak dari pada kematian akibat malaria dan AIDS (IDAI, 2007). Pada dekade 1990-an situasi tuberculosis di dunia memburuk, jumlah kasus dan kematian meningkat, terutama pada negara yang dikelompokkan dalam 22 negara *high burden countries* (HBC). Sejak tahun 1993, WHO mencanangkan tuberculosis sebagai kedarutan dunia (*global emergency*) (WHO, 1993), dan meskipun solusi strategi pengembangan kontrol tuberculosis (*Directly Observed Treatment Shortcourse-DOTS*) yang telah diperkenalkan sejak 1990-an maju dengan pesat, angka insiden tuberculosis secara global tetap bertambah 1 % tiap tahunnya sejak 2002. Tetapi tuberculosis telah tersedia luas dan terjangkau dari segi biaya, namun masih tercatat terdapat 5000 kematian per hari di seluruh dunia, terutama di komunitas miskin, menggambarkan beban penderitaan umat manusia

dan kendala besar bagi perkembangan sosial ekonomi global (Stop TB Partnership, 2006). Tiga hal yang mempengaruhi epidemiologi tuberkulosis setelah tahun 1990 yaitu perubahan strategi pengendalian, infeksi HIV dan pertumbuhan populasi yang cepat (IDAI, 2007). Depkes RI melaporkan pada tahun 2007 terdapat 1.769 kasus baru TB paru ditemukan pada kelompok usia 0 – 14 tahun atau 1,1 % dari total 160.617 kasus (Depkes RI, 2008). Menurut data Depkes RI 2008, di Jawa Timur kasus baru TB paru kelompok usia 0 – 13 tahun pada tahun 2007 adalah sebesar 241 penderita (116 laki-laki, dan 125 perempuan). Jawa Timur merupakan propinsi kedua tertinggi setelah Jawa Barat dalam temuan kasus baru TB paru anak yaitu 13 % dari seluruh temuan kasus TB anak baru di Indonesia, dan 1,05 % dari seluruh kasus TB paru baru baik dewasa maupun anak di Jawa Timur (Depkes RI, 2008).

Data penderita baru yang terdiagnosis dengan TB di Instalansi Rawat Jalan RSUD dr. Soetomo Surabaya tahun 2007 sebesar 169 anak dimana angka ini kecenderungan meningkat setiap tahunnya, pada tahun 2010 menjadi 284 anak (Data Rekam Medik IRJ, 2010). Demikian juga angka *default* atau putus pengobatan selama 2 bulan berturut-turut dalam pengobatan tuberkulosis di Poli Respirologi Anak RSUD dr. Soetomo pada tahun 2006 dan 2007 sebesar 14 % dan 16 % (Data Poli DOT, 2009). Angka kunjungan penderita tuberkulosis pada kasus anak ini di Instalansi Rawat Jalan (Poliklinik unit respirologi) RSUD dr. Soetomo Surabaya ini cukup tinggi dibandingkan di RSUD/RSU-Paru Karang Tembok Surabaya angka kunjungan penderita anak-anak rata-rata pertahun 50 kasus.

Serangan tuberculosis pada otak, misalnya, dapat menyebabkan kecacatan.

Anak terancam gagal kembang, sulit bicara, tangan lemah atau cacat lain sehingga perlu penanganan fisioterapi. Prinsip pemberian obat anti tuberkulosis(OAT) baik pada dewasa ataupun anak adalah kombinasi minimal 2 jenis obat yang diberikan dalam waktu yang relatif lama (Depkes, RI, 2006). Pemberian kombinasi obat dalam jangka panjang ini dapat menimbulkan masalah berkurangnya kepatuhan penderita, yang menyebabkan rantai permasalahan yaitu kekambuhan yang akan muncul suatu permasalahan rendahnya angka kesembuhan tuberkulosis dan meningkatnya resisten terhadap OAT yang multipel (*Multi Drug Resisten-MDR TB*) (WHO, 2008).

Studi penelitian yang dilakukan Erlina Burhan menemukan bahwa salah satu factor penyebab *MDR-TB* adalah pengobatan tuberkulosis yang tidak adekuat dan salah satu penyebabnya adalah kepatuhan pengobatan yang kurang adekuat. Kepatuhan pengobatan penderita ini ada beberapa hal yang mempengaruhi, yaitu kurang informasi, masalah transportasi, masalah efek samping obat, masalah social, ketergantungan pad substansi tertentu.

Kepatuhan pada pengobatan jangka panjang penyakit kronis termasuk tuberkulosis di negara maju rata-rata hanya sebesar 50 %, dan di negara berkembang bahkan lebih rendah, padahal kepatuhan ini merupakan indikator penting terhadap efektif sistem kesehatan (WHO, 2001). WHO mencatat 5 dimensi yang saling berkaitan yang mempengaruhi kepatuhan ini , faktor tersebut meliputi faktor sosial ekonomi, sistem pelayanan kesehatan, faktor yang berkaitan dengan kondisi sakit, faktor penderita, faktor yang berkaitan dengan kompleksitas regimen, efek samping, lama terapi, riwayat kegagalan terapi, serta faktor

ketersediaan dukungan medis (WHO, 2003). Riset mendokumentasikan hubungan antara kompleksitas regimen dengan kepatuhan terhadap pengobatan (Fielding, 1999).

Pengobatan tubeculosis pada anak cukup rumit, karena pada pengobatan ini membutuhkan keterlibatan beberapa sektor yaitu keterlibatan peran tim medis, anak dan pengasuh (*Triat pathnership*) (Decivita, 2004). Bagi anak yang telah terkena tuberkulosis, pengobatan yang dijalani sama saja dengan orang dewasa yakni menjalani pengobatan paket selama enam bulan. Namun, tuberkulosis pada anak tidak cukup semata ditangani dengan pengobatan, tetapi perbaikan lingkungan serta peningkatan gizi sangat penting untuk memperkuat daya tahan tubuh anak. Imunisasi BCG (antituberkulosis) tidak menjamin anak bebas dari

mempunyai potensi untuk dapat beradaptasi terhadap stimulus, baik stimulus internal maupun eksternal. Pada konsep model adaptasi Roy yang menitik beratkan pada merubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif terdiri dari 5 elemen utama yaitu; person (orang yang menerima asuhan keperawatan), tujuan keperawatan, konsep sehat sakit, konsep lingkungan dan arah kegiatan keperawatan. Elemen person dalam model ini dipandang Roy secara menyeluruh (*holistic*) yang merupakan satu kesatuan.

1.2 Identifikasi Masalah

Banyak faktor yang mungkin mempengaruhi kepatuhan berobat atau faktor yang menghambat kepatuhan untuk berobat yang meliputi; faktor ekonomi, yang berhubungan dengan penderita (etnis, jenis kelamin, usia), pengetahuan, kompleksitas regimen, hubungan *supportif* antara penyedia kesehatan dan penderita. Pada model Adaptasi Roy kemungkinan faktor-faktor tersebut dapat terkaji lebih detail karena pada model Adaptasi Roy faktor tersebut sebagai stimulasi yang meliputi fisiologis, psikologis, sosial dan lingkungan dimana faktor-faktor tersebut sebagai stimulasi pada suatu program perawatan sangat berperan.

1.3. Rumusan Masalah

Rumusan masalah yang peneliti uraikan adalah sebagai berikut; Apakah pemberian modul pengobatan tuberkulosis terhadap keluarga yang anaknya menderita tuberkulosis dapat meningkatkan kepatuhan berobat penyakit

tuberkulosis pada anak di Poliklinik Anak RSUD dr. Soetomo Surabaya.

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini untuk menganalisis pengaruh pemberian modul pengobatan tuberkulosis terhadap kepatuhan berobat penyakit tuberkulosis pada anak dengan pendekatan model adaptasi Roy di Poliklinik Anak RSUD dr. Soetomo Surabaya.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Menganalisis pengetahuan keluarga tentang pengobatan TB sebelum dan sesudah pemberian modul pengobatan penyakit tuberkulosis
- 2) Menganalisis sikap keluarga tentang pengobatan TB sebelum dan sesudah pemberian modul pengobatan penyakit tuberkulosis
- 3) Menganalisis tindakan keluarga dalam pemberian obat OAT sebelum dan sesudah pemberian modul pengobatan penyakit tuberkulosis.
- 4) Menganalisis kepatuhan berobat sebelum dan sesudah pemberian modul pengobatan penyakit tuberkulosis.
- 5) Menganalisis pengaruh pemberian modul pengobatan TB terhadap kepatuhan berobat penyakit tuberkulosis pada anak dengan pendekatan model adaptasi Roy di RSUD dr. Soetomo Surabaya.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis penelitian ini bermanfaat untuk pengembangan ilmu keperawatan dimasa yang akan datang.

1.5.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini bermanfaat untuk mengaplikasikan pada praktek keperawatan secara mandiri sehingga asuhan keperawatan yang diberikan lebih profesional.