

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *mycobacterium tuberculosis* berbentuk batang (*bacillus*) yang ditularkan melalui perantara ludah atau dahak yang mengandung basil tuberkulosis yang menyebar di udara ketika penderita TB paru batuk. Penularan penyakit TB paru sebagian besar mengenai orang dewasa pada kelompok usia produktif secara ekonomi, dimana sekitar dua-pertiga dari kasus diperkirakan terjadi antara orang-orang berusia 15-59 tahun dan lebih sering terjadi pada pria daripada wanita (WHO, 2011). Penyakit TB merupakan masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia dan menjadi penyebab kematian ketiga terbesar setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan, dan merupakan nomor satu terbesar dalam kelompok penyakit infeksi (WHO, 2011).

Pada tahun 2011 *World Health Organization* (WHO) memperkirakan terjadi 8,7 juta kasus baru TB secara global, yang setara dengan 125 kasus per 100.000 penduduk. Sebagian besar dari perkiraan jumlah kasus pada tahun 2011 terjadi di Asia (59%) dan Afrika (26%). WHO menetapkan 22 negara sebagai *high burden countries* (HBC) atau negara dengan masalah penyakit TB yang tinggi (WHO, 2012). Indonesia saat ini berada pada ranking keempat negara dengan beban TB tertinggi di dunia, setelah India, Cina dan Afrika Selatan. Estimasi prevalensi kasus TB adalah sebesar 600,000 dan estimasi insidensi berjumlah 450,000 kasus baru per tahun, dengan jumlah kematian akibat TB diperkirakan 65,000 kematian per tahunnya (WHO, 2012). Laporan Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan

Lingkungan (Ditjen PP&PL) Kementerian Kesehatan RI, menunjukkan cakupan penemuan kasus TB paru / *Case Detection Rate* (CDR) pada tahun 2011 sebesar 82,2% dengan jumlah kasus baru TB paru sebanyak 194.780 kasus, serta cakupan penderita yang dinyatakan sembuh 80,4% dan pengobatan lengkap 6,3%, dengan angka *success rate* (SR) sebesar 86,7% (Kemenkes RI, 2012).

Di provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) penyakit TB terdeteksi dengan prevalensi 1,1% tersebar di seluruh Kabupaten/Kota. (Depkes RI, 2008). Cakupan penemuan kasus TB paru provinsi NTB pada tahun 2011 masih jauh dibawah cakupan CDR nasional yaitu sebesar 36,6%, dengan jumlah kasus baru sebanyak 3.512 kasus, jumlah penderita yang dinyatakan sembuh 77,6% dan pengobatan lengkap 14,3%, dengan demikian angka SR-nya mencapai 91,9% (Kemenkes RI, 2012). Di Kota Bima, pada tahun 2011 kasus TB terdeteksi dengan angka CDR sebesar 46,15%, dengan insidensi 190,1 per 100.000 penduduk dan prevalensi TB paru sebesar 192 per 100.000 penduduk, serta angka kematian akibat TB paru 9,8 per 100.000 penduduk. Tingkat kesembuhan dan pengobatan lengkap TB di Kota Bima pada tahun 2011 masih tergolong rendah yaitu dengan angka pengobatan lengkap TB sebesar 37,01%, dan kesembuhan sebesar 59,06% dari 127 penderita yang diobati, dengan angka SR sebesar 96,06%. (Dinkes Kota Bima, 2011).

Penyakit TB paru yang diderita oleh individu akan membawa dampak yang sangat besar dalam kehidupannya baik secara fisik, mental maupun kehidupan sosial. Secara fisik penyakit TB paru yang tidak terobati dengan benar akan menimbulkan berbagai komplikasi seperti penyebaran infeksi ke organ lain (otak, tulang, persendian, ginjal hati dan organ lainnya), kekurangan nutrisi, batuk darah yang berat, resistensi terhadap banyak obat dan komplikasi lainya (Smeltzer & Bare, 2001).

Dampak secara ekonomi terjadi akibat sebagian besar (sekitar 75%) penderita TB adalah kelompok usia produktif (15-50 tahun). Diperkirakan seorang pasien TB dewasa, akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20 – 30%. Jika ia meninggal akibat TB, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TB juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial yaitu stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat (Depkes RI, 2007).

Risiko tertular penyakit TB juga mengancam orang-orang di sekitar penderita. Pada waktu batuk, bersin, berbicara atau bernyanyi penderita menyebarkan kuman ke udara melalui percikan dahak (*droplet nuclei*) dan terhirup oleh individu yang rentan, penularan umumnya terjadi dalam ruangan dimana *droplet nuclei* dapat bertahan dalam waktu yang lama. Faktor risiko seseorang untuk tertular TB adalah (1) kontak dekat dengan penderita TB aktif; (2) mengalami penurunan daya tahan tubuh; (3) tinggal di lingkungan perumahan kumuh dan padat penduduk dengan ventilasi rumah yang kurang; (4) menderita kekurangan gizi, terinfeksi HIV, penyakit kanker; dan (5) kelompok usia rentan seperti anak-anak dan lansia (Smeltzer & Bare, 2001).

Berbagai upaya pengendalian TB telah dieksplorasi dan dipromosikan oleh WHO antara lain melalui kegiatan komplementer dan inovatif dengan memberdayakan sumber-sumber nasional dan internasional, yang meliputi : kegiatan kolaboratif antara program pengendalian TB dan HIV, strategi untuk mengelola penderita yang resistan terhadap obat TB, menangani pengendalian TB untuk kelompok masyarakat marginal dan rentan, meningkatkan akses terhadap kualitas dan ketersediaan obat TB, memperluas layanan perawatan TB yang berkualitas,

memberdayakan masyarakat dan keluarga melalui mobilisasi sosial, pendidikan kesehatan dan cara-cara efektif untuk melakukan perawatan TB di komunitas serta meningkatkan kemandirian pasien TB dalam aktivitas perawatan (WHO, 2006).

Pengobatan kasus TB merupakan salah satu strategi utama dalam pengendalian TB karena dapat memutuskan rantai penularan. Pada 1994 WHO meluncurkan strategi pengendalian TB untuk diimplementasikan secara internasional, disebut DOTS (*Direct Observed Treatment Short-course*) (WHO, 2006). Sejak tahun 1995, program nasional penanggulangan TB mulai melaksanakan strategi DOTS dan menerapkannya pada Puskesmas secara bertahap. Sampai tahun 2000, hampir seluruh Puskesmas telah berkomitmen melaksanakan strategi DOTS yang diintegrasikan dalam pelayanan kesehatan dasar (Depkes RI, 2007). Meskipun memiliki beban penyakit TB yang tinggi, Indonesia merupakan Negara pertama diantara HBC di wilayah *WHO South-East Asian* yang mampu mencapai target global TB untuk deteksi kasus dan keberhasilan pengobatan pada tahun 2006. Pada tahun 2012, tercatat sejumlah 316.562 kasus TB telah ditemukan dan diobati dengan CDR 82,2%. (Kemenkes RI, 2011).

Program pemberantasan penyakit TB paru pada semua puskesmas di wilayah Kota Bima telah menerapkan strategi DOTS dengan penemuan kasus secara pasif melalui promosi aktif. Hasil wawancara dengan petugas TB di dua puskesmas yaitu puskesmas Mpunda dan Paruga pada bulan Desember 2012, mengungkapkan terdapat sejumlah faktor penghambat yang mempengaruhi kesembuhan penderita TB paru, yaitu : (1) Banyak yang putus berobat karena merasa sudah enak; (2) Pengobatan tidak teratur karena berpindah-pindah tempat tinggal; (3) Kebosanan minum obat; (4) Pasien kurang motivasi; (5) Kesibukan pasien dengan pekerjaan

dalam mencari nafkah; serta (6) Adanya persepsi dari sebagian pasien bahwa pelayanan puskesmas kurang memuaskan dan obat yang ada di puskesmas tidak lengkap, lalu pindah ke dokter praktik swasta yang tidak memberikan obat anti tuberkulosis (OAT) standar DOTS dalam jangka panjang. Lebih lanjut berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan 10 orang penderita TB paru yang sedang berobat di puskesmas Mpunda dan Paruga didapatkan pengetahuan penderita tentang penyakit TB paru, 60% dengan pengetahuan kurang, 30% dengan pengetahuan cukup dan 10% dengan pengetahuan baik. Masih rendahnya pengetahuan penderita tentang TB paru berakibat pada kurangnya minat penderita dan keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia.

Pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) merupakan suatu proses atau upaya untuk menumbuhkan pengetahuan, kesadaran dan kemauan keluarga dalam memelihara dan meningkatkan status kesehatan (Notoatmodjo, 2007). Pemberdayaan keluarga sangat cocok diterapkan di Kota Bima, mengingat dari segi struktur sosial masyarakat Bima sebagian besar menganut bentuk tradisional dari keluarga yaitu keluarga inti (*nuclear family*) dan keluarga besar (*extended family*) dengan pola hubungan dan interaksi sosial yang erat diantara sesama anggota keluarga (Andarmoyo, 2012). Oleh karena itu melalui pemberdayaan keluarga diharapkan akan menumbuhkan pengetahuan, pemahaman bahkan *self efficacy* yang tinggi dari pasien dan keluarganya. *Self-efficacy* merupakan salah satu kemampuan pengaturan diri individu untuk membentuk perilaku yang relevan pada tugas atau situasi khusus (Bandura, 1978), seperti tugas-tugas perawatan diri selama menjalani pengobatan TB yang biasanya berlangsung sampai 6 bulan.

Perawat sebagai bagian dari tenaga kesehatan memegang peranan penting dalam merubah perilaku penderita dan keluarga sehingga terjadi keseimbangan dan

kemandirian dalam aktivitas perawatan diri. Dorothea E. Orem (1971) didalam Tomey & Alligood (2010) berpandangan bahwa setiap orang mempunyai kemampuan dalam memenuhi kebutuhan dasarnya secara mandiri. Peran perawat adalah sebagai agen yang mampu membantu klien dalam mengembalikan peranya sebagai *self care agency*. Perawat sesuai dengan perannya sebagai *educator* dan *counselor* bagi pasien dapat memberikan bantuan kepada pasien TB dalam bentuk *supportive-educative system* dengan memberikan pendidikan dengan tujuan pasien mampu melakukan perawatan secara mandiri dan meningkatkan kepatuhan pasien dalam pengobatan. Kepatuhan pasien terhadap pengobatan TB sangat penting untuk pengendalian TB yang efektif. Kepatuhan terhadap pengobatan adalah masalah yang kompleks yang melibatkan sistem pelayanan kesehatan, proses perawatan, perilaku tenaga kesehatan dan kualitas komunikasinya dengan pasien, sikap masyarakat, dan perilaku pasien itu sendiri (Jakubowiak et al., 2008).

Pengelolaan mandiri dan perawatan lanjutan di rumah yang dilakukan oleh pasien dengan penyakit kronis merupakan kunci dalam penatalaksanaan penyakit secara komprehensif (Egwaga et al., 2009). Kemandirian pasien dalam pengelolaan TB dan kepatuhannya dalam menjalani pengobatan diperoleh jika individu memiliki pengetahuan, keterampilan dan *self efficacy* untuk melakukan perilaku pengelolaan TB dan perawatan diri di rumah. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lewis and Newell, (2009) menunjukkan bahwa peningkatan komunikasi antara penyedia layanan kesehatan dan pasien, pemberdayaan individu, pengetahuan dan pemahaman pasien tentang program pengobatan, dapat meningkatkan kepercayaan diri (*self efficacy*) penderita TB dalam perawatan dan pengobatan. Hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh (Kholifah et al., 2012) menyimpulkan bahwa penerapan Model

Adaptif Conservation dapat meningkatkan pengetahuan pasien TB paru dan keluarga; meningkatkan dukungan keluarga, kelompok dan masyarakat pada pasien TB paru; dukungan perawat pada kepatuhan berobat pasien TB paru; serta meningkatkan kepatuhan berobat pasien TB paru.

Berdasarkan uraian data hasil studi pendahuluan, bahwa tingkat kesembuhan dan pengobatan lengkap TB paru di Kota Bima masih tergolong rendah. Angka kesembuhan 59,06% dan pengobatan lengkap 37,01% menunjukkan masih rendahnya motivasi (*efficacy* diri) penderita TB dalam upaya penyembuhan penyakitnya. Disamping itu, rendahnya angka kesembuhan dan pengobatan lengkap merupakan implikasi dari perilaku perawatan diri dan perawatan mandiri yang dilakukan oleh pasien dan keluarga selama proses pengobatan yang masih kurang. Didukung pula oleh hasil wawancara peneliti dengan petugas TB di dua puskesmas yang mengatakan banyak penderita yang putus berobat karna merasa sudah sembuh, bosan minum obat dan kurang motivasi dalam menyelesaikan program pengobatan.

Salah satu upaya untuk meningkatkan *self efficacy* dan kemampuan *self care* penderita TB paru adalah melalui pemberdayaan keluarga (*family empowerment*), hal ini berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Moattari et al. (2012) yang menunjukkan bahwa kombinasi pemberdayaan individu dan sesi konseling kelompok meningkatkan *self-efficacy*, kualitas hidup, gejala klinis, serta kadar hemoglobin dan hematokrit pada pasien hemodialisis. Didukung pula oleh hasil penelitian Hulme (1999) yang mengatakan bahwa pemberdayaan merupakan intervensi keperawatan interaktif yang dirancang untuk membantu keluarga mengoptimalkan sumber daya keluarga, sehingga meningkatkan kemampuan anggota keluarga untuk secara efektif merawat dan mempertahankan kehidupan keluarga mereka.

Pelaksanaan pemberdayaan keluarga melalui metode edukasi dalam meningkatkan pengetahuan, pemahaman dan *self-efficacy* pasien dan keluarga dalam melaksanakan tugas-tugas perawatan diri (*self care*) selama menjalani pengobatan TB paru di rumah belum pernah diteliti di Kota Bima, serta belum optimalnya angka kesembuhan dan pengobatan lengkap penderita TB paru merupakan hal yang mendasari peneliti untuk mengadakan penelitian tentang pengaruh pemberdayaan keluarga dalam meningkatkan *self-efficacy* dan *self care activity* penderita tuberculosis paru di Kota Bima Nusa Tenggara Barat. Dalam pemberdayaan keluarga ini termasuk keluarga dan penderita TB paru.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah pengaruh pemberdayaan keluarga dalam meningkatkan *self-efficacy* dan *self care activity* keluarga dan penderita tuberculosis paru di Kota Bima Nusa Tenggara Barat?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk membuktikan pengaruh pemberdayaan keluarga dalam meningkatkan *self-efficacy* dan *self care activity* keluarga dan penderita tuberculosis paru di Kota Bima Nusa Tenggara Barat.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Menganalisis pengaruh pemberdayaan keluarga terhadap *self efficacy* dan *self care activity* keluarga dalam perawatan penderita TB paru.

- 2) Menganalisis pengaruh pemberdayaan keluarga terhadap peranan keluarga dalam membantu meningkatkan *self-efficacy* dan *self care activity* penderita TB paru.
- 3) Menganalisis pengaruh pemberdayaan keluarga terhadap *self-efficacy* penderita TB paru.
- 4) Menganalisis pengaruh pemberdayaan keluarga terhadap *self care activity* penderita TB paru.
- 5) Menganalisis hubungan antara *self-efficacy* dan *self care activity* penderita TB paru.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian dapat memberikan informasi ilmiah tentang pengaruh pemberdayaan keluarga dalam meningkatkan *self-efficacy* dan *self care activity* penderita tuberculosis paru sehingga dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan khasanah ilmu keperawatan komunitas dengan memperkuat teori yang ada serta mengembangkan penelitian keperawatan dalam upaya meningkatkan pelayanan keperawatan bagi penderita TB paru.

1.4.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Penderita dan Keluarga

Hasil penelitian ini dapat membantu meningkatkan pengetahuan, pemahaman dan *self-efficacy* pasien dan keluarga dalam melaksanakan tugas-tugas perawatan diri selama menjalani pengobatan TB paru.

2) Bagi Perawat Komunitas

Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan bagi perawat khususnya perawat komunitas dalam menjalankan peran dan fungsinya sebagai *educator* dan *counselor* bagi pasien dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada penderita TB paru dalam konteks keperawatan keluarga dan komunitas, serta dapat dijadikan data dasar dalam melakukan penelitian lebih lanjut bagi perawat dalam melaksanakan perannya sebagai peneliti.

3) Bagi Dinas Kesehatan Kota Bima

Hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar dalam menyusun perencanaan program pemberantasan penyakit menular khususnya TB paru yang berbasis *evidence base*.