

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Memasuki abad ke-21 saat ini, insidensi Tuberkulosis masih saja mengalami peningkatan jumlah penderita yang terinfeksi *Mycobacterium Tuberculosis*. Menurut data dari World Health Organisation (WHO) sekitar delapan juta penduduk dunia diserang Tuberkulosis dengan kematian tiga juta orang pertahun (WHO 1993) . Paling sedikit satu orang akan terinfeksi Tuberkulosis setiap detik dan setiap sepuluh detik akan ada satu orang yang mati akibat Tuberkulosis di dunia. Diperkirakan sekitar 95 % penderita Tuberkulosis berada di negara – negara berkembang.

Tuberkulosis banyak membunuh manusia di dunia dibandingkan dengan AIDS, Malaria ,Diare, Lepra dan kombinasi penyakit tropis lainnya. Tuberkulosis membunuh hampir satu juta wanita setahunnya . Hal ini berarti kematian wanita karena Tuberkulosis lebih banyak daripada kematian karena kehamilan, persalinan serta nifas (WHO). Tuberkulosis juga membunuh 100.000 anak setiap tahunnya. Tidaklah berlebihan kalau dikatakan bahwa bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* yang menyebabkan TBC adalah bakteri pembunuh massal . WHO memperkirakan bakteri ini membunuh sekitar dua juta jiwa setiap tahunnya . Antara tahun 2002 – 2020 diperkirakan sekitar satu

milyar manusia akan terinfeksi . Dengan kata lain pertambahan jumlah infeksi berkembang lebih dari 56 juta tiap tahunnya.

Biasanya 5-10 % diantara infeksi berkembang menjadi penyakit, dan 40 % diantara yang berkembang menjadi penyakit yang berakhir dengan kematian. Jika dihitung, pertambahan jumlah pasien Tuberkulosis akan bertambah sekitar 2,8-5,6 juta setiap tahun dan 1,1 – 2,2 juta jiwa yang meninggal setiap tahun karena TBC . Perkiraan WHO, yakni 2 juta jiwa meninggal tiap tahun adalah hasil perhitungan ini. Kecepatan penyebaran Tuberkulosis bisa lebih meningkat sesuai dengan peningkatan penyebaran HIV/AIDS dan munculnya bakteri TBC yang resisten.

Di kawasan Asia Tenggara, data WHO menunjukkan bahwa TBC membunuh sekitar 2.000 jiwa setiap hari, dan sekitar 40 % dari kasus Tuberkulosis di dunia berada di kawasan Asia Tenggara. Dua diantara tiga Negara di kawasan Asia Tenggara yang terbesar jumlah penderita Tuberkulosis adalah India dan Indonesia. Di bandingkan dengan penyakit menular lainnya, Tuberkulosis juga menjadi pembunuh nomor satu di kawasan ini, dimana jumlahnya 2-3 kali jumlah kematian yang disebabkan oleh HIV/AIDS yang berada diperingkat kedua. Selain itu penyakit tropis seperti *Demam Berdarah Dengue (DBD)* berada diperingkat tidak sampai sepersepuluhnya. Penyebab utama dari peningkatan Tuberkulosis secara global adalah :

1. Kemiskinan, tidak hanya dijumpai di Negara berkembang akan tetapi di daerah kumuh di Negara maju pun dapat kita jumpai.

2. Perubahan demografi struktur usia penduduk dunia

3. Tidak adekuat dan tidak meratanya pelayanan kesehatan. Masalah dalam penemuan penderita, ketidakmampuan petugas kesehatan untuk menjamin semua pasien dapat menyelesaikan pengobatannya, tidak tersedianya vaksin yang ampuh, timbul dan meningkatnya kuman yang resisten/kebal terhadap obat, serta belum tersedianya obat pencegahan yang memadai.
4. Program nasional pada Tuberkulosis yang tidak terkontrol dan pendanaan yang tidak adekuat sehingga deteksi kasus, manajemen kasus tidak adekuat juga serta rendah angka kesembuhan.
5. Pada beberapa Negara terutama di Asia dan Afrika, Tuberkulosis sebagai pengaruh dari epidemik HIV.
6. Kemungkinan infeksi nosokomial.
7. Komitmen politis yang masih kurang.

Di Indonesia TB kembali muncul sebagai penyebab kematian utama setelah penyakit jantung dan saluran pernafasan. Penyakit TB paru, masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Hasil survey kesehatan rumah tangga (SKRT) tahun 1995 menunjukkan bahwa Tuberkulosis merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernapasan pada semua golongan usia. Diperkirakan setiap tahun 450.000 kasus baru TB dimana sekitar 1/3 penderita terdapat disekitar puskesmas, 1/3 ditemukan di pelayanan rumah sakit/klinik pemerintah dan swasta, praktek swasta dan sisanya belum terjangkau unit pelayanan kesehatan. Penyakit TB menyerang sebagian besar kelompok usia kerja produktif,

Di Kabupaten Lombok Tengah, prevalensi TB Paru cukup tinggi. Hal ini terbukti dengan banyaknya penderita yang terinfeksi di setiap wilayah. Prevalensi TB Paru di Kabupaten Lombok Tengah sampai dengan 2005 ini mencapai 0,89 % per 100.000 penduduk dan prevalensi TB Paru di Kecamatan Praya adalah 1,4 %. Dari jumlah penderita yang berada di wilayah Kecamatan Praya sedikitnya ditemukan beberapa yang meninggal dunia. Pada dasarnya, penderita TB Paru yang berobat perlu ada yang mengawasi dalam menjalankan tahap pengobatan. Untuk itu perlunya seorang Pengawas Minum Obat (PMO) yang merupakan salah satu bagian dari *DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse Chemoteraphy)* yang direkomendasikan oleh WHO.

Dari 1995-1998, cakupan penderita TB Paru dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse Chemotherapy*) atau pengawasan langsung menelan obat jangka pendek/setiap hari baru mencapai 36 persen dengan angka kesembuhan 87%. Sebelum strategi DOTS (1969-1994) cakupannya sebesar 56% dengan angka kesembuhan yang dapat dicapai hanya 40-60 persen. Karena pengobatan yang tidak teratur dan kombinasi obat yang tidak cukup dimasa lalu kemungkinan telah timbul kekebalan kuman TB terhadap OAT (*Obat Anti Tuberkulosis*) secara meluas atau *Multi Drug Resistance (MDR)*.

DOTS adalah satu-satunya strategi yang paling *cost efective* dengan

1. Dukungan politik para pimpinan wilayah di setiap jenjang sehingga program ini menjadi salah satu prioritas dan pendanaan pun akan tersedia.
2. Mikroskop sebagai komponen utama untuk mendiagnosa TB melalui pemeriksaan sputum langsung pasien tersangka dengan penemuan secara pasif.
3. Pengawas Minum Obat (PMO) yaitu orang yang dikenal dan dipercaya baik oleh pasien maupun petugas kesehatan yang ikut mengawasi pasien minum seluruh obatnya sehingga dapat dipastikan bahwa pasien betul minum obatnya dan diharapkan sembuh pada akhir masa pengobatannya.
4. Paduan obat anti TB jangka pendek yang benar, sangat penting untuk keberhasilan pengobatan. Termasuk terjaminnya kelangsungan persediaan paduan obat ini. Paduan yang berlaku di Indonesia sesuai dengan anjuran WHO.
5. Pencatatan dan pelaporan dengan baik dan benar sebagai bagian dari sistem surveilen penyakit ini sehingga pemantauan pasien dapat berjalan.

Program DOTS yang ke tiga merupakan salah satu hal yang mudah dalam proses penyembuhan. Dengan adanya PMO disini akan memudahkan dalam proses penyembuhan terapi penderita Tuberkulosis karena dengan pengawasan dari PMO akan membantu pasien untuk lebih aktif serta tepat waktu dalam

minum obat. Pengawas Minum Obat sebaiknya datang dari kalangan

masyarakat, bukan dari kalangan kesehatan yang jumlahnya terbatas. Memang bisa saja pasien “dipaksa” setiap hari datang ke Puskesmas/Rumah Sakit untuk minum obat TB-nya di depan petugas kesehatan, tetapi tentu saja cara “pemaksaan” seperti itu tidaklah tepat, tidak praktis dan tidak baik dilaksanakan serta tinggi pula angka kegagalannya. Sebaiknya PMO adalah orang yang tinggalnya dekat dengan pasien, atau bahkan mungkin anggota keluarganya sendiri.

Pada prinsipnya, penderita TB Paru yang berobat selalu di dampingi oleh seorang PMO yang dapat memberikan nasihat, semangat, dan mengingatkan sehingga diharapkan keteraturan meminum obat di rumah penderita terjamin. Selain itu juga pengobatan terhadap penderita TB Paru dipengaruhi oleh status gizi, imunitas, lingkungan, serta sarana dan prasarana yang mendukung keteraturan berobat. Sehingga untuk menjamin keteraturan dalam pengobatan terhadap penderita, maka perlunya seorang Pengawas Minum Obat (PMO).

B. Perumusan masalah

Berdasarkan Latar Belakang yang telah di paparkan , muncul permasalahan sebagai berikut :

1. Adakah hubungan antara kualitas kerja Pengawas Minum Obat (PMO) terhadap keberhasilan terapi penderita Tuberkulosis Paru ?
2. Bagaimana hubungan kualitas kerja Pengawas Minum Obat (PMO) terhadap

C. Tujuan Penelitian

Dari Latar Belakang dan Perumusan Masalah, tujuan dari penelitian ini adalah :

1. Mempelajari dan mengetahui adanya hubungan antara kualitas kerja Pengawas Minum Obat (PMO) dengan keberhasilan terapi penderita TB Paru.
2. Menganalisa hubungan kualitas kerja Pengawas Minum Obat (PMO) dalam upaya mencapai keberhasilan terapi penyembuhan TB Paru.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat yang diharapkan dalam penelitian ini adalah :

1. Mengetahui hubungan antara kualitas kerja seorang PMO terhadap keberhasilan terapi penderita TB Paru.
2. Dapat menambah pengetahuan peneliti dalam hal pengobatan dan upaya penurunan jumlah penderita TB Paru.
3. Dapat memberikan masukan kepada PMO untuk keberhasilan terapi pengobatan TB Paru di Kabupaten Lombok Tengah khususnya dan wilayah