

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang juga dikenal sebagai Bakteri Tahan Asam (BTA) (Kemenkes RI, 2018). Penyakit menular ini menjadi penyebab kematian nomor 1 dari berbagai penyakit menular lainnya di dunia. Terdapat 10,4 juta kasus baru mengenai tuberkulosis dan 600.000 kasus baru resistensi terhadap rifampisin (obat lini pertama yang paling kuat) pada tahun 2016 (Floyd dkk., 2018).

Penduduk usia dewasa lebih banyak yang meninggal disebabkan oleh infeksi bakteri tuberkulosis dibanding penyebab penyakit infeksi lainnya. WHO memperkirakan bakteri ini membunuh sekitar 2 juta manusia setiap tahunnya. Tahun 2002 – 2020 diperkirakan sekitar 1 miliar manusia akan terinfeksi. Dengan kata lain penambahan jumlah infeksi lebih dari 56 juta tiap tahunnya (WHO, 2011).

Studi epidemiologi pada pertengahan abad ke-20 menunjukkan bahwa kasus *smear positive* (BTA positif) bersifat lebih menular dibandingkan kasus lainnya. Pasien dahak positif yang tidak terobati dapat menginfeksi kurang lebih 10 individu per tahun dan masing-masing kasus *smear positive* dapat memicu dua kasus TB baru. Minimal satu diantara dua kasus baru tersebut akan bersifat menular (Narasimhan dkk., 2013).

Sebagian besar kasus TB terjadi di Asia (58%) dan wilayah Afrika (27%). Jumlah kasus yang lebih kecil terjadi di wilayah Mediterania Timur (8%), wilayah Eropa (4%) dan wilayah Amerika (3%) (WHO, 2013). Posisi 3 teratas diraih oleh India (25%), Indonesia (16%), dan Nigeria (8%) dari 10 negara penyumbang terbesar kasus TB yang dilaporkan (WHO, 2017). Di Indonesia, jumlah kasus TB pada tahun 2017 sebanyak 420.994 kasus yang jika dibedakan menurut jenis kelamin laki-laki 1,4 kali lebih besar dibandingkan perempuan (Kemenkes RI, 2018).

Pemerintah memberi target untuk penurunan kasus penyakit TB di Jawa Barat setiap tahunnya. Terdapat 9 kabupaten/kota yang belum mencapai target yaitu Kab. Bandung Barat, Kota Banjar, Kota Bandung, Kota Cirebon, Kab. Cirebon, Kota Bekasi, Kota Tasikmalaya, Kota Cimahi dan Kota Depok. Cakupan terbesar dicapai oleh Kab. Majalengka 99,69% dan terendah adalah Kab. Bandung Barat 39,96%. Jumlah kematian sebanyak 417 orang dengan angka kematian selama pengobatan 9/10.000 penduduk (Kemenkes RI, 2016).

Terjadinya resistensi *Mycobacterium tuberculosis* terhadap OAT merupakan masalah yang ditemui pada pengobatan TB. Resistensi ini merupakan keadaan dimana OAT tidak lagi mampu membunuh *Mycobacterium tuberculosis* (Kemenkes, 2013). Terdapat tiga kategori utama yang digunakan untuk surveilans dan pengobatan TB resisten obat yakni TB-MDR, TB-RR dan TB-XDR. TB-MDR merupakan penyakit TB yang resisten terhadap dua obat anti-TB yang paling efektif yakni rifampisin dan isoniazid (WHO, 2017).

TB khususnya TB-MDR (*Multidrug Resistant Tuberculosis*) menjadi masalah kesehatan yang harus segera diatasi, karena insidennya yang terus meningkat setiap tahunnya dan berdampak pada meningkatnya angka kejadian TB-XDR (*Extensively Resistant Tuberculosis*) (Kemenkes RI, 2014). Sekitar 9,7% pasien dengan TB-MDR diperkirakan memiliki TB-XDR (WHO, 2015).

Perawatan tuberkulosis menjadi lebih rumit karena profil resistensi antibiotik terhadap *Mycobacterium tuberculosis* semakin meluas, terutama dalam kasus TB-MDR yang umumnya dianggap memiliki tingkat kematian yang tinggi. Resistensi ganda merupakan hambatan dan masalah penting dalam program pencegahan dan pemberantasan TB dunia (Sinaga, 2013). Namun, dengan penggunaan kombinasi obat-obatan secara teratur dapat meningkatkan peluang penyembuhan bahkan pada pasien dengan TB-MDR (Caminero dkk., 2010).

TB-MDR menjadi tantangan baru dalam program pengendalian TB karena penegakan diagnosis yang sulit, tingginya angka kegagalan terapi dan kematian. Pengobatan bagi penderita TB-MDR lebih sulit, dengan angka keberhasilan hanya sekitar 50% dan biaya pengobatan yang mahal bahkan sampai 100 kali lebih mahal dibandingkan dengan pengobatan TB tanpa MDR, sehingga bagi negara

berkembang menjadi beban yang sangat berat dalam penanggulangannya (Kemenkes RI, 2014).

Rekomendasi pengobatan untuk TB-MDR terdiri dari fase intensif 8 bulan yang meliputi pirazinamid (Z) dan minimal empat obat lini kedua yang efektif, termasuk fluoroquinolon, tetapi bukan ciprofloxacin, antibiotik yang dapat disuntikkan salah satunya kanamisin atau amikasin, capreomycin atau viomycin, tetapi bukan streptomisin yang dianggap sebagai obat lini pertama, thioamide, baik etionamid atau prothionamide, dan cycloserin atau terizidone (Vora, 2010).

Dari hasil penelitian Nugrahaeni (2015) dikemukakan bahwa gambaran pasien TB-MDR dari hasil pemeriksaan laboratorium dan rekam medik di RS. Dr. HA. Rotinsulu Kota Bandung terdapat 80,8% pasien dengan TB-MDR. Menurut hasil penelitian Syahrezki (2015) bahwa rata-rata umur responden yakni 43,4 tahun terdapat sebanyak 60,2% pasien laki-laki dan 39,8% pasien perempuan. Sebagian besar kasus pasien adalah kasus kambuh sebanyak 44,7% dan 80,7% adalah pasien yang memiliki riwayat pengobatan sebelumnya. Terdapat sebanyak 27,5% pasien yang positif menderita DM (diabetes mellitus).

Kejadian TB resisten obat menjadi tantangan besar dunia kesehatan yang belum banyak ditemukan data kejadiannya. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian kajian literatur mengenai “Profil Penggunaan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) pada Pasien dengan Penyakit Tuberkulosis *Multi Drug Resistant* (TB-MDR)”. Dalam tulisan ilmiah ini, ditampilkan data gambaran karakteristik pasien (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan penyakit penyerta), jenis resistensi berdasarkan riwayat pengobatan, pola resistensi, pengobatan, lama pengobatan, frekuensi penggunaan OAT, hasil pengobatan/status akhir pasien yang didapat dari sumber yang relevan.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah profil penggunaan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) pada pasien dengan penyakit Tuberkulosis *Multi Drug Resistant* (TB-MDR)?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari studi literatur ini adalah untuk mendapatkan gambaran penggunaan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) pada pasien dengan penyakit Tuberkulosis *Multi Drug Resistant* (TB-MDR).

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Untuk mendapatkan gambaran karakteristik pasien TB-MDR
- 2) Untuk mendapatkan gambaran jenis resistensi berdasarkan riwayat pengobatan pada pasien TB-MDR
- 3) Untuk mendapatkan gambaran pola resistensi TB-MDR
- 4) Untuk mendapatkan gambaran pengobatan/jenis paduan OAT yang digunakan pada pasien TB-MDR
- 5) Untuk mendapatkan gambaran lama pengobatan pasien TB-MDR
- 6) Untuk mendapatkan gambaran frekuensi penggunaan OAT pada pasien TB-MDR
- 7) Untuk mendapatkan gambaran hasil pengobatan/status akhir pasien TB-MDR

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat untuk Peneliti

Dapat mengetahui dan memberikan tambahan ilmu pengetahuan mengenai penggunaan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) pada pasien TB-MDR (*Multi Drug Resistant*) serta menambah pengalaman bagi peneliti melakukan penelitian dengan topik tersebut.

1.4.2 Manfaat untuk Institusi

Sebagai informasi tambahan, evaluasi, dan dijadikan referensi bagi peneliti selanjutnya mengenai penggunaan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) pada pasien TB-MDR (*Multi Drug Resistant*)

1.4.3 Manfaat untuk Masyarakat

Dapat menambah pengetahuan mengenai penggunaan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) pada pasien TB-MDR (*Multi Drug Resistant*)