

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberculosis Paru merupakan penyakit yang sangat cepat ditularkan. Cara penularan TB Paru yaitu melalui percikan dahak pada saat pasien batuk atau bersin terutama pada orang di sekitar pasien seperti keluarga yang tinggal serumah dengan pasien. (Wahyudianto, 2019) Tuberculosis Paru adalah suatu penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Sebagian besar kuman Tuberculosis menyerang paru tapi dapat juga menyerang organ tubuh lainnya. (Maesaroh, 2016)

Multi Drug Resistance Tuberculosis (atau MDR TB) adalah salah satu jenis resistensi bakteri TB terhadap minimal dua obat anti TB lini pertama, yaitu Isoniazid dan Rifampicin yang merupakan dua obat TB yang paling efektif. TB MDR menjadi tantangan baru dalam program pengendalian TB karena penegakan diagnosis yang sulit, tingginya angka kegagalan terapi dan kematian. Diperkirakan prevalensi TB MDR di Indonesia pada tahun 2004 adalah sebesar 8.900 kasus. 2% kasus TB MDR diperkirakan berasal dari kasus TB baru dan 14,7% dari kasus TB yang mendapatkan pengobatan ulang. Perkiraan ini mendekati temuan survei resistensi obat pertama di Indonesia yang dilaksanakan di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2006 (WHO, 2012).

World Health Organisation (WHO) sejak tahun lalu (2010) hingga Maret 2011 Indonesia tercatat 430.000 penderita TBC dengan korban meninggal 61.000. Jumlah ini lebih kecil dibandingkan kejadian tahun 2009 yang mencapai 528.063 penderita TBC dengan 91.369 orang meninggal (WHO, 2012).

Pada tahun 2008, WHO memperkirakan bahwa terdapat sekitar 440.000 kasus TB MDR setiap tahunnya di dunia dengan angka kematian sekitar 150.000. Dari jumlah tersebut baru sekitar 8,5% yang telah ditemukan dan diobati. Di WHO SEARO (the South-East Asia Region) angka TB MDR adalah 2,8% dari kasus TB baru dan 18,8%

dari kasus TB dengan pengobatan ulang. Indonesia menduduki rangking ke 5 dari 22 negara-negara yang mempunyai beban tinggi untuk TB dan memberikan kontribusi jumlah kasus TB di dunia sebesar 4,7%. Di negara yang termasuk dalam daftar ini minimal diperkirakan terdapat 4000 kasus TB MDR atau sekurang-kurangnya 10% dari seluruh kasus baru TB MDR. Laporan WHO memperkirakan bahwa pada tahun 2008 kasus TB MDR di Indonesia sebesar 6.427. Angka tersebut merujuk pada perkiraan angka TB MDR sebesar 2% dari kasus TB baru dan 20% dari kasus TB pengobatan ulang (WHO, 2010).

Resistensi Obat Anti Tuberkulosis (OAT) sangat erat hubungannya dengan riwayat pengobatan sebelumnya. Pasien yang pernah diobati sebelumnya mempunyai kemungkinan resisten 4 kali lebih tinggi dan untuk TB MDR 10 kali lebih tinggi dari pada pasien yang belum pernah menjalani pengobatan. Prevalensi kekebalan obat secara tidak bergejala sebelumnya sehingga dapat menularkan penyakitnya sebelum ia menjadi sakit. Oleh karena itu prevalensi TB MDR dapat 3 kali lebih besar dari insidennya sebenarnya yaitu mendekati atau melampaui 1 juta. Harus diakui bahwa pengobatan terhadap tuberkulosis dengan resistensi ganda ini amat sulit dan memerlukan waktu yang lama bahkan sampai 24 bulan. Faktor ketidakpatuhan pasien TB dalam pengobatan diyakini menjadi faktor utama dan pengobatan tidak adekuat juga menjadi penyebab terjadinya TB MDR. Ketidakpatuhan minum obat dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor eksternal yaitu jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, usia, merokok, kepadatan hunian, status gizi, sosial ekonomi dan perilaku (WHO, 2010).

Khusus di Indonesia TB MDR termasuk masalah baru, dan penanganan TB MDR masih rendah dan salah satu alasan masih rendahnya cakupan pengobatan TB adalah ketidak teraturan pada saat minum obat yang menyebabkan pasien penderita TB di Indonesia menjadi TB MDR. Hasil surveilliance mengenai resistensi kuman TB sebesar 12,6% terjadi karena ketidakpatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat selama masa pengobatan. Ketidakpatuhan ini menyebabkan kuman menjadi resisten. Ketidakpatuhan pasien TB Paru dalam hal pengobatan dapat diakibatkan oleh beberapa faktor, seperti obat, penyakit dan penderitanya sendiri. Faktor obat terdiri dari panduan obat yang tidak

adekuat, dosis obat yang tidak cukup, tidak teratur minum obat, jangka waktu pengobatan yang kurang dari semestinya, dan terjadi resisten obat. Faktor penyakit biasanya disebabkan oleh lesi yang terlalu luas, adanya penyakit lain yang mengikuti, adanya gangguan imunologis. Faktor yang terakhir adalah masalah penderita sendiri, seperti kurangnya pengetahuan mengenai TB Paru, malas berobat, dan merasa sudah sembuh (DepKes, 2010).

Berdasarkan data dari Puskesmas Sabrang, pada tahun 2018 pasien dengan kasus TB MDR terdapat 26 pasien dan 28 pasien dengan kasus TB. Sedangkan pada tahun 2019 pasien meningkat menjadi 29 untuk kasus TB MDR dan 31 pasien dengan kasus TB, Sedangkan dari Januari sampai Juli 2018 pasien dengan kasus TB MDR adalah 29 pasien sedangkan dengan kasus TB terdapat 31 pasien.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari Penelitian ini adalah untuk menerapkan Asuhan Keperawatan pada keluarga yang menderita TB MDR.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada keluarga dengan TB MDR.
- b. Mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada keluarga dengan TB MDR berdasarkan data-data yang diperoleh
- c. Menggambarkan perencanaan keperawatan dalam mengelola keluarga dengan TB MDR.
- d. Melakukan tindakan keperawatan pada keluarga sesuai dengan diagnosis yang ada
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada keluarga dengan TB MDR.

C. Metodologi

1. Pendekatan proses keperawatan penelitian ini menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi
2. Penelitian ini dilakukan di wilayah Puskesmas Sabrang Jember yang dilaksanakan pada bulan Februari 2021
3. Penulis mengambil kasus keperawatan keluarga dengan kasus TB MDR karena di wilayah puskesmas Sabrang karena terdapat banyak keluarga dengan penderita TB MDR yang masih belum mengerti tentang penyakit yang di deritanya dan bagaimana cara pencegahan penularan penyakit itu sendiri.

D. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penyusunan Karya Tulis ini, penulis menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan cara pemecahan masalah. Sedangkan teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara:

1. Wawancara, yaitu suatu metode pengumpulan data secara komunikasi lisan baik secara langsung maupun tidak langsung yang diperoleh melalui klien, keluarga klien dan tim kesehatan yang menangani kasus klien tersebut
2. Observasi, yaitu pengamatan secara langsung terhadap perkembangan klien baik medis maupun keperawatan
3. Pemeriksaan fisik, yaitu melakukan pemeriksaan fisik kepada klien dan keluarga dari kepala hingga kaki
4. Studi Dokumentasi, yaitu data didapat dari pemeriksaan diagnostik, laboratorium, dan catatan kesehatan lainnya

E. Manfaat

Adapun manfaat dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah:

1. Bagi penulis

Penulisan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, wawasan dan sebagai sarana untuk mengaplikasikan pengetahuan dan pengalaman khususnya dibidang keluarga dan komunitas pada pasien dengan TB MDR.

2. Bagi keluarga

Sebagai evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan khususnya pada keluarga dengan TB MDR.

3. Bagi Layanan Kesehatan

Menjadi bahan masukan bagi tenaga kesehatan sebagai pilihan baru dalam implementasi asuhan keperawatan dan pemberian edukasi kesehatan di masa pandemi Covid-19.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil karya tulis ilmiah ini dapat meningkatkan pengetahuan mahasiswa dalam praktik keperawatan yang berhubungan dengan pengetahuan dan sikap patuh protokol kesehatan dalam memberi Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Kasus TB MDR.