

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) paru adalah infeksi paru yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, walaupun dalam satu per tiga kasus mengenai organ ekstra paru. Pada tahun 2009, sebanyak 5,8 juta kasus baru dilaporkan kepada WHO, 95% kasus berasal dari negara-negara berkembang di Asia (5,2 juta), Afrika (2,8 juta), Timur Tengah (0,7 juta), dan Amerika Latin (0,3 juta). Angka kematian TB paru pada tahun 2008 adalah 1,7 juta (*range* 1,5 – 1,9), termasuk 0,4 juta orang dengan ko-infeksi HIV, 96% kejadian ini terjadi di negara berkembang (Longo, Kasper, Jameson, Fauci, Hauser, & Loscalzo, 2011).

Indonesia masih menempati urutan ke-3 di dunia untuk jumlah kasus TB setelah India dan Tiongkok. Setiap tahun terdapat 250.000 kasus baru TB dan sekitar 140.000 kematian akibat TB. Di Indonesia, TB adalah penyebab kematian infeksius nomor satu dan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit jantung dan penyakit pernapasan akut pada seluruh kalangan usia (PDPI, 2006).

Multidrug-Resistant Tuberculosis (MDR TB) adalah bentuk TB yang resisten terhadap Isoniazid dan Rifampisin dengan atau tanpa obat anti TB lain (PDPI, 2006). *MDR TB* diklasifikasikan menjadi resistensi primer, apabila pasien belum pernah mendapat pengobatan TB sebelumnya, dan resistensi didapat apabila pasien sudah pernah mendapat pengobatan TB sebelumnya selama satu bulan atau lebih (Van Rie, et al., 2000). Pada tahun 2008 diperkirakan muncul 440.000 kasus *MDR TB* di seluruh dunia, 90% dari kasus ini tidak teridentifikasi karena kurangnya pengulturan dan tes sensitivitas antibiotik (Longo, Kasper, Jameson, Fauci, Hauser, & Loscalzo, 2011). Pada tingkat dunia, Indonesia menempati urutan ke-8 dari 27 negara dengan beban *MDR TB* terbanyak di dunia dengan perkiraan pasien *MDR TB* di Indonesia sebesar 6.900 orang, yaitu 1,9% dari kasus

baru dan 12% dari kasus pengobatan ulang. Diperkirakan sebanyak 5.900 kasus berasal dari TB paru baru dan 1.000 kasus dari TB paru pengobatan ulang (World Health Organization, 2013)

Faktor risiko untuk *MDR TB* adalah mereka yang tidak menelan obat TB secara teratur atau seperti yang disarankan oleh petugas kesehatan, sakit TB berulang serta mempunyai riwayat mendapatkan pengobatan TB sebelumnya, datang dari wilayah yang mempunyai beban *MDR TB* yang tinggi seperti negara-negara di Afrika dan negara-negara berkembang, serta memiliki kontak erat dengan seseorang yang sakit *MDR TB*. Keadaan imunodefisiensi juga berperan dalam patogenesis *MDR TB* (Gordin, et al., 1996).

Angka kejadian *MDR TB* di Indonesia (1,8%) dan 142 kasus *MDR* yang tercatat pada tahun 2010 serta kurangnya data yang menunjang mengenai data pasien *MDR TB* terutama di Kota Bandung menjadi alasan ketertarikan penulis untuk memperoleh data konkret mengenai angka kejadian *MDR TB* pada tahun 2014 di Rumah Sakit Rotinsulu, Bandung, sehingga penelitian ini dapat memberikan data deskriptif mengenai profil pasien dengan *MDR TB* di Rumah Sakit Rotinsulu, Bandung.

1.2 Identifikasi Masalah

- Bagaimana prevalensi pasien *MDR TB* di Rumah Sakit Paru Dr.H.A.Rotinsulu, Bandung pada tahun 2014.
- Bagaimana gambaran profil (usia, jenis kelamin, jenjang pendidikan terakhir, diagnosis, kultur BTA, kondisi keluar rumah sakit, diagnosis, gejala klinik, riwayat kontak, dan kebiasaan merokok) pasien *MDR TB* di Rumah Sakit Dr.H.A.Rotinsulu, Bandung pada tahun 2014.

1.3 Maksud dan Tujuan

Maksud dan tujuan penelitian adalah untuk memperoleh data epidemiologi dan gambaran pasien *MDR TB* di Rumah Sakit Paru Dr.H.A. Rotinsulu pada tahun 2014.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

1.4.1 Manfaat Akademis

Memperoleh dan menyajikan data prevalensi *MDR TB* di Rumah Sakit Paru Dr.H.A.Rotinsulu, Bandung pada tahun 2014.

1.4.2 Manfaat Praktis

Karya tulis ini diharapkan dapat menjadi informasi kepada masyarakat awam mengenai *MDR TB* yang terjadi agar lebih waspada dan kepada pasien *MDR TB* agar menjalani pengobatan dengan lebih patuh.

1.5 Landasan Teori

Multidrug-Resistant Tuberculosis adalah infeksi basil *Mycobacterium tuberculosis* yang resisten terhadap sekurang-kurangnya Isoniazid dan Rifampisin dengan atau tanpa obat anti tuberkulosis lainnya (Smith, Quint, & Brown, 2015). Indonesia sendiri menempati urutan ke-4 dunia dalam jumlah kasus TB paru (World Health Organization, 2014).

Angka kejadian *MDR TB* mengalami peningkatan karena banyak hal, beberapa di antaranya adalah ketidakpatuhan dalam pengobatan dan pengobatan yang tidak adekuat (Longo, Kasper, Jameson, Fauci, Hauser, & Loscalzo, 2011). Indonesia sendiri merupakan negara ke-5 dengan beban *MDR TB* tertinggi di dunia. Beban

MDR TB negara-negara tersebut mencakup 85% beban *MDR TB* dunia (Curry International Tuberculosis Center, 2011). Infeksi *MDR TB* sendiri dibagi menjadi infeksi primer dan didapat (Longo, Kasper, Jameson, Fauci, Hauser, & Loscalzo, 2011), dan dengan tingginya angka kejadian TB paru di Indonesia serta cara penularan *airborne* dari basil TB sendiri dapat menyebabkan penularan basil TB yang resisten obat menjadi lebih mudah dan tidak terdeteksi.

Infeksi *MDR TB* disebabkan oleh ketidakpatuhan dalam konsumsi obat anti tuberkulosis, sehingga basil tuberkulosis yang tidak resisten pun akan menjadi resisten. Banyak faktor-faktor risiko yang juga mendukung terjadinya resistensi galur TB terhadap OAT, yang terdiri dari faktor *host* sendiri dan faktor sosiokultural.

