

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang Penelitian

Penyakit infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) atau dalam bahasa Inggris yaitu *Upper Respiratory Tract Infections* (URTI) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus atau bakteri yang dapat menyerang saluran pernapasan bagian atas yang bertahan selama beberapa jam hingga 2 sampai 3 hari setelah paparan dan gejalanya berlangsung selama 7 sampai 10 hari namun, dapat bertahan lebih lama. ISPA dapat didefinisikan infeksi akut yang melibatkan hidung, sinus paranasal, faring, laring, trakea hingga bronkus (Rohilla *et al.*, 2013). Virus merupakan penyebab terbanyak infeksi saluran napas bagian atas seperti rhinitis, sinusitis, faringitis dan tonsilitis. Hampir 90% dari infeksi tersebut disebabkan oleh virus dan hanya sebagian disebabkan oleh bakteri yang sebagian besar berasal dari penyebaran infeksi saluran pernapasan atas (Kurniawan dkk., 2015). Diawali dengan panas dan disertai salah satu atau lebih gejala seperti tenggorokan sakit atau nyeri pada saat menelan, pilek, batuk kering atau berdahak (Riskesdas, 2013). Menurut WHO (2007), ISPA adalah penyebab utama morbiditas dan mortalitas penyakit menular di dunia. Saat ini, penyakit ISPA masih menjadi masalah di Indonesia. Menurut Hasil Riskesdas (2013), terdapat lima provinsi dengan prevalensi ISPA tertinggi yaitu Nusa Tenggara Timur (41,7%), Papua (31,1%), Aceh (30,0%), Nusa Tenggara Barat (28,3%), dan Jawa Timur (28,3%).

Secara umum, klasifikasi penyakit ISPA menurut usia terbagi menjadi dua yaitu berdasarkan golongan umur 2 bulan sampai 5 tahun dan golongan umur dibawah 2 bulan. Untuk golongan umur 2 bulan sampai 5

tahun terbagi menjadi empat klasifikasi yaitu penyakit yang sangat parah, pneumonia, pneumonia berat dan bukan pneumonia seperti batuk dan pilek sedangkan untuk golongan umur dibawah 2 bulan terbagi menjadi tiga yaitu penyakit yang sangat parah, pneumonia berat dan bukan pneumonia seperti batuk dan pilek (WHO, 1995). Menurut Depkes RI (2002), penyakit ISPA diklasifikasikan berdasarkan derajat keparahannya meliputi ISPA ringan, ISPA sedang dan ISPA berat. Sedangkan, berdasarkan lokasi anatomi terbagi menjadi dua yaitu *upper respiratory tract infection* (URI) atau infeksi saluran pernapasan atas dan *lower respiratory tract infection* (LRI) atau infeksi saluran pernapasan bawah (Simoes *et al.*, 2006). Berdasarkan klasifikasi tersebut pemberian dan peresepan obat berbeda, pada penderita pneumonia dan penderita pneumonia berat diberikan antibiotik sedangkan pada penderita bukan pneumonia tidak diberikan antibiotik (WHO, 1995). Tingginya prevalensi penyakit ISPA menyebabkan tingginya penggunaan obat bebas dan antibiotik. Penggunaan antibiotik tidak boleh dihentikan tanpa sepengetahuan dokter maupun apoteker dengan kata lain antibiotik harus diminum sampai habis namun untuk obat bebas dapat dihentikan dengan kata lain tidak perlu diminum sampai habis (Kementrian Kesehatan RI., 2011; Sugiarti dkk., 2015).

Antibiotik sampai saat ini masih menjadi obat andalan dalam penanganan kasus-kasus penyakit infeksi (Utami, 2011). Antibiotik adalah zat yang diproduksi oleh mikroorganisme yang secara selektif menekan pertumbuhan atau membunuh mikroorganisme lain dengan konsentrasi yang sangat rendah (Tripathi, 2013). Penggunaan antibiotik masih ditemukan adanya kesalahan dalam penggunaannya terdapat kasus resistensi antibiotik di Amerika Serikat menyebabkan 70% bakteri penyebab infeksi resistensi terhadap satu atau lebih obat yang sebelumnya digunakan untuk pengobatannya (Brunton *et al.*, 2008).

Menurut Permenkes (2011), resistensi adalah kemampuan bakteri untuk menetralkan dan melemahkan daya kerja antibiotik sehingga antibiotik yang awalnya efektif menjadi tidak efektif lagi, akan berdampak pada biaya pengobatan yang lebih tinggi dan meningkatnya angka kematian. Berdasarkan hasil penelitian *Antimicrobial Resistance in Indonesia*, pada tahun 2010 di Semarang, Indonesia menunjukkan bahwa infeksi yang disebabkan oleh *Streptococcus pneumoniae* terdiri dari 43% anak berusia 6 sampai 60 bulan dan 11% orang dewasa berusia 45 sampai 75 tahun resisten terhadap penisilin (24%) dan kotrimoksazol (45%). Pada tahun 2001, *Escherichia coli* menunjukkan resisten yang sangat tinggi terhadap ampisilin (73%), kotrimoksazol (56%) dan ciprofloxacin (22%). Pada tahun 2001 sampai 2002 di Surabaya dan di Semarang, menunjukkan adanya kuman multi resisten yaitu MRSA (*Staphylococcus aureus Resisten Methicillin*).

Penyebab resistensi antibiotik dapat disebabkan karena penyalahgunaan dan penggunaan antibiotik yang berlebihan dan 40% disebabkan karena indikasi yang kurang tepat seperti, infeksi virus memperoleh terapi antibiotik (Parathon *et al.*, 2017; Utami, 2011). Terdapat beberapa faktor yang mendukung terjadinya resistensi antara lain penggunaan yang tidak tepat (*irrational*) seperti pemberian dosis yang terlalu rendah, kecenderungan pasien yang salah persepsi akan wajibnya pemberian antibiotik dalam penanganan penyakit seperti, demam dan batuk pilek, pengetahuan masyarakat untuk hidup sehat seperti, mencuci tangan (Utami, 2011). Menurut Permenkes (2011), kriteria persepsian yang rasional meliputi tepat diagnosis, tepat indikasi, tepat pemilihan obat, tepat dosis, tepat cara pemberian, tepat interval waktu pemberian, tepat lama pemberian, waspada efek samping obat, tepat penilaian informasi, dan tepat penyerahan obat. Sedangkan persepsian yang tidak rasional meliputi persepsian berlebih (*over prescribing*), persepsian kurang (*under prescribing*), persepsian

majemuk (*multiple prescribing*) dan pereseapan salah (*incorrect prescribing*).

Menurut Muhlis (2010), tentang pereseapan pada pasien dewasa di Puskesmas Yogyakarta, diklasifikasikan berdasarkan usia yaitu 20-60 tahun dengan penggunaan antibiotik diberikan tunggal maupun kombinasi, terdapat hasil bahwa pereseapan kotrimoksazol yang *underdose* sehingga dapat menyebabkan tidak sembuhnya pasien dan peningkatan resistensi bakteri terhadap antibiotik tersebut. Pemahaman petugas pelayanan kesehatan dalam pereseapan penggunaan antibiotik menjadi salah satu faktor penyebab resistensi antibiotik, sebab petugas pelayanan kesehatan sering kesulitan dalam menentukan antibiotik yang tepat. Pereseapan dan penggunaan obat merupakan salah satu andalan utama pelayanan kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) (Utami, 2011). Keterbatasan jumlah dokter yang ada di sebagian besar Puskesmas di Indonesia, khususnya di daerah perdesaan, terpaksa tenaga perawat ambil bagian dalam memberikan pelayanan pengobatan. Akibatnya, variasi pereseapan antar petugas pelayanan kesehatan tidak dapat dihindarkan. Menurut beberapa penelitian menunjukkan bahwa penggunaan obat di Puskesmas cenderung berlebih (*overprescribing*) seperti, penyakit ISPA menggunakan antibiotik yang cenderung tinggi dan penggunaan jenis obat yang beragam (*multiple prescribing*) (Dwiprahasto, 2006).

Pola pereseapan untuk pengobatan ISPA tidak hanya diberikan antibiotik namun diberikan terapi penunjang. Menurut Sholihah dkk. (2017), ISPA sebagian besar diberikan resep antibiotik dan obat bebas seperti obat batuk, multivitamin dan obat flu. Obat batuk atau ekspektoran digunakan untuk mengencerkan dahak sehingga batuk dapat lebih produktif dan memudahkan untuk espektorasi, antihistamin dan analgesik pemberian antihistamin diberikan untuk pengobatan simptomatik berbagai penyakit

alergi (Tanu, 2012) sedangkan pemberian analgesik digunakan untuk mengurangi gejala demam terkait infeksi pernapasan (Departemen Kesehatan, 2006). Bervariasinya penggunaan obat pada pasien ISPA yaitu pemberian antibiotik dan non antibiotik tersebut dapat berdampak pada ketidakpatuhan pasien dalam meminum obat.

Pereseapan obat yang tidak tepat akan menghasilkan pengobatan yang tidak tepat, hal ini dapat menyebabkan dampak seperti terjadinya resistensi antimikroba, terjadinya efek yang tidak diinginkan, pengeluaran pembiayaan yang terlalu besar dan kekambuhan yang berulang akibat penggunaan obat yang diluar batas (WHO, 2010). Untuk mencapai keberhasilan terapi selain pola pereseapan yang perlu diperhatikan yaitu kepatuhan minum obat khususnya antibiotik. Kepatuhan minum obat merupakan kunci keberhasilan terapi suatu penyakit. Ketidakpatuhan minum obat seseorang dapat menyebabkan beberapa hal seperti berkurangnya efektivitas obat, perubahan atau penggantian obat dan perawatan di rumah sakit yang sebenarnya tidak diperlukan. Ketidakpatuhan tersebut dapat mengakibatkan resiko yang tidak diinginkan seperti kunjungan berobat menjadi berulang kali, perubahan dan penambahan resep, perburukan klinis serta masa perawatan menjadi lebih panjang (Wibowo dan Soedibyo, 2008).

Teknik pengukuran kepatuhan pasien terdapat dua metode yaitu metode langsung dan metode tidak langsung. Untuk metode langsung dilakukan dengan mengamati pengobatan secara langsung, deteksi obat atau metabolit obat dalam cairan biologis dan deteksi penanda biologis yang ditambahkan ke dalam obat tersebut. Sedangkan metode tidak langsung dapat berupa *pill count*, MEMS atau *electronic medication event monitoring*, *self-report* dalam bentuk kuesioner, *rates of precription refills* (pengulangan resep), penilaian respon klinis pasien dan buku harian pasien

(Jimmy *et al.*, 2011; McRae-Clark *et al.*, 2015). *Pill count* merupakan salah satu metode pengukuran kepatuhan tidak langsung (McRae-Clark *et al.*, 2015). *Pill count* adalah metode yang digunakan untuk mengetahui kepatuhan pasien dengan menghitung jumlah sisa obat. Perhitungan sisa obat dilakukan untuk semua obat dalam satu kali wawancara (Grymonpre, 1998).

Berdasarkan masalah tersebut, peneliti ingin melakukan analisis terhadap resep obat yang diterima oleh pasien untuk mengetahui pola persepsian dengan kepatuhan penggunaan antibiotik pada penderita ISPA khususnya infeksi saluran pernapasan atas akut atau *Acute Upper Respiratory Infections*. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dan pengambilan data dengan studi *cross sectional* menggunakan metode tidak langsung yaitu *pill count* atau menghitung sisa obat untuk mengetahui tingkat kepatuhan pasien dalam meminum obat. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien yang berobat di Puskesmas “X” Wilayah Surabaya Pusat.

## **1.2 Rumusan Masalah**

1. Bagaimanakah pola persepsian untuk pasien ISPA di Puskesmas “X” Wilayah Surabaya Pusat?
2. Bagaimanakah kepatuhan pasien ISPA dalam penggunaan obat antibiotik yang diresepkan?
3. Bagaimanakah hubungan antara pola persepsian dengan kepatuhan penggunaan antibiotik pada pasien ISPA di Puskesmas “X” Wilayah Surabaya Pusat?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana pola persepsian dengan kepatuhan penggunaan antibiotik pada penderita ISPA di Puskesmas “X” Wilayah Surabaya Pusat serta mengetahui adanya permasalahan resistensi antibiotik.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

Manfaat dari penelitian ini yaitu:

1. Dapat memberikan referensi untuk bahan pertimbangan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan,
2. Sebagai data dan bahan pertimbangan bagi Puskesmas dalam penanganan lebih lanjut terkait penggunaan antibiotik pada penderita ISPA di masyarakat,
3. Dengan adanya penelitian ini diharapkan penggunaan antibiotik pada penderita ISPA di Puskesmas menjadi efektif dalam rangka mengurangi resistensi antibiotik pada masyarakat.