

KARYA TULIS ILMIAH

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN PADA PASIEN
TUBERKULOSIS DI RUMAH SAKIT UMUM PROVINSI NTB
PERIODE JULI-AGUSTUS 2019**

**Diajukan Untuk Menyusun Karya Tulis Ilmiah Program Studi DIII Farmasi
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram**



**PROGRAM STUDI D III FARMASI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM**

2019

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN PADA
PASIEN TUBERKULOSIS DI RUMAH SAKIT UMUM PROVINSI NTB
PERIODE JULI-AGUSTUS 2019**

Diajukan Oleh:

EKARANI SURYANINGSIH
NIM: 517020065P

**Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji dan Diterima Sebagai
Syarat untuk Mencapai Gelar Ahli Madya Farmasi pada Program Studi DIII
Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram
Mataram, Agustus 2019**

Disetujui Oleh:

Pembimbing Utama

(Baiq Nurbaety, M.Sc., Apt)
NIDN : 0829039001

Pembimbing Pendamping

(Abdul Rahman Wahid, M.Farm., Apt)
NIDN. 0817038601

**Mengetahui,
Ketua Program Studi DIII Farmasi
Universitas Muhammadiyah Mataram**

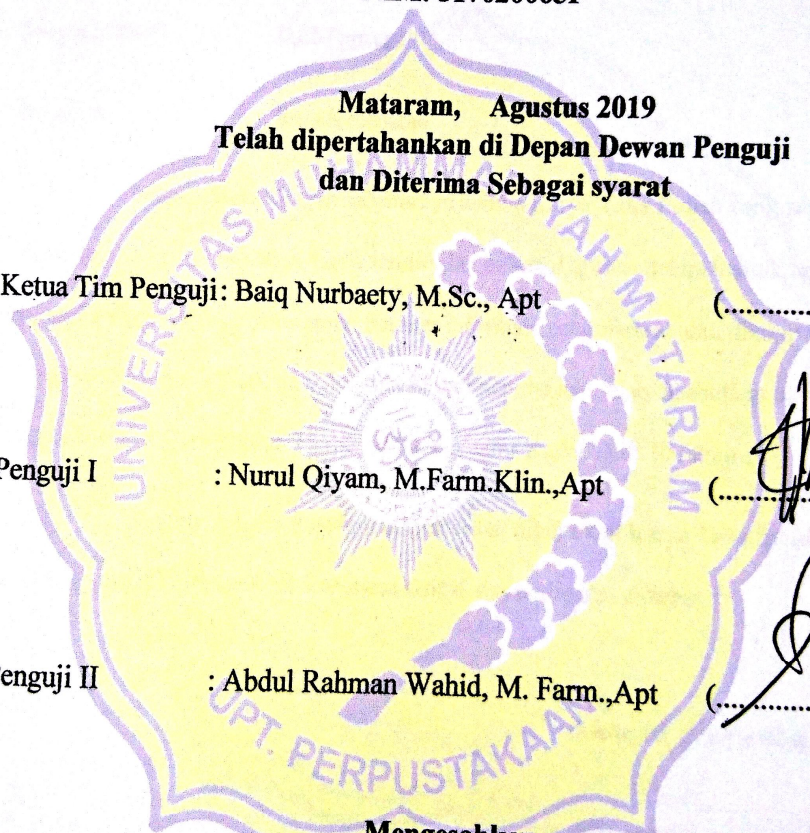
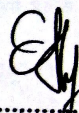
(Baiq Leny Nopitasari, M.Farm., Apt)
NIDN. 0807119001

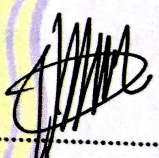
HALAMAN PENGESAHAN
GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN PADA PASIEN
TUBERKULOSIS DI RUMAH SAKIT UMUM PROVINSI NTB
PERIODE JULI-AGUSTUS 2019

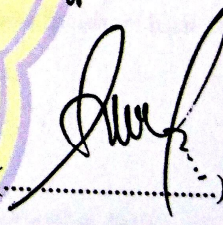
Diajukan Oleh

EKARANI SURYANINGSIH
NIM: 517020065P


Mataram, Agustus 2019
Telah dipertahankan di Depan Dewan Penguji
dan Diterima Sebagai syarat

- 
1. Ketua Tim Penguji: Baiq Nurbaety, M.Sc., Apt (.....)

 2. Penguji I : Nurul Qiyam, M.Farm.Klin.,Apt (.....)

 3. Penguji II : Abdul Rahman Wahid, M. Farm.,Apt (.....)

Mengesahkan
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Mataram


(Nurul Qiyam, M.Farm.Klin.,Apt.)
NIDN. 0827108402

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ekarani Suryaningsih

NIM : 517020065P

Program Studi : DIII-Farmasi

Fakultas : Ilmu Kesehatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan belum diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi manapun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan tercantum dalam Daftar Pustaka dibagian akhir Karya Tulis Ilmiah ini.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mataram, 7 September 2019

Yang membuat pernyataan



EKARANI SURYANINGSIH

NIM : 517020065P

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

SELAMA ADA KEYAKINAN, SEMUA AKAN MENJADI MUNGKIN



PERSEMBAHAN

Rasa syukur atas rahmat dan karunia terhadap Allah SWT. Sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Karya ini saya persembahkan kepada:

1. Orang tua Bapak dan Mamak, sebagai bakti atas limpahan kasih sayang, motivasi dan do'a selama ini.
2. Dosen pembimbing dan semua dosen yang mendidik selama berada di kampus Universitas Muhammadiyah Mataram.
3. Teman-teman terbaik yang tidak pernah bosan dalam memberikan bantuan dan motivasi.



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan Hidayahnya sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Gambaran Tingkat Pengetahuan dan Kepatuhan Pada Pasien Tuberkulosis di Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat Periode Juli-Agustus 2019”** dapat terselesaikan. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai salah satu syarat untuk memperoleh Gelar Ahli Madya Farmasi.

Karya Tulis Ilmiah ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu dan pada kesempatan ini penulis sampaikan terimakasih kepada :

1. **Ibu Nurul Qiyam, M. Farm. Klin., Apt** selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan sekaligus penguji yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan masukannya untuk kesempurnaan naskah Karya Tulis Ilmiah ini.
2. **Bapak Dzun Haryadi Ittiqo, M.Sc., Apt** selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.
3. **Ibu Baiq Leny Nopitasari, M. Farm., Apt** selaku Ketua Program Studi DIII Farmasi Universitas Muhammadiyah Mataram.
4. **Ibu Baiq Nurbaety, M.Sc., Apt** selaku penguji sekaligus pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan, arahan dan masukannya untuk kesempurnaan naskah Karya Tulis Ilmiah ini.

5. **Bapak Abdul Rahman Wahid, M. Farm., Apt** selaku penguji sekaligus pembimbing pendamping yang telah memberikan bimbingan, arahan dan masukkannya untuk kesempurnaan naskah Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Dosen-dosen pengajar di Program Studi DIII Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram yang telah memberikan banyak ilmu pengetahuan kepada penulis.
7. Bapak dan Mamak yang selalu mendoakan dan memberikan dukungan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Kedua adikku dan teman-teman yang selalu memberi dukungan dan mengingatkan dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Teman-teman yang selalu menemani dan memberikan banyak pengalaman, pengetahuan, dan motivasi yang berharga.
10. Semua pihak yang secara langsung maupun tidak langsung memberikan motivasi dalam penulisan proposal ini.

Semoga Allah SWT memberikan rahmat dan hidayahnya kepada kita semua, dan semoga Karya Tulis Ilmiah ini berguna bagi penulis sendiri maupun semua pihak.

Mataram, Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iv
LEMBAR MOTTO	v
LEMBAR PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
ABSTRAK	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian.....	4
E. Keaslian Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Teori.....	7
1. Definisi dan Etiologi Tuberkulosis	7
2. Patofisiologi Tuberkulosis	8
3. Gejala Klinis Tuberkulosis	10
4. Cara Penularan Tuberkulosis.....	10
5. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis	14

6. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya	15
7. Pengobatan Tuberkulosis	16
8. Hasil pengobatan dan tindak lanjut.....	17
9. Pengetahuan pasien.....	19
10. Kepatuhan pasien.....	25
11. Kuesioner <i>Morisky Medication Adherence Scale</i> (MMAS-8)	28
B. Profil RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat	29
C. Kerangka Konsep Penelitian.....	32

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian.....	33
B. Waktu dan Tempat Penelitian.....	33
C. Definisi Operasional.....	33
D. Populasi dan Sampel	35
E. Metode Pengambilan Sampel	36
F. Kriteria Inklusi dan Ekslusi	36
G. Alat dan Metode Pengumpulan Data.....	36
H. Metode Pengolahan dan Analisis Data.....	37
I. Alur Penelitian	40

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Karakteristik Pasien.....	41
4.2 Gambaran Pengetahuan Pasien Tuberkulosis di RSUP NTB Berdasarkan Karakteristik Pasien.....	45
4.3 Gambaran Pengetahuan Pasien Tuberkulosis Secara Umum	49
4.4 Gambaran Kepatuhan Pasien Tuberkulosis di RSUP NTB Berdasarkan Karakteristik Pasien.....	50
4.5 Gambaran Kepatuhan Pasien Tuberkulosis Secara Umum	54
4.6 Keterbatasan Penelitian	55

BAB V KESIMPULAN DAN SASARAN

A. Kesimpulan56
B. Saran56

DAFTAR PUSTAKA.....57

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Gambaran karakteristik pasien	41
Tabel 4.2	Gambaran pengetahuan pasien tuberkulosis di RSUP NTB berdasarkan karakteristik pasien.....	45
Tabel 4.3	Gambaran pengetahuan pasien tuberkulosis secara umum.....	50
Tabel 4.4	Gambaran kepatuhan pasien tuberkulosis di RSUP NTB berdasarkan karakteristik pasien.....	51
Tabel 4.5	Gambaran kepatuhan pasien tuberkulosis secara umum	54



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kerangka Konsep Penelitian.....	32
Gambar 2 Alur Penelitian.....	40



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat izin penelitian.....	60
Lampiran 2. Lembar persetujuan menjadi responden.....	61
Lampiran 3. Kuisisioner tingkat pengetahuan pasien TB.....	62
Lampiran 4. Kuisisioner tingkat kepatuhan pasien TB.....	64
Lampiran 5. Dokumentasi	65
Lampiran 6. Tabulasi data tingkat pengetahuan	66
Lampiran 7. Tabulasi data tingkat kepatuhan.....	67



GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN PADA PASIEN TUBERKULOSIS DI RUMAH SAKIT UMUM PROVINSI NTB PERIODE JULI-AGUSTUS 2019

Ekarani Suryaningsih¹, Baiq Nurbaety², Abdul Rahman Wahid³

Program Studi DIII Farmasi, Universitas Muhammadiyah Mataram

Email: ekaranisuryaningsih742@gmail.com

ABSTRAK

Semakin baik pengetahuan seseorang tentang pengobatan dan penyembuhan tuberkulosis maka kepatuhan dalam menjalani pengobatan juga akan baik sehingga keberhasilan pengobatan akan tercapai. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan kepatuhan pasien terhadap keberhasilan terapi tuberkulosis. Penelitian ini menggunakan observasional deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien tuberkulosis dengan kategori pasien pindahan, kambuh, putus berobat, dan gagal yang sedang menjalani pengobatan di instalasi rawat inap dan rawat jalan Rumah Sakit Umum Provinsi NTB, dengan jumlah sampel sebanyak 31 responden. Alat ukur yang digunakan pada penelitian ini berupa kuisioner. Analisa yang digunakan adalah analisa univariat. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan pasien adalah 32,25% berpengetahuan baik, 29,03% berpengetahuan cukup, dan 38,70% berpengetahuan kurang. Tingkat kepatuhan pasien adalah 38,70% tinggi, 29,03% sedang, dan 32,25% rendah. Gambaran tingkat pengetahuan pasien tuberkulosis di Rumah Sakit Umum Provinsi NTB sebagian besar berpengetahuan kurang (38,70%), dan gambaran tingkat kepatuhan pasien tuberkulosis sebagian besar dengan kepatuhan tinggi (38,70%).

Kata Kunci: Pengetahuan, Kepatuhan, Tuberkulosis.

**DESCRIPTION OF THE LEVEL OF KNOWLEDGE AND COMPLIANCE IN
TUBERCULOSIS PATIENTS AT THE NTB PROVINCIAL PUBLIC
HOSPITAL JULY-AUGUST PERIOD 2019**

Ekarani Suryaningsih¹, Baiq Nurbaety², Abdul Rahman Wahid³

DIII Pharmacy Study Program, Muhammadiyah University Of Mataram

Email: ekaranisuryaningsih742@gmail.com

ABSTRACT

The better one's knowledge of treatment will also be good so that the success of treatment will be achieved. The purpose of this study was to determine the level of knowledge and compliance of patients with the success of tuberculosis therapy. This study uses an observational descriptive *cross sectional* approach. The population in this study were all tuberculosis patients in the category of patients moving, relapsing, dropping out of treatment, and failing who were undergoing treatment in the inpatient and outpatient care of the NTB provincial public hospital, with a total sample of 31 respondents. The measuring instrument used in this study was a questionnaire. The analysis used is univariate analysis. This result of this study indicates that the level of knowledge of patients is 32,25% good knowledge, 29,03% have enough knowledge, 38,70% have less knowledge. The level of patient compliance was 38,70% high, 29,03% moderate, and 32,25% low. Description the level of knowledge of tuberculosis patients in NTB provincial general hospital most of the knowledge is lacking (38,70%), and description the level of compliance of tuberculosis patients mostly with high adherence (38,70%).

Keywords: Knowledge, Compliance, Tuberculosis.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis merupakan masalah kesehatan yang besar di dunia. Dalam 20 tahun *World Health Organisation* (WHO) dengan negara-negara yang tergabung di dalamnya mengupayakan untuk mengurangi Tuberkulosis. Tuberkulosis (TB) adalah suatu penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh infeksi menular oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Sumber penularan yaitu pasien TB Bakteri Tahan Asam (BTA) positif melalui percik relik dahak yang dikeluarkannya. Penyakit ini apabila tidak segera diobati atau pengobatannya tidak tuntas dapat menimbulkan komplikasi berbahaya hingga kematian (Kemenkes RI, 2015).

Menurut WHO Tuberkulosis merupakan penyakit yang menjadi perhatian global, dengan berbagai upaya pengendalian yang dilakukan, insiden dan kematian akibat Tuberkulosis telah menurun, namun Tuberkulosis diperkirakan masih menyerang 9,6 juta orang dan menyebabkan 1,2 juta kematian pada tahun 2014. India, Indonesia dan Cina merupakan negara dengan penderita Tuberkulosis terbanyak yaitu berturut-turut 23%, 10%, dan 10% dari seluruh penderita di dunia (WHO, 2015).

Berdasarkan WHO *Global TB Report 2018*, diperkirakan insiden TBC di Indonesia mencapai 842.000 kasus dengan angka mortalitas

107.000 kasus. Jumlah ini membuat Indonesia berada di urutan ketiga tertinggi untuk kasus TBC setelah India dan China. Kondisi ini tentunya terbilang memprihatinkan karena berdampak besar terhadap sosial dan keuangan pasien, keluarga, serta masyarakat.

Menurut data RISKESDAS (Riset Kesehatan Dasar) 2018 untuk kasus TBC paru paru di provinsi Nusa Tenggara Barat adalah sebesar 0,4 % sedangkan data yang diperoleh dari dinas Kesehatan NTB tentang jumlah kasus TBC pada tahun 2016 mencapai 5.828 orang. Sedangkan untuk tahun 2017 jumlah seluruh pasien TB adalah 6.644 orang, apabila dibandingkan dengan tahun 2016, maka kasus TB pada tahun 2017 mengalami peningkatan sebesar 14,04% (Dinkes NTB, 2015). Prevalensi pasien Tuberkulosis berdasarkan data dari Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB pada tahun 2018 berjumlah 391 pasien.

Sejauh ini terapi Tuberkulosis masih mengalami banyak permasalahan dalam pengobatan, karena terapi pengobatannya membutuhkan waktu yang lama minimal 6 bulan, hal tersebut menyebabkan penderita Tuberkulosis merasa jenuh dengan program pengobatan. Rasa jenuh tersebut bisa saja disebabkan karena penderita kurang memahami tentang pengobatan atau kurangnya pengetahuan tentang pentingnya mematuhi program pengobatan Tuberkulosis. Semakin baik pengetahuan seseorang tentang pengobatan dan penyembuhan Tuberkulosis maka kepatuhan dalam menjalani pengobatan juga akan baik sehingga keberhasilan pengobatan akan tercapai.

Keberhasilan suatu pengobatan pada TB adalah ditunjang dari kepatuhan dalam minum obat anti tuberkulosis dengan dosis yang telah ditetapkan. Pasien yang dirawat berulang kali di rumah sakit disebabkan ketidak patuhan dalam mengonsumsi obat anti tuberkulosis (OAT) secara teratur (Manalu, 2010).

Hal-hal yang mempengaruhi ketidak patuhan pasien TB dalam minum obat adalah meliputi; pendidikan, pengetahuan, dan pendapatan (Erawatyningih, Purwanta, & Subekti, 2009). Kurangnya pengetahuan tentang TB menjadi faktor resiko yang paling dominan terjadinya *drop out* pengobatan (Himawan *et al.*, 2015). Selain hal tersebut, motivasi merupakan salah satu kunci keberhasilan dalam penatalaksanaan pengobatan TB, semakin tinggi motivasi maka akan semakin patuh dalam melaksanakan program pengobatan TB dengan cara rutin meminum obat anti tuberkulosis (Prasetya, 2009).

Berdasarkan gambaran di atas maka peneliti tertarik melakukan penulisan tugas akhir Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Gambaran Tingkat Pengetahuan dan Kepatuhan Pada Pasien Tuberkulosis di Rumah Sakit Umum Provinsi NTB Periode Juli-Agustus 2019”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang ada dalam latar belakang, permasalahan yang dapat dirumuskan pada penelitian ini adalah:

1. Bagaimana tingkat pengetahuan pasien terhadap keberhasilan terapi tuberkulosis di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat ?
2. Bagaimana tingkat kepatuhan pasien terhadap keberhasilan terapi tuberkulosis di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat ?

C. Tujuan Penelitian

Mengetahui tingkat pengetahuan dan kepatuhan, serta mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan dan kepatuhan pasien terhadap keberhasilan terapi tuberkulosis di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi ilmu pengetahuan (*Scientific*)

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan informasi yang berguna dalam menambah wawasan dan pengetahuan terhadap upaya untuk meningkatkan keberhasilan terapi.

2. Bagi pengguna (*Consumer*)

Menambah pengetahuan pengguna (penderita tuberkulosis) tentang penyakit tuberkulosis dan memotivasi penderita dalam pengobatan tuberkulosis.

3. Bagi Institusi

- a) Sebagai beban evaluasi terhadap pengobatan tuberkulosis di Rumah Sakit Umum Provinsi NTB.

- b) Memberikan gambaran tingkat pengetahuan dan kepatuhan pasien terhadap pengobatan tuberculosis sehingga dapat digunakan sebagai referensi atau acuan sumber informasi dalam membantu proses terapi pasien.
- c) Sebagai masukan untuk melakukan pengambilan keputusan dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan terutama dalam meningkatkan kepatuhan pasien tuberculosis di Rumah Sakit Umum Provinsi NTB.

E. Keaslian Penelitian

Tri Retno Widianingrum (2017), dengan judul “Hubungan Pengetahuan dan Motivasi Dengan Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis Pada Pasien TB di Wilayah Kerja Puskesmas Perak Timur Surabaya”. Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan desain cross sectional. Sampel pada penelitian ini adalah seluruh pasien TB yang memenuhi kriteria di wilayah kerja puskesmas Perak Timur Kota Surabaya Periode Juli sampai dengan September 2017 sebanyak 100 sampel. Hasil penelitian menunjukkan pengetahuan dengan kepatuhan minum obat menunjukkan ada hubungan dengan (p value 0,000), motivasi dengan kepatuhan minum obat menunjukkan hubungan (p value 0,000).

Kurniawan Adiwidia (2012), dengan judul “Gambaran Tingkat Pengetahuan Pasien TB. Paru Rencana Pulang Tentang Penyakit TB. Paru di Ruang Rawat Inap RS. Paru Dr. M. Goenawan Partowidigdo”. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan 64 sampel. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa

tingkat pengetahuan pasien adalah 51,6% berpengetahuan baik dan 48,4% berpengetahuan kurang.

Anton Tri Wibowo (2015), dengan judul “Karakteristik TB Paru Dewasa di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta Tahun 2015”. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian yang bersifat deskriptif analitik, dengan pendekatan studi retrospektif. Sampel penelitian ini sebanyak 72 orang dengan teknik sampling systematic random sampling. Hasil penelitian diketahui 66,7% sampel berumur antara 15-55 tahun, 59,7% berjenis kelamin laki-laki, 44,1% berpendidikan SMA/ sederajat, 48,6% sampel bekerja sebagai wiraswasta dan 62,5% sampel menggunakan BPJS kesehatan dalam biaya pengobatan TB Paru.

Sri Rahayu Pujiastuti (2016), dengan judul “Gambaran Pengetahuan Pasien Tentang Penyakit Tuberkulosis (TBC) di Wilayah Kerja Puskesmas Andong Boyolali”. Jenis penelitian ini menggunakan deskriptif kuantitatif. Sampel yang digunakan pada penelitian ini sebanyak 38 responden dengan teknik purposive sampling. Hasil penelitian pra umur lansia didapatkan, pengetahuan cukup sebanyak 14 responden (36,8%). Pendidikan SMP didapatkan pengetahuan cukup sebanyak 14 responden (36,8%). Jenis kelamin laki-laki dengan pengetahuan cukup sebanyak 15 responden (39,5%). Pekerjaan di bidang swasta dengan pengetahuan cukup sebanyak 9 responden (23,7%).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Definisi dan Etiologi TB

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Biasanya penyakit ini menyerrang paru-paru namun dapat pula menyerang organ lain yang biasa disebut dengan TB ekstrapulmonar seperti ginjal, tulang belakang, dan otak (WHO, 2013).

Tuberkulosis adalah merupakan penyakit infeksi menular yang dapat menyerang bagian organ terutama paru – paru. Penyakit ini apabila tidak diobati atau pengobatannya tidak tuntas dapat menimbulkan komplikasi berbahaya bahkan kematian. Penyakit tuberculosi wajib dilaporkan kepada fasilitas kesehatan (Depkes RI, 2016).

Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang dapat menyebar melalui paru-paru kebagian tubuh lain melalui sistem peredaran darah, sistm saluran limfa, melalui saluran pernafasan (bronchus) atau penyebaran langsung kebagian tubuh lainnya (Notoatmojo, 2011, hal.152).

Bakteri *Mycobacterium tuberculosis* mempunyai ukuran panjang 0,5 – 4 mikron dan tebal 0,3 – 0,6 mikron dengan bentuk batang tipis, lurus atau agak bengkok, bergranular atau tidak mempunyai selubung, tetapi mempunyai lapisan luar tebal yang terdiri dari lipoid (terutama asam

mikolat) dan digolongkan dalam basil tahan asam (BTA) (Widoyono, 2008).

Bakteri tuberkulosis ini mati pada pemanasan 100⁰C selama 5 – 10 menit atau pada pemanasan 60⁰C selama 30 menit, dan dengan alkohol 70–95% selama 15 – 30 detik. Bakteri ini tahan selama 1 -2 jam di udara terutama di tempat yang lembab dan gelap (bisa berbulan-bulan), namun tidak tahan terhadap sinar matahari (Gillespie & Bamford, 2009).

2. Patofisiologi Tuberkulosis (TB)

Infeksi awal disebabkan karena seseorang menghirup bakteri *Mycobacterium tuberculosis* melalui jalan nafas menuju ke alveoli dan melakukan proses perkembangbiakan (Irman Somantri, 2007).

Pada satu titik bakteri akan melakukan implantasi juga akan melakukan proses penggandaan diri atau yang sering disebut dengan istilah *multiplying*. Dalam proses ini akan menghasilkan lesi primer. Setelah terinfeksi dan menghasilkan lesi primer, infeksi dapat menyebar ke seluruh tubuh melalui berbagai jalan, yaitu percabangan bronkus, saluran limfe, dan aliran darah menuju ke tulang, ginjal dan otak. Jika pertahanan tubuh dari penderita kuat, maka infeksi tidak akan menyebar tetapi bakteri-bakteri tersebut akan tertidur atau menjadi dorman dan akan aktif kembali ketika daya tubuh penderita melemah (Muttaqin, 2008).

Sistem imun tubuh berespon dengan melakukan reaksi inflamasi. Fagosit (neutrofil dan makrofag) menelan banyak bakteri;

limfosit spesifik tuberculosis melisis (menghancurkan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan penumpukkan eksudat dalam alveoli yang menyebabkan terjadinya penebalan membran alveolar kapiler dan kolaps pada alveoli sehingga menyebabkan terjadinya gangguan pertukaran gas (Smeltzer & Bare, 2016).

Pada saat terjadi infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, maka proses inflamasi yang terjadi pada rongga alveoli akan menyebabkan rongga alveoli menghasilkan banyak sputum yang menyebabkan konsolidasi paru dan akan berdampak pada proses difusi dan juga pertukaran gas yang tidak maksimal. Akibat adanya gangguan tersebut, maka akan timbul masalah gangguan pertukaran gas. Saat terjadi gangguan pertukaran gas, maka suplai oksigen ke seluruh tubuh juga akan mengalami penurunan, hal ini ditandai dengan adanya peningkatan frekuensi pernafasan, penurunan saturasi oksigen (Irman Somantri, 2007).

Berpangkal dari kompleks primer, infeksi dapat menyebar ke seluruh tubuh melalui berbagai jalan, salah satunya adalah melalui percabangan bronkus, penyebaran infeksi melalui percabangan bronkus dapat mengenai area paru atau melalui sputum menyebar ke area laring yang dapat menyebabkan ulserasi laring, kondisi ini akan menyebabkan terjadinya sumbatan pada jalan nafas akibat adanya penumpukkan sekret (Muttaqin, 2008).

3. Gejala Klinis Tuberkulosis (TB)

Tuberkulosis (TB) memberikan gejala berupa batuk terus-menerus dan berdahak selama 2 minggu atau lebih. Gejala lain yang sering dijumpai adalah dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas dan nyeri dada, badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan turun, rasa kurang enak badan (*malaise*), berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan, demam meriang lebih dari sebulan (Depkes RI, 2008).

4. Cara penularan Tuberkulosis (TB)

Tuberkulosis (TB) ditularkan melalui udara (melalui dahak penderita TB). Ketika penderita TB batuk, bersin berbicara atau meludah, mereka memercikkan kuman TB ke udara. Pada umumnya droplet yang infeksius dapat bertahan dalam beberapa jam sampai beberapa hari sampai akhirnya ditiup angin. Infeksi terjadi bila jika seseorang menghirup droplet yang mengandung kuman TB dan akhirnya sampai di alveoli. Respon imun terbentuk 2-10 minggu setelah terinfeksi. Sejumlah kuman akan tetap dorman bertahun-tahun yang disebut infeksi laten (Kemnkes, 20012). Ketika penderita batuk, baersin, atau berbicara saat berhadapan dan terhirup pada paru orang sehat masa inkubasinya selama 3-6 bulan (Widoyono, 2008). Setelah kuman TB masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman TB tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas, atau

penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya (Kemenkes, 2012).

Faktor resiko yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi penderita TB adalah mereka yang tinggal berdekatan dengan orang yang terinfeksi aktif, memiliki daya tahan tubuh yang rendah, diantaranya mereka yang kekurangan gizi, orang berusia lanjut, bayi atau mereka yang mengindap HIV/AIDS (Depkes RI, 2008).

Suryo (2010) menjelaskan bahwa faktor risiko yang menyebabkan penyakit TB adalah sebagai berikut:

a. Faktor umur

Beberapa faktor risiko penularan penyakit TB yaitu umur, jenis kelamin, ras, serta infeksi AIDS. Insiden tertinggi TB biasanya mengenai usia dewasa muda. Di Indonesia diperkirakan 75% penderita TB adalah kelompok usia produktif, yaitu 15-50 tahun.

b. Faktor jenis kelamin

Di benua Afrika banyak TB, terutama menyerang laki-laki. Pada tahun 1996 jumlah penderita TB pada laki-laki hampir dua kali lipat dibandingkan jumlah penderita TB pada wanita yaitu 42,34% pada laki-laki dan 28,9% pada wanita. Antara tahun 1985-1987 penderita TB pada laki-laki cenderung meningkat sebanyak 2,5%, sedangkan penderita TB pada wanita menurun 6,7%. TB lebih banyak terjadi pada laki-laki dibanding dengan wanita karena laki-laki sebagian besar

mempunyai kebiasaan merokok sehingga memudahkan terjangkitnya TB.

c. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap pengetahuan seseorang, di antaranya mengenai rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan pengetahuan penyakit TB sehingga dengan pengetahuan yang cukup, maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat. Selain itu tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap jenis pekerjaannya.

d. Pekerjaan

Jenis pekerjaan menentukan faktor risiko apa yang harus dihadapi setiap individu. Bila pekerja bekerja di lingkungan yang berdebu, paparan partikel debu di daerah terpapar akan memengaruhi terjadinya gangguan pada saluran pernafasan. Paparan kronis udara yang tercemar dapat meningkatkan morbiditas, terutama terjadinya gejala penyakit saluran pernafasan dan umumnya TB.

Jenis pekerjaan seseorang juga memengaruhi pendapatan keluarga yang akan mempunyai dampak terhadap pola hidup sehari-hari di antara konsumsi makanan, pemeliharaan kesehatan. Selain itu, akan memengaruhi kepemilikan rumah (konstruksi rumah).

Kepala keluarga yang mempunyai pendapatan di bawah UMR akan mengonsumsi makanan dengan kadar gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan bagi setiap anggota keluarga sehingga mempunyai status

gizi yang kurang dan akan memudahkan untuk terkena penyakit infeksi, di antaranya penyakit TB. Dalam hal jenis konstruksi rumah dengan mempunyai pendapatan yang kurang, maka konstruksi rumah yang dimiliki tidak memenuhi syarat kesehatan sehingga akan memperoleh terjadinya penularan penyakit TB.

e. Kebiasaan merokok

Merokok diketahui mempunyai hubungan dengan meningkatkan risiko untuk mendapatkan kanker paru-paru, penyakit jantung koroner, bronkhitis kronis, dan kanker kandung kemih. Kebiasaan rokok meningkatkan risiko untuk terkena TB sebanyak 2,2 kali.

f. Status Gizi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang dengan status gizi kurang mempunyai risiko 3,7 kali untuk menderita penyakit TB berat dibandingkan dengan orang yang status gizinya cukup atau lebih. Kekurangan gizi pada seseorang akan berpengaruh terhadap kekuatan daya tahan tubuh dan respon imunologik terhadap penyakit.

g. Perilaku

Perilaku dapat terdiri atas pengetahuan, sikap, dan tindakan. Pengetahuan penderita TB yang kurang tentang cara penularan, bahaya, dan cara pengobatan akan berpengaruh terhadap sikap dan perilaku sebagai orang sakit dan akhirnya berakibat menjadi sumber penular bagi orang di sekelilingnya.

5. Klasifikasi Berdasarkan Hasil Pemeriksaan Dahak Mikroskopis (Kemenkes RI, 2011).

Keadaan ini ditujukan terutama ditujukan pada TB paru:

- a. Tuberkulosis paru BTA positif.
 - 1) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
 - 2) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.
 - 3) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif.
 - 4) 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.

b. Tuberkulosis paru BTA negatif

Kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif. Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi:

- 1) Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif.
- 2) Foto toraks abnormal sesuai dengan gambaran tuberkulosis.
- 3) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT, bagi pasien dengan HIV negatif.

4) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

6. Klasifikasi Berdasarkan Riwayat Pengobatan Sebelumnya (Kemenkes RI, 2011).

Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya disebut sebagai tipe pasien, yaitu:

a. Kasus Baru

Adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu). Pemeriksaan BTA bisa positif atau negatif.

b. Kasus yang sebelumnya diobati

1. Kasus kambuh (*Relaps*)

Adalah pasien Tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan Tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kultur).

2. Kasus setelah putus berobat (*Default*)

Adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.

3. Kasus setelah gagal (*Failure*)

Adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

c. Kasus pidahan (*Transfer In*)

Adalah pasien yang dipindahkan ke register lain untuk melanjutkan pengobatannya.

d. Kasus lain:

Adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan di atas, seperti yang:

1. Tidak diketahui riwayat pengobatan sebelumnya
2. Pernah diobati tetapi tidak diketahui hasil pengobatannya
3. Kembali diobati dengan BTA negatif

7. Pengobatan Tuberkulosis (TB)

a. Tujuan Pengobatan

Pengobatan Tuberkulosis bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan, dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT) (Kemenkes RI, 2011).

b. Prinsip Pengobatan

Pengobatan tuberkulosis dilakukan dengan prinsip-prinsip sebagai berikut (Kemenkes RI, 2011):

- 1) OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT – Kombinasi Dosis Tetap (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan.

- 2) Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung (DOT = *Directly Observed Treatment*) oleh seorang Pengawas Minum Obat (PMO).
- 3) Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan lanjutan.

Tahap Awal (Intensif):

- a) Pada tahap intensif (awal) pasien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat.
- b) Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya pasien menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu.
- c) Sebagian besar pasien TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan.

Tahap Lanjutan:

- a) Pada tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama.
- b) Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman *persister* sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

8. Hasil Pengobatan dan Tindak Lanjut

Hasil pengobatan seorang penderita dapat dikategorikan sebagai sembuh, pengobatan lengkap, meninggal, pindah, putus berobat, dan gagal (Kemenkes RI, 2011).

a) Sembuh

Penderita dinyatakan sembuh bila telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap dan pemeriksaan ulang dahak (*follow up*) hasilnya negatif pada Akhir Pengobatan (AP) dan minimal satu pemeriksaan *follow up* sebelumnya negatif.

b) Pengobatan lengkap

Penderita yang telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap tetapi tidak memenuhi persyaratan sembuh atau gagal.

c) Meninggal

Penderita yang meninggal dalam masa pengobatan karena sebab apapun.

d) Pindah

Penderita yang pindah berobat ke unit dengan register TB 03 yang lain dan hasil pengobatannya yang tidak diketahui.

e) Putus berobat

Penderita yang tidak berobat 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatannya selesai.

f) Gagal

Penderita yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

g) Pengetahuan (*Knowledge*)

9. Pengetahuan Pasien

Pada dasarnya manusia selalu mencari kebenaran untuk suatu pengetahuan yang baru dan pengetahuan inilah yang mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang. Adapun menurut Budiman dan Agus (2013) menjelaskan tentang definisi pengetahuan.

Menurut pendekatan konstruktivistik, pengetahuan bukanlah fakta dari suatu kenyataan yang sedang dipelajari, melainkan sebagai konstruksi kognitif seseorang terhadap objek, pengalaman, maupun lingkungannya. Pengetahuan adalah sebagai suatu pembentukan yang terus menerus oleh seseorang yang setiap saat mengalami reorganisasi karena adanya pemahaman-pemahaman baru. Pengetahuan dapat diperoleh secara alami atau diintervensi baik langsung maupun tidak langsung (Budiman dan Agus, 2013).

Adapun menurut Budiman dan Agus (2013) menjelaskan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan diantaranya sebagai berikut:

a. Pendidikan

Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan di mana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, orang tersebut akan semakin luas pengetahuannya. Namun, perlu ditekankan bahwa seseorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Pendidikan dijelaskan sebagai suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan

kemampuan di dalam dan di luar sekolah (baik formal maupun nonformal), berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar maka dari itu, semakin seseorang memiliki pendidikan yang tinggi, maka semakin mudah orang tersebut menerima informasi. Dengan pendidikan yang tinggi, maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media masa. Semakin banyak informasi yang masuk maka semakin banyak pula pengetahuan yang didapatkan tentang kesehatan.

b. Informasi

Kamus lain menyatakan bahwa informasi adalah sesuatu yang dapat diketahui, namun ada pula yang menekankan informasi sebagai transfer pengetahuan. Adanya perbedaan definisi informasi pada hakikatnya dikarenakan sifatnya yang tidak dapat diuraikan (*intangible*), sedangkan informasi tersebut dapat dijumpai dalam kehidupan sehari-hari, yang diperoleh dari data dan pengamatan terhadap dunia sekitar kita, serta diteruskan melalui komunikasi. Informasi mencakup data, teks, gambar, suara, kode, program komputer, dan basis data.

c. Sosial, Budaya dan Ekonomi

Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi

pengetahuan seseorang. Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukannya baik atau buruk. Dengan demikian, seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan.

d. Lingkungan

Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak, yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu. Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial.

e. Pengalaman

Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan akan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional, serta dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya. Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu.

f. Usia

Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial, serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua. Selain itu, orang usia madya akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada usia dini. Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang.

Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yaitu:

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Untuk mengetahui atau mengukur bahwa orang tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan-pertanyaan.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan *justifikasi* atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu

kriteria yang ditentukan sendiri atau norma yang berlaku di masyarakat.

Indikator yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan, dapat dikelompokkan menjadi:

- a. Pengetahuan tentang sakit dan penyakit yang meliputi:
 1. Penyebab penyakit
 2. Gejala dan tanda-tanda penyakit
 3. Bagaimana cara pengobatan, atau kemana mencari pengobatan
 4. Bagaimana cara penularannya
 5. Bagaimana cara pencegahannya
- b. Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat, meliputi:
 1. Jenis makanan yang bergizi
 2. Manfaat makanan yang bergizi bagi kesehatannya
 3. Pentingnya berolahraga bagi kesehatan
 4. Penyakit atau Tuberkulosis
 5. Pentingnya istirahat cukup, relaksasi, dan sebagainya bagi kesehatan

c. Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan:

1. Manfaat air bersih
2. Cara pembuangan limbah yang sehat, termasuk pembuangan kotoran yang sehat, dan sampah
3. Manfaat pencahayaan dan penerangan rumah yang sehat
4. Akibat polusi (polusi air, udara, dan tanah) bagi kesehatan, dan sebagainya.

10. Kepatuhan Pasien

Kepatuhan dalam kontrol penyakit TB didefinisikan sebagai sejauh mana kesesuaian antara riwayat pasien dalam minum obat dengan pengobatan yang diresepkan (WHO, 2003).

Kepatuhan adalah perilaku positif penderita dalam mencapai tujuan terapi. Menurut Decision theory 1985, penderita adalah pengambil keputusan dan kepatuhan sebagai hasil pengambilan keputusan (Suparyanto, 2010).

Seseorang dikatakan patuh berobat bila mau datang ke petugas kesehatan yang telah ditentukan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan serta mau melaksanakan apa yang dianjurkan oleh petugas (Suparyanto, 2010).

Kepatuhan terhadap pengobatan TB adalah faktor penting dalam menentukan keberhasilan terapi. Hasil yang sukses dari pengobatan diasumsikan sebagai kombinasi dari regimen obat yang tepat didukung dengan kepatuhan pasien meminum obat. Oleh sebab ini, pendekatan dari

perawatan TB didasarkan oleh kebutuhan pasien dan hubungan yang baik antara pasien dan penyedia layanan kesehatan. Pendekatan yang dijelaskan dalam *International Standart for Tuberculosis Care* edisi ketiga dirancang untuk mendorong dan memfasilitasi kemitraan positif antara penyedia layanan kesehatan dengan pasien untuk bersama-sama meningkatkan kepatuhan (WHO, 2013).

Mencapai kepatuhan pasien merupakan hal yang tidak mudah bagi pasien maupun penyedia layanan kesehatan. Regimen OAT yang terdiri dari beberapa obat dan diberikan selama minimal 6 bulan memungkinkan pasien mencapai kejenuhan untuk minum obat. Akibatnya pasien menjadi mangkir dari pengobatan dan tidak rutin mengambil obat, terutama apabila merasa kondisinya sudah baik (WHO, 2014).

Kepatuhan pasien dapat dicapai apabila terjadi kerjasama yang baik antara pasien dengan tenaga kesehatan. Selain penyedia layanan kesehatan dan masyarakat juga mempunyai peran penting dalam upaya pengendalian TB. menurut *Case Management Adherence Guidlines* (CMAG2006, terdapat 4 faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan. Faktor tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Faktor terkait pengobatan, terdiri dari: jumlah dosis obat harian, jumlah obat yang diminum bersamaan, efek samping obat, dan lamanya waktu terapi.
- b. Faktor terkait pasien, terdiri dari: jenis penyakit yang diderita (penyakit kejiwaan cenderung menyebabkan sulit tercapainya

kepatuhan), kondisi ekonomi pasien, dukungan sosial, kondisi lingkungan tempat tinggal, kepadatan kegiatan sehari-hari, keterbatasan fisik, *barrier* bahasa antara pasien dengan tenaga medis, persepsi sehat dan sakit, persepsi keparahan penyakit, keyakinan terhadap manfaat pengobatan, kepercayaan diri untuk menyelesaikan terapi, dan kemauan untuk mengubah gaya hidup.

- c. Faktor terkait tenaga medis, terdiri dari: hubungan yang baik antara tenaga medis dengan pasien, keterampilan komunikasi, keyakinan terhadap kesehatan antara tenaga medis dengan pasien, dan pemberian motivasi.
- d. Faktor terkait sistem penyedia layanan kesehatan, terdiri dari: asuransi kesehatan, biaya pengobatan, dan kemudahan terhadap akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Peran tenaga kesehatan dan *programmer* Tuberkulosis (TB) dalam pengobatan TB adalah memastikan bahwa pasien meminum OAT secara tertib dan rutin. *Programmer* Tb harus membangun dan memelihara sistem yang memaksimalkan akses pasien untuk perawatan, dan melatih serta mengawasi petugas kesehatan lain untuk memberikan perawatan TB yang berpusat pada pasien. Faktor-faktor seperti halnya regimen obat (harian atau berselang), formulasi obat (kombinasi dosis tetap atau kombipak), serta keadaan dan karakteristik pasien harus dipertimbangkan dalam mengatur pengawasan terhadap pengobatan pasien. Dalam mendukung

kepatuhan pasien, *programmer* TB harus melibatkan penyedia layanan kesehatan yang lain dan masyarakat.

11. Kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale 8 items* (MMAS-8)

Morisky et al. mengembangkan MMAS untuk mengetahui kepatuhan pasien berupa kuesioner. MMAS pertama kali diaplikasikan untuk mengetahui *compliance* pada pasien hipertensi pada pre dan post *interview*. Morisky et al. mempublikasikan versi terbaru pada tahun 2008 yaitu MMAS-8 dengan reliabilitas yang lebih tinggi yaitu 0,83 serta sensitivitas dan spesifitas yang lebih tinggi pula. Morisky secara khusus membuat skala untuk mengukur kepatuhan dalam mengonsumsi obat yang dinamakan *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS), dengan delapan item yang berisi pernyataan-pernyataan yang menunjukkan frekuensi kelupaan dalam minum obat, kesengajaan berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dokter, kemampuan untuk mengendalikan dirinya untuk tetap minum obat (Morisky & Muntner, 2009).

Salah satu metode pengukuran kepatuhan secara tidak langsung adalah dengan menggunakan kuesioner. Metode ini dinilai cukup sederhana, murah dalam pelaksanaannya. Salah satu model kuesioner yang telah tervalidasi untuk menilai kepatuhan terapi jangka panjang adalah *Morisky 8-items*. Pada mulanya *Morisky* mengembangkan beberapa pertanyaan singkat (dengan 4 butir pertanyaan) untuk mengukur kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus. Modifikasi kuesioner *Morisky* tersebut saat ini telah dapat digunakan untuk pengukuran kepatuhan

pengobatan penyakit yang memerlukan terapi jangka panjang. Pengukuran skor *Morisky scale 8-items* untuk pertanyaan 1 sampai 7, kalau jawaban ya bernilai 1, kecuali pertanyaan nomor 5 jawaban ya bernilai 0, sedangkan untuk pertanyaan nomor 8 jika menjawab tidak pernah/ jarang (tidak sekalipun dalam satu minggu) bernilai 0 dan bila responden menjawab sekali-kali (satu/ dua kali dalam seminggu), terkadang (tiga/ empat kali dalam seminggu), biasanya (lima/enam kali dalam seminggu), dan setiap saat bernilai 1 (Morisky *et al.*, 2008).

Namun saat ini kuesioner *Morisky scale* telah dimodifikasi menjadi delapan pertanyaan dengan modifikasi beberapa pertanyaan sehingga lebih lengkap dalam penelitian kepatuhan (Morisky *et al.*, 2008). Modifikasi kuesioner *Morisky* tersebut saat ini dapat digunakan untuk pengukuran kepatuhan dan ketidak patuhan pengobatan penyakit yang memerlukan terapi jangka panjang seperti diabetes melitus, jantung koroner dan hipertensi.

B. Profil Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat

Rumah Sakit Umum Provinsi NTB merupakan Rumah Sakit kelas B pendidikan memiliki riil tempat tidur sebanyak 328 Tempat Tidur untuk menangani masyarakat Provinsi NTB secara umumnya dan menjadi RS rujukan provinsi. Dalam melayani masyarakat, Rumah Sakit Umum Provinsi NTB didukung oleh 26 poliklinik dan 1.152 SDM. 78,40% dari pasien yang datang ke Rumah Sakit Umum Provinsi NTB merupakan pasien yang ditanggung oleh pihak ketiga (rsud.ntbprov.go.id).

Departemen Kesehatan RI (2007) menjelaskan bahwa rumah sakit adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan berupa pelayanan rawat jalan, rawat inap, rawat darurat yang mencakup pelayanan medis dan penunjang medis, serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian.

Departemen Kesehatan RI (1987) menerangkan bahwa rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien yang masuk ke rumah sakit yang menggunakan tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik dan atau penunjang medik lainnya. Instalasi rawat inap di Rumah Sakit Umum Provinsi NTB terdiri dari beberapa kelas, yaitu:

1. Kelas Utama (VIP)
2. Kelas Khusus (ICU, ICCU, NICU, RICU, PICU)
3. Kelas I, II, III, dan Ruang Isolasi

Intensive Care Unit (ICU)

Pelayanan keperawatan Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit Umum Provinsi NTB adalah pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dalam kondisi kritis di ruang perawatan intensif, dilaksanakan secara terintegrasi oleh tim yang terlatih dan berpengalaman di bidang Critikal Care. Dengan jumlah tempat tidur sebanyak 5 tempat tidur dan alat-alat kesehatan yang mendukung pelayanan di ICU, pelayanan dilakukan secara khusus dengan mengutamakan keselamatan pasien, menurunkan angka kematian dan kecacatan.

Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)

Intensive Cardiovasculer Care Unit (ICCU) merupakan salah satu unit pelayanan perawatan intensive yang disediakan bagi pasien penyakit jantung akut atau kritis guna mendapatkan pemeriksaan diagnostic serta pengobatan medic atau infasive yang optimal bagi kesembuhan pasien, sehingga dapat menurunkan angka kematian akibat penyakit jantung. Ruang ICCU memiliki tempat tidur sebanyak 4 tempat tidur dan alat-alat kesehatan yang mendukung untuk layanan di ICCU.

Neonatal Intensive Care Unit (NICU) / Pediatric Intensive Care Unit (PICU)

Neonatal Intensive Care Unit (NICU) Rumah Sakit Umum Provinsi NTB adalah ruang perawatan khusus intensive untuk bayi yang berusia kurang dari 28 hari, dengan indikasi bayi dengan respiratory distress, bayi di bawah usia 32 minggu, bayi dengan berat kurang dari 1500 gr, bayi dengan meconium aspirasi sindrom, bayi yang membutuhkan transfuse tukar.

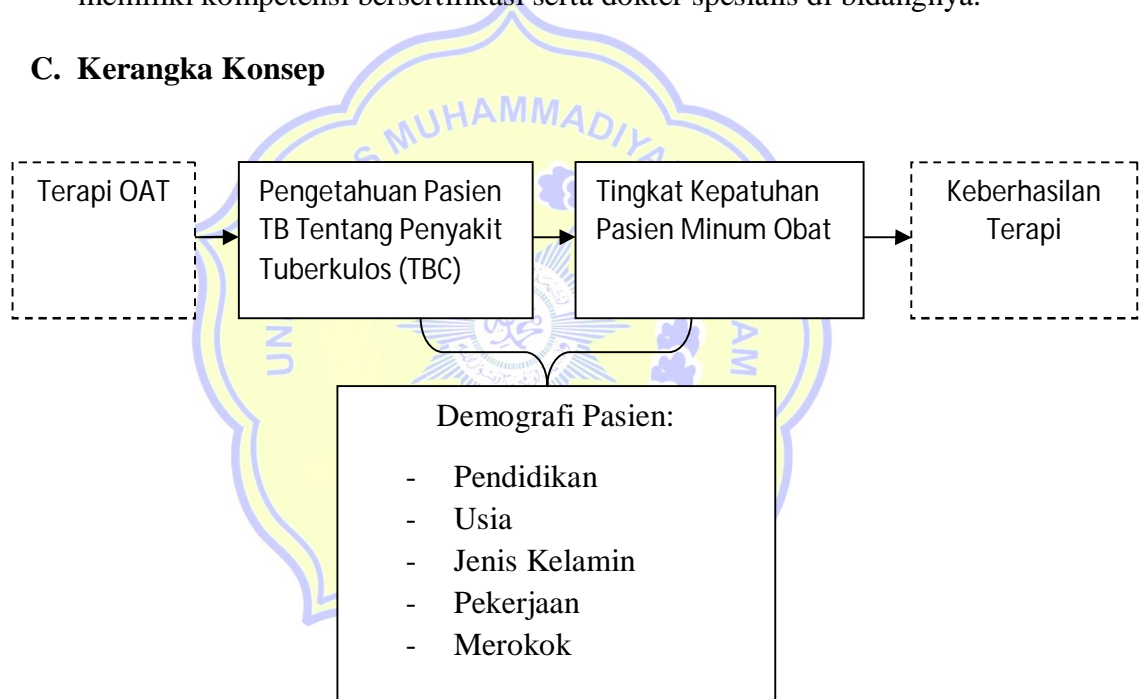
Sedangkan PICU merupakan ruangan perawatan khusus intensive yang diperuntukkan bagi bayi/anak berusia lebih dari 28 minggu dengan indikasi DSS berkepanjangan, gagal nafas, pasca operasi besar, diare akut, dehidrasi berat dengan komplikasi, kejang dengan penurunan kesadaran, sepsis berat. Dengan jumlah tempat tidur sebanyak 22 tempat tidur dan dilengkapi alat kesehatan yang mendukung pelayanan di NICU.

Respiratory Intensive Care Unit (RICU)

Respiratory Intensive Care Unit (RICU) merupakan ruang perawatan intensive pasien pada penyakit pernafasan dan atau penyakit pernafasan akibat gangguan organ lain seperti jantung.

Dengan alat bronchoscopy yang dimiliki Rumah Sakit Umum Provinsi NTB akan mampu memberikan pelayanan secara optimal di ruang RICU. Pelayanan yang diberikan di ruang RICU selain ditunjang oleh peralatan yang lengkap juga ditunjang oleh SDM keperawatan yang memiliki kompetensi bersertifikasi serta dokter spesialis di bidangnya.

C. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

————— = Variabel yang diteliti

- - - - - = Variabel yang tidak diteliti

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Pada penelitian ini menggunakan observasional *deskriptif*, variabel bebas dan variabel terikat dilakukan dalam satu kali pengukuran atau dalam waktu yang sama, sehingga pendekatan yang digunakan adalah pendekatan *crosssectional*.

B. Waktu dan Tempat Penelitian

Pada penelitian ini yang menjadi tempat penelitian adalah Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat yang beralamatkan di Jalan Prabu Rangkasari, Dasan Cermen, Sandubaya, Kota Mataram yang dilakukan pada bulan Juli-Agustus tahun 2019.

C. Definisi Operasional

1. Pengetahuan Pasien

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui pasien TB mengenai penyakitnya dan cara penanganannya. Menurut Arikunto (2006), pengetahuan seseorang dapat diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

- a) Baik : persentase 76-100%
- b) Cukup : persentase 56-75%
- c) Kurang : persentase 0-55%

2. Demografi Pasien

a) Pendidikan adalah pendidikan terakhir yang ditamatkan responden penelitian.

- Kategori:
1. Tidak sekolah
 2. SD
 3. SMP
 4. SMA
 5. Perguruan tinggi

b) Usia adalah usia responden yang dihitung berdasarkan hari ulang tahun terakhirnya.

- Kategori:
1. Remaja akhir (17-25 tahun)
 2. Dewasa awal (26-45 tahun)
 3. Dewasa akhir (36-45 tahun)
 4. Lansia awal (46-55 tahun)
 5. Lansia akhir (56-65 tahun)

c) Jenis kelamin adalah jenis kelamin responden penelitian.

- Kategori:
1. Laki-laki
 2. Perempuan

d) Pekerjaan adalah jenis pekerjaan responden penelitian.

- Kategori:
- | | |
|------------------|---------------|
| 1. Tidak bekerja | 6. Petani |
| 2. Pedagang | 7. Buruh |
| 3. Swasta | 8. Wiraswasta |
| 4. PNS | 9. Lain-lain |

5. Pensiunan

3. Kepatuhan Pasien

Kepatuhan adalah perilaku positif yang dilakukan oleh subjek dalam melaksanakan pengobatan atas anjuran yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

Kategori:

- a) Tinggi : (skor 8)
- b) Sedang : (skor 6 - <8)
- c) Rendah : (skor <6)

D. Populasi dan sampel

Populasi adalah subyek yang diobservasi atau diteliti. Dalam penelitian ini, populasinya adalah seluruh pasien tuberkulosis dengan kategori pasien pindahan, kambuh, putus berobat, dan gagal yang sedang menjalani pengobatan di Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat.

Sampel adalah bagian populasi yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi yang mempunyai karakteristik sama dengan populasi. Sampel pada penelitian ini adalah pasien tuberkulosis yang sedang menjalani pengobatan di instalasi rawat inap dan rawat jalan Rumah Sakit Umum Provinsi NTB periode Juli-Agustus 2019.

E. Metode Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik consecutive sampling, yaitu setiap pasien yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu penelitian.

F. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

1. Kriteria Inklusi meliputi:

- a) Pasien yang terdiagnosa positif menderita penyakit tuberkulosis.
- b) Pasien tuberkulosis dengan usia 17-65 tahun.
- c) Pasien bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
- d) Pasien kooperatif sudah mendapatkan terapi pengobatan.

2. Kriteria Eksklusi meliputi:

- a) Pasien tuberkulosis yang buta huruf
- b) Pasien tuberkulosis yang mengalami gangguan pendengaran
- c) Pasien tuberkulosis yang mengalami gangguan jiwa
- d) Pasien dalam keadaan tidak sadar

G. Alat dan Metode Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, alat yang digunakan untuk mengumpulkan data berupa kuesioner yang telah disesuaikan dengan tujuan penelitian, variabel penelitian dan juga berpacu pada kerangka konsep penelitian yang dibuat.

Skala pengukuran untuk tingkat pengetahuan pasien TB menggunakan skala *Guttman*, yaitu skala yang memiliki sifat tegas dan konsisten dengan memberikan jawaban yang tegas seperti jawaban Ya/Tidak atau

Benar/Salah. Skala *Guttman* dibuat dalam bentuk *checklist* atau pilihan ganda.

Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik consecutive sampling, yaitu setiap pasien yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah pasien yang diperlukan terpenuhi.

H. Metode Pengolahan dan Analisis Data

Dalam melakukan analisis, data harus diolah terlebih dahulu dengan tujuan mengubah data menjadi informasi. Dalam proses pengolahan data terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh, diantaranya:

1. *Editing*

Sebelum data diolah, data tersebut perlu diedit lebih dahulu. Dengan perkataan lain, data atau keterangan yang telah dikumpulkan dalam buku catatan, daftar pertanyaan perlu dibaca sekali lagi dan diperbaiki, jika di sana sini masih terdapat hal-hal yang salah atau yang masih meragukan. Kerja memperbaiki kualitas data serta menghilangkan keragu-raguan data dinamakan mengedit data. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam mengedit data, yaitu:

- a. Apakah data sudah lengkap dan sempurna.
- b. Apakah data sudah cukup jelas tulisannya untuk dapat dibaca.
- c. Apakah semua catatan dapat dipahami.
- d. Apakah semua data sudah cukup konsisten.

e. Apakah data cukup seragam.

2. *Coding*

Data yang dikumpulkan dapat berupa angka, kalimat pendek atau panjang, ataupun hanya “ya” atau “tidak”. Untuk memudahkan pengolahan, maka jawaban-jawaban tersebut perlu diberi kode. Pemberian kode kepada jawaban sangat penting artinya, jika pengolahan data dilakukan dengan komputer. Mengkode jawaban adalah menaruh angka pada tiap jawaban.

3. *Processing*

Pemrosesan data yang dilakukan dengan cara mengentri data dari kuesioner ke paket program komputerisasi.

4. *Cleaning*

Yaitu memberikan data yang merupakan kegiatan pengecekan dan kembali yang sudah dientri apakah ada kesalahan atau tidak.

Analisa data dilakukan analisa univariat, yaitu:

Analisis tiap variabel yang dinyatakan dengan menggambarkan dan meringkas data dengan cara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik. Variabel pada penelitian ini meliputi variabel bebas yaitu tingkat pengetahuan dan kepatuhan pasien, sedangkan variabel terikatnya adalah keberhasilan terapi pengobatan pasien TB.

- a. Pengetahuan menggunakan kuesioner yang terdiri dari 20 pertanyaan yang jawabannya ditentukan menggunakan

skala *Guttman*, untuk pengetahuan dengan skor 0 apabila jawaban itu salah dan skor 1 apabila jawaban benar.

- b. Kepatuhan menggunakan kuesioner MMAS-8 (*Modified Morisky Adherence Scale-8*) yang mana kuesioner ini terdiri dari 8 pertanyaan, dengan hasil “ya” atau “tidak”, dimana jawaban “ya” memiliki skor 0 dan jawaban “tidak” memiliki skor 1. Kecuali pertanyaan nomor 5 dengan jawaban “ya” diberi skor 1 dan jawaban “tidak” diberi skor 0 sedangkan pertanyaan nomor 8 memiliki skor 1 untuk jawaban “tidak pernah”, skor 0,75 untuk jawaban “sesekali”, skor 0,5 untuk jawaban “kadang-kadang”, skor 0,25 untuk jawaban “biasanya”, dan skor 0 untuk jawaban “selalu”. Skoring MMAS-8 memiliki rentang 0-8 yang terbagi atas 3 kategori yaitu tinggi skor 8, sedang dengan skor 6 - <8, tidak patuh dengan skor <6 (Morisky *et al.*, 2008). Pertanyaan pada MMAS-8 merupakan pertanyaan yang sudah dilakukan pengujian secara statistik dengan hasil validitas yang valid dan reliabel.

I. Alur Penelitian

