

KARYA TULIS ILMIAH

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA
PASIEN TUBERKULOSIS PARU RAWAT JALAN DIPUSKESMAS
KURIPAN KABUPATEN LOMBOK BARAT PERIODE JULI 2019**

“ Diajukan kepada Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah
Mataram sebagai syarat melaksanakan penelitian “



Di susun oleh :
NURHAFIDATUL ISLAMIAH
(516020019)

**PROGRAM STUDI DIII FARMASI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM
2019**

HALAMAN PERSETUJUAN

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA
PASIEIN TUBERKULOSIS PARU RAWAT JALAN DIPUSKESMAS
KURIPAN KABUPATEN LOMBOK BARAT PERIODE JULI 2019**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Oleh:

NURHAFIDATUL ISLAMIAH

NIM: 516020019

Telah Memenuhi Persyaratan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian Proposal
Penelitian pada Program Studi DIII Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Mataram
Hari/Tanggal : Sabtu, 7 september 2019

Menyetujui :

Pembimbing Utama


(Nur Furqani, M.Farm., Apt)
NIDN. 08141188021

Pembimbing Pendamping


(Yuli Fitriana, M.Farm., Apt)
NIDN.

Mengetahui

Ketua Program Studi D3 Farmasi
Universitas Muhammadiyah Mataram


Baiq Leny Nopitasari, M.Farm., Apt,
NIDN: 0807119001

HALAMAN PENGESAHAN

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA
PASIEEN TUBERKULOSIS PARU RAWAT JALAN DIPUSKESMAS
KURIPAN KABUPATEN LOMBOK BARAT PERIODE JULI 2019

Disusun Oleh:

NURHAFIDATUL ISLAMIAH

NIM: 516020019

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji dan Diterima Sebagai Syarat Untuk
Melakukan Penelitian pada Program Studi DIII Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Mataram

Dewan Penguji:

1. Nur Furgani, M.Farm., Apt
Ketua Tim Penguji
2. Cyntiya Rahmawati M.K.M., Apt,
Penguji I
3. Yuli Fitriana M. Farm., Apt,
Penguji II

Tanda Tangan

(.....)
(.....)
(.....)

Mengesahkan

Universitas Muhammadiyah Mataram
Fakultas Ilmu Kesehatan

Dekan,


Nurul Qiyam, M.Farm., klin., Apt,
NIDN: 0827108402

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nurhafidatul Islamiah
NIM : 516020019
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, 30 Agustus 2019
Yang membuat pernyataan.



Nurhafidatul Islamiah
516020019

MOTTO

“Tidak Pernah ada kata gagal bagi setiap muslim yang tawwakal

yang ada adalah keberhasilan

yang diberikan Allah *berbeda* dengan yang kita inginkan

tidak semua yang menurut kita baik

baik juga menurut Allah”

“jangan jadikan suatu kegagalan

Sebagai alasan takut mengulanginya kembali

Sehingga tak mau mencoba lagi

Tapi lihatlah kegagalan

Sebagai kesuksesan mengetahui cara yang salah”

HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan Untuk:

- ♥ Allah SWT yang telah memberikan kesehatan, rahmat, hidayah, rizki dan semua yang saya butuhkan. Allah SWT sutradara terbaik
- ♥ Ayahanda tercinta H.Nasarudin dan Ibunda tersayang Ramlah, terimakasih untuk cinta yang tak terhingga. yang senantiasa selalu mendoakan, mendukung dan selalu memberikan semangat serta nasihat, menyayangi serta mengasihi dengan penuh rasa cinta. I love you
- ♥ My sister and brother Eti jauhari, Munawar, Indrawati dan Afriadin terimakasih untuk kalian yang sampai saat ini selalu mendukung dan selalu memberikan nasihat untukku sehingga adikmu ini bisa berjuang sampai setitik ini.
- ♥ Ulfa, Eva, Popi, Nia, Nuli, Nida dan ka Nunung. kakak/adik sekaligus teman, sekaligus sahabat, yang paling aku sayangi, yang begitu setia menemani, membantu dengan sepenuh hati. Terimakasih atas perhatian yang selalu diberikan, sesulit apapun keadaan yang dialami selalu ada ntuk mendampingi, memberikan support yang luar biasa.
- ♥ Dosen pembimbing Tugas akhir Nur Furqani M.farm.,Apt, Yuli Fitriana M.farm.,Apt, Cyntiya Rahmawati M.Km.,Apt, sebagai orang tua kedua setelah orang tua saya dirumah, terimakasih banyak atas segala bantuan, bimbingan dan motivasi.

- ♥ Teman-teman seperjuangan Esi Wahyuningsih, Fatin, Riksa dan Kika
terimakasih sudah bersama-sama berjuang, membantu dan saling
mendukung satu sama lain dari awal hingga selesainya tugas akhir ini,



**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA
PASIEEN TUBERKULOSIS PARU RAWAT JALAN DIPUSKESMAS
KURIPAN KABUPATEN LOMBOK BARAT PERIODE JULI 2019**

Nurhafidatul Islamiah, 2019

Pembimbing : (I) NurFurqani (II) YuliFitriana

(III) CyntiyaRahmawati

ABSTRAK

Tuberculosis adalah merupakan penyakit infeksi menular yang dapat menyerang bagian organ terutama paru – paru. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan minum obat pada pasien TB paru rawat jalan di puskesmas Kuripan Lombok Barat periode Juli 2019. penelitian ini menggunakan metode *observasional analitik* dengan rancangan *Cross sectional*. Teknik pengambilan sampel ini ialah menggunakan teknik *Sampling Jenuh*. besar sampel 53 pasien dengan jumlah 29 pasien yang laki-laki dan 24 pasien perempuan. Hasil penelitian prosentase responden yang patuh dengan pengetahuan kurang baik sebanyak 22.6%, responden yang pengetahannya baik sebanyak 41.5%. Berdasarkan hasil uji *chi-square* menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan kepatuhan pasien dengan nilai $p = 0.910 (>0.05)$.

Kata kunci : *Tuberculosis, Hubungan, Pengetahuan, Kepatuhan*

**THE RELATIONSHIP OF KNOWLEDGE AND DRUG COMPLIANCE
IN DRUG PATIENT TUBERCULOSIS PATHWAY IN THE HEALTH OF
KURIPAN WEST LOMBOK DISTRICT, JULY 2019 PERIOD**

Nurhafidatul Islamiah

Preceptor : (I) Nur Furqani (II) YuliFitriana (III) CyntiyaRahmawati

ABSTRACT

Tuberculosis is a contagious infectious disease that can attack parts of the organ especially the lungs. This study aims to determine the relationship of knowledge of taking drugs in outpatient pulmonary TB patients in the West Lombok Kuripan Public Health Center in the period of July 2019. This study used an observational analytic method with a cross sectional design. This sampling technique is to use the Saturated Sampling technique. a large sample of 53 patients with a total of 29 patients male and 24 female patients. The results of the study the percentage of respondents who comply with poor knowledge as much as 22.6%, respondents who have a good understanding of 41.5%. Based on the results of the chi-square test showed no significant relationship between knowledge and patient compliance with a p value of 0.910 (> 0.05).

Keywords : Tuberculosis, Relationships, Knowledge, Compliance

KATA PENGATAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena hanya atas rahmat dan karunia-Nya lah akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik, walaupun begitu banyak cobaan dan hambatan yang penulis hadapi. Shalawat serta salam tidak lupa penulis menghantarkan kepada nabi besar Muhammad SAW yang telah membawahkan manusia menuju jalan lurus yang di ridhoi oleh Allah SWT.

Alhamdulillah penulis akhirnya dapat menyelesaikan KTI ini yang berjudul “Halaman pengesahan “Hubungan Pengetahuan Dan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Tuberkulosis Paru Rawat Jalan Dipuskesmas Kuripan Kabupaten Lombok Barat Periode Juli 2019 ” sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Farmasi di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram. Penulis menyadari bahwa selama proses penulisan laporan penelitian ini bukan hanya karena upaya sendiri melainkan berkat bantuan dan dukungan dari segala pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih dan rasa hormat yang setinggi-tingginya kepada :

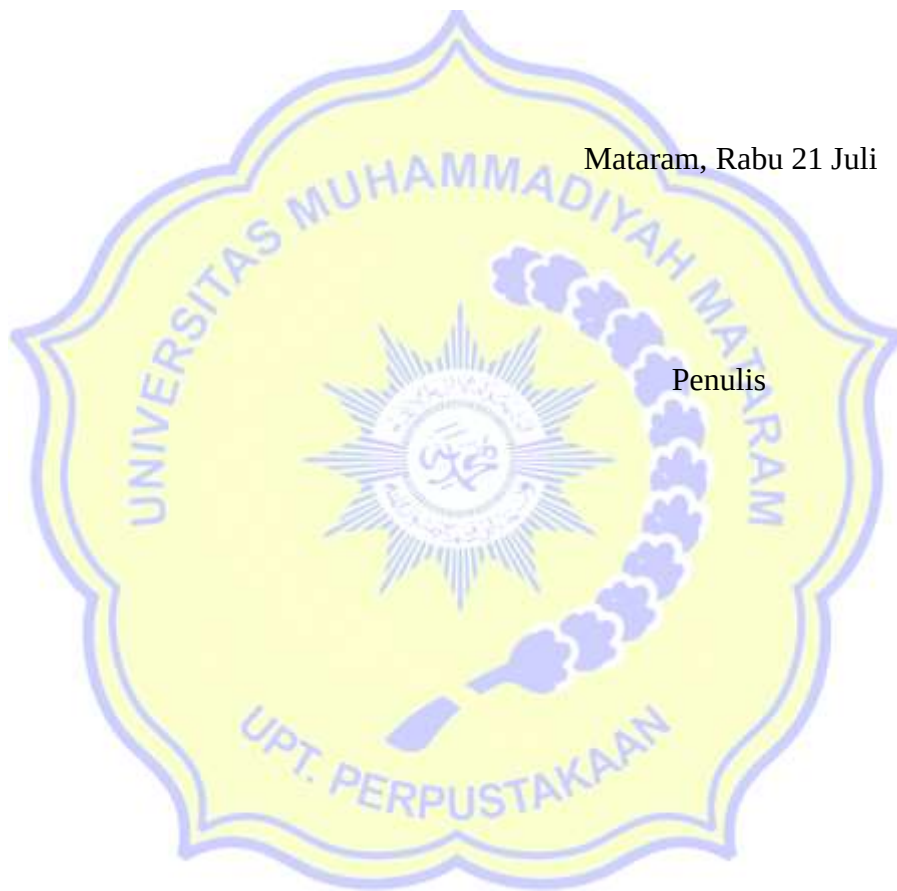
1. Nurul Qiyaam, M.Farm Klin., Apt, selaku dekan fakultas ilmu kesehatan universitas muhammadiyah mataram atas izin yang diberikan kepada program studi diploma III farmasi untuk melaksanakan penelitian karya tulis ilmiah.
2. Dzun Haryadi Ittiqo, M.Sc., Apt, selaku wakil dekan I fakultas ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.

3. Ana Pujianti H, M.Keb, selaku wakil dekan II Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.
4. Baiq Leny Nopitasari, M.Farm, Apt, selaku Ketua Program Studi Diploma III Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram..
5. Nur Furqani, M. Farm., Apt, selaku pembimbing I penyusunan proposal penelitian yang dengan sepenuh hati telah mendukung, membimbing dan mengarahkan penulis mulai dari perencanaan penulisan sampai penyelesaian laporan hasil penelitian.
6. Yuli Fitriana M. Farm., Apt, selaku pembimbing II penyusunan proposal penelitian yang dengan sepenuh hati telah mendukung, membimbing dan mengarahkan penulis mulai dari perencanaan penulisan sampai penyelesaian laporan hasil penelitian.
7. Cyntiya Rahmawati M.K.M., Apt, selaku penguji yang telah banyak meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan masukan kepada penulis.
8. Dosen-dosen pengajar di Program Studi D3 Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan dan bimbingan kepada penulis.
9. Orang tua penulis yang senantiasa mendukung, mendoakan, memberikan nasihat dan saran dengan sepenuh hati.
10. Teman-teman farmasi yang telah memberikan banyak dukungan dan bantuan dalam menyusun laporan hasil penelitian ini.

Hanya Allah SWT yang mampu memberikan balasan kepada orang-orang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan proposal hasil penelitian ini. Penulis menyadari bahwa proposal hasil penelitian ini masih jauh dari kata sempurna baik itu dalam segi penulisan maupun penyajian materi. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk lebih menyempurnakan penulisan laporan hasil penelitian ini

Mataram, Rabu 21 Juli

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
MOTTO HIDUP	iv
PERSEMBAHAN	v
ABSTRAK	vii
KATA PENGANTAR.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
1.5 Keaslian Penelitian.....	4
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 TBC (Tuberkulosis)	7
2.1.1 Definisi	7

2.1.2 Etiologi TBC	7
2.1.3 Patofisiologi.....	8
2.1.4 Klarifikasi	10
2.1.5 Faktor Resiko.....	13
2.1.6 Manifestasi Klinis.....	16
2.1.7 Diagnosis Tuberkulosis	17
2.1.8 Pengobatan	19
2.1.9 Pencegahan.....	20
2.2 Kepatuhan	21
2.2.1 Definisi	21
2.2.2 Faktor-Faktor Yang Mendukung Kepatuhan.....	21
2.2.3 Metode Pengukuran Tingkat Kepatuhan	23
2.2.4 Metode Meningkatkan Kepatuhan	23
2.2.5 Medication Adherence Report Scale (MARS)	24
2.2 UPT Blud Puskesmas Kuripan	27
BAB III. METODE PENELITIAN	29
3.1 Desain Penelitian	29
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	29
3.3 Sumber Data.....	29
3.4 Populasi dan Sample Penelitian	29
3.5 Instrumen Penelitian	30
3.6. Definisi Operasional Penelitian	30
3.7 Metode Pengumpulan Data.....	32

3.8 Metode Analisis Data.....	32
3.8.1 Analisa Univariat.....	32
3.8.2 Analisa Bivariat	32
3.9 Skema Penelitian.....	33
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	34
4.1 Analisis Univariat Karakteristik Responden.....	35
4.1.1 Usia, pengetahuan dan kepatuhan	35
4.1.2 Jenis Kelamin	36
4.1.3 Pendidikan	36
4.1.4 Frekuensi Pengetahuan	37
4.1.5 Frekuensi Kepatuhan	37
4.2 Analisa Bivariat	38
4.2.1 Hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan	38
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	39
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	40
5.1 Kesimpulan	40
3.2 Saran	40
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Data Ketenagaan UPT BLUD Puskesmas Kuripan	28
Tabel 3.1 Definisi operasional penelitian.....	30
Tabel 4.1.1 Distribusi Responden	34
Tabel 4.1.2 Distribusi Responden berdasarkan jenis kelamin	35
Tabel 4.1.3 Distribusi Responden berdasarkan tingkat pendidikan	35
Tabel 4.1.4 Distribusi frekuensi pengetahuan pasien TB	36
Tabel 4.1.5 Distribusi Responden berdasarkan kepatuhan	36
Tabel 4.2.1 Hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan berobat.	37

DAFTAR SINGKATAN

MDGS	: Millenium Development Goals
TBC	: Tuberculosis
MMAS	: Morisky Medication Adherence Scale
CSA	: Continous Single-Interval Medication Avaibility
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
PMO	:Pendamping Minum Obat
MR	: Mono Resisten
PR	: Poli Resisten
MDR	: Multi Drug Resisten
XDR	: Extensive Drug Resisten



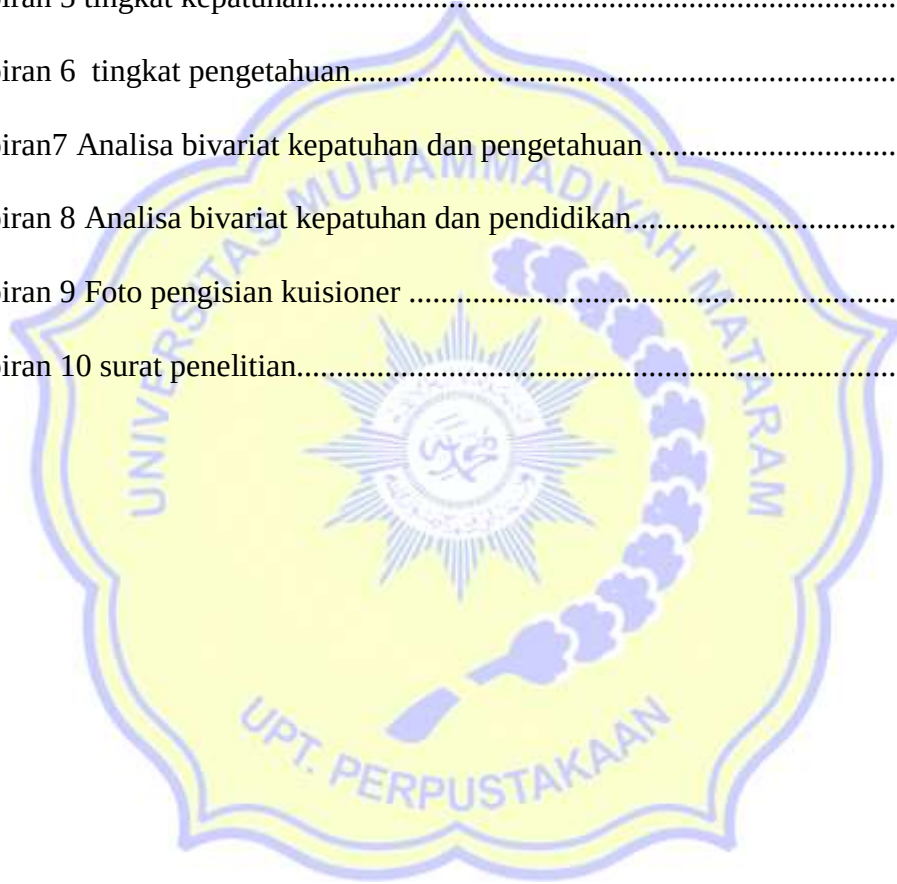
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	29
Gambar 3.1 Skema Penelitian	31



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 informed consent	45
Lampiran 2 lembar demografi pasien	46
Lampiran 3 kuisisioner	47
Lampiran 4 tabulasi data	48
Lampiran 5 tingkat kepatuhan.....	50
Lampiran 6 tingkat pengetahuan.....	52
Lampiran7 Analisa bivariat kepatuhan dan pengetahuan	54
Lampiran 8 Analisa bivariat kepatuhan dan pendidikan.....	56
Lampiran 9 Foto pengisian kuisisioner	58
Lampiran 10 surat penelitian.....	60



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis masih menjadi masalah kesehatan global utama. Angka kematian akibat tuberkulosis tidak dapat diterima, mengingat sebagian besar penularannya dapat dicegah. Hampir 20 tahun setelah WHO mendeklarasikan TB paru sebagai *global public health emergency*, kemajuan pesat telah dibuat dengan penetapan target global Stop TB pada tahun 2015 dalam konteks Millenium Development Goals (MDGs) atau pembangunan millenium. (Depkes RI, 2016)

Penyakit Tuberkulosis tidak bisa dianggap sebagai hal yang ringan. *World Health Organization* (2017), mencatat sebanyak 10,4 juta kasus baru TB pada tahun 2015. Sejumlah kasus tersebut terdiri dari 5,9 juta laki-laki, 3,5 juta perempuan dan 1,0 juta anak. Sekitar 1,2 juta penderita HIV yang terjangkit TB. Laporan global kematian akibat TB pada tahun 2015 sekitar 1,4 juta jiwa dan jumlah kematian penderita HIV dengan TB sekitar 0,4 juta jiwa. Rata-rata kematian telah menurun sebanyak 22% sejak tahun 2000 sampai tahun 2015. Tahun 2017 lalu, dalam *Monitoring Health For The Sdgs, Sustainable Development Goals* WHO kembali merilis bahwa Indonesia menempati ranking ke-2 setelah India dengan angka 10% dari total global kasus TB. Menurut Profil Kesehatan Nasional tahun 2017 ditemukan jumlah kasus tuberkulosis sebanyak 351.893 kasus di tahun 2016, meningkat bila

dibandingkan kasus tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2015 yang sebesar 330.729 kasus. Jumlah kasus pada laki-laki lebih tinggi dari pada perempuan yaitu 1,4 kali dibandingkan pada perempuan.

Menurut data (Riset Kesehatan Dasar) RISKESDAS 2018 untuk kasus TBC paru paru di provinsi Nusa Tenggara Barat adalah sebesar 0,4 % sedangkan data yang diperoleh dari data capaian kasus TB tahun 2019-2018 di Puskesmas Kuripan Lombok Barat mencapai 80 orang yang positif terkena TB (Dinkes LOBAR, 2018).

Lamanya proses penyembuhan tuberkulosis yang membutuhkan waktu minimal 6 bulan dapat menimbulkan perubahan pada status kesehatan pasien. Perubahan secara fisik dan psikologis dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien Tuberculosis (Yunikawati, 2013). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Putri (2015) pasien TB yang menjalani pengobatan baik patuh maupun tidak patuh dapat mengalami penurunan berbagai fungsi fisik, sosial, psikologi, maupun lingkungan yang akan berdampak pada penurunan kualitas hidup. Selain aspek pengobatan yang di tekankan dalam program-program management penanganan TB, aspek sosial, psikologi dan lingkungan juga harus diadakan pengembangan sehingga kualitas hidup pasien TB dapat ditingkatkan. Peningkatan kualitas hidup merupakan hal yang sangat penting sebagai pengobatan serta merupakan kunci untuk kesembuhan penderita TB. Orang dengan penyakit kronis dapat bertahan hidup lama walaupun dengan membawa beban penyakit menahun atau kecacatan, sehingga kualitas hidup harus mendapat perhatian dari pelayanan kesehatan (Yunikawati, 2013).

Berdasarkan latar belakang diatas sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan pengetahuan dan kepatuhan minum obat pasien Tuberkulosis yang akan dilakukan di Puskesmas Kuripan.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Hubungan Pengetahuan Dan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Tuberkulosis Paru Rawat Jalan Dipuskesmas Kuripan Kabupaten Lombok Barat Periode Juli 2019 ?

1.3 Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui Hubungan Pengetahuan Dan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Tuberkulosis Paru Rawat Jalan Dipuskesmas Kuripan Kabupaten Lombok Barat Periode Juli 2019

1.4 Manfaat Penelitian

a. Bagi Pasien

Sebagai tambahan informasi dan edukasi bagi masyarakat tentang kepatuhan minum obat pasien yang baik terhadap TBC paru.

b. Bagi Peneliti

Penelitian ini merupakan media belajar dalam rangka menerapkan ilmu pengetahuan yang diperoleh serta mendapatkan pengalaman dan gambaran tentang kepatuhan minum obat pasien Tuberkulosis paru dengan Pemberian Pesan Singkat Pengingat Waktu Minum Obat.

c. Bagi Lembaga Terkait

Peneliti ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada Lembaga Terkait (Puskesmas Kuripan) sehingga bisa lebih aktif meningkatkan kualitas pelayanan dalam menindaklanjuti kasus TBC.

d. Bagi Masyarakat

Peneliti berharap dengan dilakukannya penelitian ini dapat bermanfaat kepada masyarakat sehingga masyarakat paham akan penyakit TBC, dan tahu cara mencegah atau menghindari penyakit TBC sehingga masyarakat yang terjangkit penyakit TBC sadat akan pentingnya meminum obat dengan rutin.

1.5 Keaslian Penelitian

Ada beberapa penelitian yang membahas topik yang hampir sama yaitu penelitian yang dilakukan oleh :

Berdasarkan Penelitian Puspa Pameswari, Auzal Halim dan Lisa Yustika (2015), dengan judul penelitian “Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat pada Pasien Tuberkulosis di Rumah Sakit Mayjen H. A. Thalib Kabupaten Kerinci”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Tingkat Kepatuhan Pemakaian Obat pada Pasien Penderita TB paru di Rumah Sakit Mayjen H.A Thalib Kabupaten Kerinci, pada bulan April–Juni 2015. Penelitian ini termasuk penelitian observasional (non eksperimental). Pengambilan data menggunakan kuisioner yang dibuat berdasarkan MMAS(Morisky Medication Adherence Scale) dan CSA(Continous Single-Interval Medication Availability). Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 55,56% responden patuh; 33,33%

responden cukup patuh dan 11,11% responden tidak patuh dalam penggunaan obat.

Berdasarkan Penelitian Reni Chandra Kirana, Heni Lutfiyati, dan Imron Wahyu H (2015). Dengan judul penelitian “Gambaran Tingkat Kepatuhan Pasien Tuberkulosis Di Bkpm Magelang Periode Februari-Maret 2015”. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi kepatuhan penderita tuberkulosis di BKPM Magelang Pengambilan data melalui wawancara langsung menggunakan kuesioner dengan metode *consecutive sampling*. Sampel adalah penderita tuberkulosis berusia minimal 15 tahun yang telah minum obat minimal 2 bulan dan datang berobat. pada bulan Februari-Maret 2015. Berdasarkan hasil analisis dari form TB I, dapat diketahui bahwa seluruh responden (100%) patuh dalam pengambilan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) di Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Magelang sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Hasil penelitian melalui kuesioner menunjukkan bahwa 63% responden patuh terhadap pengobatan tuberkulosis. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidak patuhan responden adalah adanya efek samping obat, adanya riwayat penyakit lain, persepsi jarak dan ketersediaan transportasi. Studi menunjukkan tingginya angka kepatuhan pada penderita tuberkulosis karena tingkat pengetahuan responden yang sangat bagus.

Berdasarkan Penelitian Siti Maesarah (2009), dengan judul penelitian ”Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Berobat Pasien Tuberculosis Di Klinik Jakarta Respirator Centre (JRC)/PPTI tahun 2009”. Penelitian bertujuan untuk mengetahui gambaran kepatuhan berobat dan

factor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien tuberculosis paru di klinik JRC/PPTI tahun 2009 dengan desain *cross sectional*. Variable independen yang diteliti meliputi: pendidikan, pengetahuan, sikap ibu, efek samping, jarak, sarana transportasi, biaya kendaraan, peran PMO, peran keluarga, penyuluhan. Hasil penelitian didapat bahwa dari 11 variabel yang diteliti, variable sikap penderita secara signifikan berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita TB paru ($P=0,016$). Penderita dengan sikap baik, mempunyai risiko untuk patuh berobat 3 kali bila dibandingkan penderita dengan sikap kurang baik ($OR = 2,917$ ($95\%CI=1,289-6,600$)). Variable lain yaitu penyuluhan, secara signifikan memiliki hubungan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru ($P=0,048$). Penderita yang pernah mendapat penyuluhan memiliki resiko untuk patuh berobat sebesar 2,408 kali bila dibandingkan penderita yang tidak pernah mendapat penyuluhan ($OR=2,408$, $95\%CI=1,081-5,364$). Sedangkan pada penelitian ini, variable lain tidak dapat membuktikan adanya hubungan yang signifikan yaitu variable pendidikan ($p=0,048$), peran PMO ($p=1$), peran keluarga ($p=0,654$), penyuluhan ($p=0,048$). Penelitian ini menyarankan agar program penyuluhan yang dilaksanakan setiap bulan tetap rutin dilaksanakan dan dihadiri langsung oleh pasien. Perlu dilakukan penelitian lanjutan factor lain yang berhubungan dengan kepatuhan berobat dan factor yang mempengaruhi sikap responden terhadap pengobatan.

Dari ketiga penelitian di atas dapat disimpulkan bahwa penelitian ini berbeda pada tempat, tahun, metode penelitian dan hasil penelitian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 TBC (Tuberkulosis Paru)

2.1.1 Definisi

Tuberculosis Paru 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 tuberculosis wajib dilaporkan kepada fasilitas kesehatan. (Depkes RI, 2016)Tuberkulosis paru (TB) adalah suatu penyakit infeksi kronik yang sudah sangat lama menyerang manusia. Penyakit ini dihubungkan dengan tempat tinggal daerah urban dan lingkungan yang padat, (Sudoyo dkk, 2007, hal.296).Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang dapat menyebar melalui paru – paru kebagian tubuh blain melalui sistem peredaran darah, sistm saluran limfa, melalui saluran pernafasan (bronchus) atau penyebaran langsung kebagian tubuh lainnya (Notoatmojo, 2011,hal.152).

2.1.2 Etiologi TBC

Penyebab dari penyakit Tuberculosis paru adalah oleh terinfeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, yang sebagian besar (80%) menyerang paru-paru. *Mycobacterium tuberculosis* termasuk basil gram positif, berbentuk batang, dinding selnya mengandung

komplek lipida-glikopida serta lilin (wax) yang sulit di tembus zat kimia. (DAPKES RI, 2005).

Micobacterium tuberculosis yang merupakan kuman berbentuk batang dengan ukuran sampai 4 mycron dan bersifat anaerob. Sifat ini yang menunjukkan kuman lebih menyukai jaringan yang tinggi kandungan oksigennya, sehingga paru-paru merupakan tempat prediksi penyakit tuberculosis. Kuman ini juga terdiri dari asal lemak (lipid) yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam dan lebih tahan terhadap gangguan kimia dan fisik. Penyebaran mycobacterium tuberculosis yaitu melalui droplet nukles, kemudian dihirup oleh manusia dan menginfeksi (Depkes RI, 2002).

2.1.3 Patofisiologi

Ketika seorang pengindap TB paru aktif batuk, nersin, menyanyi, atau meludah, -orang ini dapat mengurangi titik-titik air liur kecil (*droplest*) keudara bebas. *Droplest* yang berisi *Mycobacterium tuberculosis* ini, apabila terhinhalasi orang lain akan masuk sampai di antara terminal alveoli paru. Organisme kemudian akan tumbuh dan berkembang biak dalam waktu 2-12 minggu sampai jumlahnya mencapai 1000-10.000. Jumlah tersebut akan cukup untuk mengeluarkan respon imun seluler yang mampu di deteksi melalui reaksi terhadap tes tuberculin. Namun, tubuh tidak tinggal diam, dan akan mengirimkan pertahan berupa sel-sel makrofag yang memakan kuman-kuman TB paru ini. Selanjutnya, kemampuan basil tahan asam

ini untuk bertahan dan berproliferasi dalam sel-sel makrofak paru menjadikan organisme ini mampu untuk menginfeksi parenkim, nodus-nodus limfatikus lokal, trakea, bronkus (*intrapulmonary TB*), dan menyebar ke luar jaringan paru (*ekstrapulmonary TB*). Organ di luar jaringan paru yang dapat di infeksi oleh *mycobacterium tuberculosis* diantaranya adalah sum-sum tulang belakang, hepar linpa, ginjal, tulang, dan otak. Penyebaran ini biasanya melalui rute hematogen.

Apabila terjadi keterlibatan multi organ, maka TB paru akan memerlukan pengobatan yang lebih lama, hal ini biasanya sebagai konsekuensi terhadap ketidak patuhan penderita terhadap tata laksana pengobatan TB, atau keterlambatan diagnosis. Infeksi TB Primer Bila tubuh inang tidak mampu untuk menahan infeksi awal, penderita akan mengalami infeksi TB primer yang progresif. Eksudat berupa purulent disertai sejumlah besar basil tahan asam yang dapat di temukan dalam sputum dan jaringan paru. Granuloma subserosa dapat rupture dan masuk ke dalam ruang plauera atau prikardia, dan menimbulkan inflamasi ataupun efusi serosa. Keadaan ini menjadikan penatalaksanaan TB paru sangat sulit karena kemungkinan rekurensi penyakit setelah infeksi primer teratasi tetap tinggi. [3-5] (oleh dr. Riawati Jahja.

Sedangkan menurut Sylvia Anderson prince dan Lorraine McCarty Wilson pada buku 2 edisi 4 nya yang berjudul *Patofisiologi Konsep Klinik Proses-Proses Penyakit*. Menjelaskan bahwa tempat

masuk kuman mycobacterium adalah saluran pernafasan, infeksi tuberculosis terjadi melalui (*airborn*) yaitu melalui instalasi *dropet* yang mengandung kuman-kuman basil tuberkel yang berasal dari orang yang terinfeksi. Basil *tuberkel* yang mempunyai permukaan *alveolis* biasanya diinstalasi sebagai suatu basil yang cenderung bertahan di saluran hidung atau cabang besar bronkus dan tidak menyebabkan penyakit.

Setelah berada dalam ruangan alveolus biasanya di bagian lobus atau paru – paru atau bagian atas lobus bawah basil *tuberkel* ini membangkitkan reaksi peradangan, *leukosit polimortonuklear* pada tempat tersebut dan memfagosit namun tidak membunuh organisme tersebut. Setelah hari – hari pertama masa leukosit diganti oleh makrofag. *Alveoli* yang terserang akan mengalami konsolidasi dan timbul gejala *pneumonia* akut. *Pneumonia* seluler ini dapat sembuh dengan sendiri, sehingga tidak ada sisa yang tertinggal atau proses dapat juga berjalan terus dan bakteri terus difagosit atau berkembang biak dalam sel basil juga menyebar melalui gertasi bening reginal. (price & Wilson, 2005 : 852).

2.1.4 Klasifikasi

2.1.4.1 Berdasarkan hasil pemeriksaan sputum (BTA), TB paru diklasifikasikan menjadi beberapa, yaitu (Konsensus TB, 2006):

- 1) TB Paru BTA (+)

- a. Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak menunjukkan hasil BTA positif.
- b. Hasil pemeriksaan satu specimen dahak menunjukkan BTA positif dan kelainan radiologik menunjukkan gambaran tuberculosis aktif.
- c. Hasil pemeriksaan satu spesimen dahak menunjukkan BTA positif dan biakan positif

2) TB Paru BTA (-)

- a. Hasil pemeriksaan dahak tiga kali menunjukkan BTA negatif, gambaran klinik dan kelainan radiologic menunjukkan tuberculosis aktif serta tidak respon terhadap antibiotik spektrum luas.
- b. Hasil pemeriksaan dahak tiga kali menunjukkan BTA negatif dan biakan M.tuberculosis positif.

2.1.4.2 Berdasarkan riwayat pengobatan penderita, klasifikasi TB paru dibagi menjadi (Setiati, 2014) :

1) Kasus baru

Kasus baru adalah pasien yang belum pernah mendapatkan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) sebelumnya atau riwayat mendapatkan OAT <1 bulan.

2) Kasus dengan riwayat pengobatan sebelumnya

Kasus dengan riwayat pengobatan sebelumnya adalah pasien yang pernah mendapatkan OAT ≥ 1 bulan yang diklasifikasikan berdasarkan hasil pengobatan terakhir, yaitu :

- a. Kasus kambuh, adalah pasien yang dulunya pernah mendapatkan OAT dan dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap dan pada waktu sekarang ditegakkan diagnosis TB episode rekuren.
- b. Kasus setelah pengobatan gagal, adalah pasien yang sebelumnya pernah mendapatkan OAT dan dinyatakan gagal pada akhir pengobatan.
- c. Kasus setelah putus berobat, adalah pasien yang pernah mendapatkan OAT ≥ 1 bulan dan tidak lagi meneruskannya selama > 2 bulan berturut-turut atau dinyatakan tidak dapat dilacak pada akhir pengobatan.
- d. Kasus dengan riwayat pengobatan lainnya, adalah pasien yang sebelumnya mendapatkan pengobatan OAT dan hasil pengobatannya tidak diketahui atau didokumentasikan.
- e. Pasien pindah, adalah pasien yang dipindah registrasi TB untuk melanjutkan pengobatannya.
- f. Pasien yang tidak diketahui riwayat pengobatan sebelumnya, adalah pasien yang tidak dapat dimasukkan dalam salah satu kategori di atas.

2.1.4.3 Berdasarkan hasil pemeriksaan uji kepekaan antibiotik, klasifikasi

TB terbagi menjadi : (Kemenkes RI, 2014)

1) Mono Resisten (TB MR)

TB MR adalah TB yang resisten terhadap satu jenis OAT lini pertama saja.

2) Poli Resisten (TB PR)

TM PR adalah TB yang resisten terhadap lebih dari satu jenis OAT lini pertama selain isoniazid (H) dan rifampisin (R) secara bersamaan.

3) Multi Drug Resisten (TB MDR)

TB MDR adalah TB yang resisten terhadap isoniazid (H) dan rifampisin (R) secara bersamaan.

4) Extensive Drug Resisten (TB XDR)

TB XDR adalah TB TB MDR yang sekaligus juga resisten terhadap salah satu OAT golongan florokuinolon dan minimal salah satu dari OAT lini kedua jenis suntikan (kanamisin, kapreomisin, dan amikasin).

5) Resisten Rifampisin (TB RR)

TB RR adalah TB yang resisten terhadap rifampisin dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT lain yang terdeteksi menggunakan metode genotip (tes cepat) atau metode fenotip (konvensional).

2.1.5 Faktor Resiko

a. Umur

Lingkungan kerja yang padat serta berhubungan dengan banyak orang menjadi faktor risiko bagi usia produktif untuk menderita TB paru. Hal tersebut disebabkan meningkatnya peluang bagi usia produktif untuk terpapar dengan *M.tuberculosis*. Sedangkan anak dengan usia <2 tahun berisiko menderita TB paru yang ditularkan melalui kehidupan rumah tangga. Lamanya kontak atau terpapar dengan penderita TB paru adalah faktor risiko untuk tertular (Dotulong, 2015; Narasimhan, 2013).

b. Jenis Kelamin

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa laki-laki yang menderita TB paru lebih banyak dibandingkan perempuan. Hal ini disebabkan laki-laki lebih banyak merokok dan mengonsumsi alkohol yang merupakan faktor risiko terjadinya infeksi, termasuk TB paru (Dotulong, 2015; Lin HH, 2007).

c. Status Gizi

Seseorang yang malnutrisi dua kali lebih berisiko menderita TB. Pasien dengan TB paru sering ditemukan dengan keadaan kekurangan nutrisi seperti vitamin A, B complex, C dan E, dan selenium yang mendasar dalam integritas respon imun. Studi menunjukkan, kadar serum vitamin D yang menurun meningkatkan risiko TB paru. Hal ini secara signifikan mempercepat konversi

kultur dahak selama fase intensif pengobatan anti mikroba TB paru (Narasimhan, 2013; Miyata, 2013).

d. Diabetes Mellitus

Seseorang dengan diabetes mellitus (DM) lebih berisiko menderita TB paru dibandingkan dengan yang tidak menderita DM. Hal ini disebabkan karena DM secara langsung merusak respon imunitas innate dan adaptif, dengan demikian proliferasi bakteri penyebab TB semakin meningkat. Pasien dengan DM menurunkan produksi IFN- γ dan sitokin lainnya sehingga sel T berkurang dan reduksi chemotaxis netrofil (Narasimhan, 2013).

e. Status Imunitas

Seseorang dengan status imunitas yang rendah, misalnya pada pasien HIV/AIDS sangat berisiko untuk menderita TB, menurunnya imunitas meningkatkan risiko terjadinya infeksi. Cell mediated immunity adalah komponen penting pertahanan tubuh yang dilemahkan oleh HIV sehingga meningkatkan risiko reaktivasi TB paru dan pada umumnya juga meningkatkan risiko penyebaran yang luas dan menyebabkan extra pulmonary tuberculosis. Individu dengan penyakit autoimun yang telah menerima pengobatan tumor necrosis faktor – alpha(TNF α) inhibitor juga berisiko tinggi menderita TB karena TNF α sangat berperan penting dalam respon imun terhadap bakteri, jamur, parasit dan mikroba lainnya(Sulis, 2014; Narasimhan, 2013).

f. Merokok

Merokok meningkatkan risiko terjadinya TB paru sebab mengganggu pembersihan sekresi mukosa, menurunkan kemampuan fagosit makrofag alveolar, dan menurunkan respon imun dan atau limfopenia CD4+ akibat kandungan nikotin dalam rokok (Narasimhan, 2013).

g. Alkohol

Mengonsumsi alkohol menjadi faktor risiko TB paru karena mengganggu sistem imun, khususnya dalam pensinyalan molekul yang bertanggung jawab untuk produksi sitokin (Narasimhan, 2013).

h. Lingkungan

Lingkungan lembab, ventilasi yang buruk dan kurangnya sinar ultraviolet berperan penting dalam rantai penularan TB paru. *M.tuberculosis* merupakan bakteri yang tidak tahan terhadap sinar ultraviolet, sehingga lingkungan yang lembab dan sinar ultraviolet kurang menjadi risiko seseorang untuk menderita TB (Setiati, 2014; Rab, 2010).

2.1.6 Manifestasi Klinis

Menurut Widoyono dalam buku penyakit tropis (2011,hal.6) infeksi aktif dari penularan biasanya memperhatikan gejala sebagai berikut:

1. Demam Umumnya subfebris, kadang-kadang 40-41 °C, keadaan ini sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh pasien dan berat ringannya infeksi kuman tuberculosis yang masuk.
2. Batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk radang. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (non produktif). Keadaan setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum atau dahak). Keadaan yang lanjut berupa batuk darah haematoemesis karena terdapat pembuluh darah yang cepat. Kebanyakan batuk darah pada TBC terjadi pada dinding bronkus.
3. Sesak nafas Pada gejala awal atau penyakit ringan belum dirasakan sesak nafas. Sesak nafas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut dimana infiltrasinya sudah setengah bagian paru-paru.
4. Nyeri dada Gejala ini dapat ditemukan bila infiltrasi radang sudah sampai pada pleura, sehingga menimbulkan pleuritis, akan tetapi, gejala ini akan jarang ditemukan.
5. Malaise Penyakit TBC paru bersifat radang yang menahun. Gejala malaise sering ditemukan anoreksia, berat badan makin menurun, sakit kepala, meriang, nyeri otot dan keringat malam. Gejala semakin lama semakin berat dan hilang timbul secara tidak teratur.

2.1.7 Diagnosis Tuberculosis

Diagnosa tuberculosis pada orang dewasa dapat ditegakan dengan ditemukan BTA pada pemeriksaan sputum secara mikroskopis.

Hasil pemeriksaan dinyatakan positif apabila sedikitnya dua dari tiga specimen yang positif perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut yaitu dengan foto rontgen dada (Danasantoso,2012,hal.155) :

- 1) Jika hasil rontgen mendukung TB , maka penderita didiagnosis sebagai BTA (+)
- 2) Jika hasil rontgen tidak mendukung TB, maka pemeriksaan specimen dapat diulangi
- 3) Jika hasil spesimen dahak positif, didiagnosa sebagai penderita TB BTA (+)
- 4) Jika hasil spesimen dahak tetap negatif, lakukan pemeriksaan rontgen dada untuk mendukung diagnosa.
- 5) Jika hasil rontgen mendukung, maka didiagnosis sebagai penderita TB BTA negatif rontgen positif
- 6) Bila hasil rontgen tidak mendukung, penderita tersebut bukan Tuberkulosis.

Gejala umum TB pada anak sebagai berikut:

1. Berat badan turun selama 3 bulan berturut-turut, tanpa sebab yang jelas dan tidak naik dalam 1 bulan meski sudah mendapat penanganan gizi yang baik.
2. Nafsu makan tidak ada, dengan gagal tumbuh dan berat badan tidak naik dengan memadai.
3. Demam lama dan atau berulang tanpa sebab yang jelas, disertai keringat malam, tanpa sebab-sebab lain yang jelas. Misalnya

infeksi saluran napas bagian atas yang akut, malaria, tipus, dan lain-lain.

4. Pembesaran kelenjar limpa superfisialis yang tidak sakit. Pembesaran ini biasanya *multiple*, paling sering di daerah leher, ketiak dan lipatan paha.
5. Batuk lama lebih dari 30 hari, disertai tanda adanya cairan di dada.
6. Gejala dari saluran pencernaan, misalnya adanya diare berulang yang tidak sembuh dengan pengobatan diare, adanya benjolan massa di daerah dan adanya tanda-tanda cairan abdomen.

Tanda-tanda spesifik lain, tergantung bagian tubuh mana yang terserang TB, misalnya kalau kulit yang terkena akan tampak scrofloderma, sendi (lutut, panggul, punggung) akan terpincang-pincang jalanya, TB mata, TB otak, dan lain-lain.

Uji tuberkulin dilakukan dengan cara menyuntikkan secara intrakutan (yakni di dalam kulit), dengan tuberkulin PPD RT 23 kekuatan 2 TU (*Tuberculin Unit*). Pembacaan dilakukan 48-72 jam setelah penyuntikan, dan diukur diameter dari peradangan atau indurasi yang dinyatakan dalam milimeter. Dinyatakan positif bila indurasi sebesar $r > 10$ mm pada anak dengan gizi baik, dan pada anak-anak dengan gizi buruk. (Depkes RI, Pedoman penanggulangan Tuberkulosis 2011)

2.1.8 Pengobatan

2.1.8.1 Tujuan Pengobatan

Tujuan pengobatan TB adalah sebagai berikut (Kemenkes RI, 2014) :

- 1) Menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas serta kualitas hidup
- 2) Mencegah terjadinya kematian oleh karena TB atau dampak buruk selanjutnya
- 3) Mencegah terjadinya kekambuhan TB
- 4) Menurunkan penularan TB
- 5) Mencegah terjadinya dan penularan TB resisten obat

2.1.8.2 Jenis dan dosis OAT

a. *Isoniasid* (H)

Dikenal dengan INK, bersifat bakterisid dapat membunuh 90% populasi kuman dalam beberapa hari pertama pengobatan, Obat ini sangat efektif terhadap kuman dalam keadaan metabolik aktif, yaitu kuman yang sedang berkembang. Dosis harian yang dianjurkan 5 mg/kg BB, sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu diberikan dengan dosis 10 mg/kg BB.

b. *Rifampisin* (R)

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman *semidormant* (*persister*) yang tidak dapat dibunuh oleh isoniasid, Dosis 10 mg/kg BB diberikan sama untuk pengobatan harian dan intermiten 3 kali seminggu.

c. *Pirasinamid (Z)*

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman yang berada dalam sel dengan suasana asam. Dosis harian yang dianjurkan 25 mg/kg BB, sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu dengan dosis 35 mg/kg BB.

d. *Streptomisin (S)*

Bersifat bakterisid, dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu dengan dosis yang sama. Penderita berumur sampai 60 tahun dosisnya 0,75 gr/hari, sedangkan untuk berumur 60 tahun atau lebih diberikan 0,50 gr/hari.

e. *Etambutol (E)*

Bersifat sebagai bakteriostatik, Dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu digunakan dosis 30 mg/kg BB.

2.1.8.3 Prinsip Pengobatan

Menurut Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis

Tahun 2014, pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip :

- 1) Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat mengandung 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi
- 2) Diberikan dalam dosis tepat

- 3) Ditelan secara teratur dan diawasi langsung oleh pengawas minum obat (PMO) sampai selesai pengobatan
- 4) Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup terbagi dalam tahap awal serta tahap lanjutan untuk mencegah kekambuhan

2.1.8.4 Tahapan Pengobatan

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, pengobatan TB terbagi menjadi tahap awal dan tahap lanjutan. Pada tahap awal, pengobatan diberikan setiap hari selama 2 bulan agar secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resisten sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Sedangkan, tahap lanjutan bertujuan untuk membunuh sisa kuman yang masih ada dalam tubuh sehingga dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan (Kemenkes RI, 2014).

Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap yaitu :

1. Tahap Intensif

Pada tahap intensif (awal) penderita mendapat obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan terhadap semua OAT, terutama rifampisin. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam waktu

2 minggu, Sebagian besar penderita TB BTA positif menjadi BTA negatif pada akhir pengobatan intensif.

2. Tahap Lanjutan

Pada tahap lanjutan penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama.

2.1.9 Pencegahan

a. Vaksinasi BCG

Vaksin BCG yang digunakan berupa vaksin yang berisi *M.bovis* hidup yang dilemahkan. Dari beberapa penelitian, vaksinasi BCG yang dilakukan pada anak-anak hanya memberikan proteksi terhadap TB yakni 0-80%. BCG merupakan kontraindikasi anak yang terinfeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) yang bergejala (Setiati, 2014).

b. Kemoprofilaksis

Anak yang tinggal dengan pasien TB BTA positif berisiko tertular BTA. Untuk mencegah menjadi sakit TB, maka diperlukan pemberian kemoprofilaksis. Terapi profilaksis dengan INH menurut IUALTD diberikan selama 1 tahun dan ini dapat menurunkan insidensi TB (Setiati, 2014).

2.1.10 Kegagalan dalam pengobatan TB Paru

Menurut Halim (2011) Kegagalan adalah terjadinya kemunduran selama masa penyembuhan (saat penderita masih menerima pengobatan tuberculosi paru) terutama kemunduran

bakteriologik. Dep kes (2012) Drop out adalah penderita yang tidak mengambil obat selama 2 bulan berturut turut atau lebih selama masa pengobatan selesai.

Reviono (2010) mengungkapkan bahwa keadaan drop out pada masa pengobatan terjadi pada dua bulan pertama pengobatan sampai pengobatan lanjutan, kejadian berhenti berobat yang terjadi pada fase awal dua bulan pertama pengobatan. Menurut Haryanto (2012) kegagalan dalam pengobatan (Drop Out) dikarenakan rendahnya tingkat pendidikan memberikan kontribusi yang besar bagi rendahnya tingkat pemahaman pada penderita mengenai penyakitnya.

Kasus kegagalan dalam pengobatan (Drop Out) menjadi salah satu keberhasilan program pemberantasan TB Paru. Penderita yang gagal bisa meninggal dunia namun juga tidak bisa sembuh dan tetap merupakan sumber penularan bagi masyarakat sekitar, banyak faktor yang dapat mempengaruhi kesembuhan penderita TB paru antara lain, umur, sosial ekonomi, keteraturan minum obat dan penyakit kronis yang menyertai pemakaian obat anti tuberkolosis sebelumnya dan adanya resisten efek samping obat yang di minum (Zulkifli, 2010).

2.2 Kepatuhan

2.2.1 Definisi

Kepatuhan terhadap pengobatan didefinisikan sebagai sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan instruksi yang diberikan oleh tenaga medis mengenai penyakit dan pengobatannya. Tingkat

kepatuhan untuk setiap pasien biasanya digambarkan sebagai persentase jumlah obat yang diminum setiap harinya dan waktu minum obat dalam jangka waktu tertentu (Osterberg dan Terrence, 2005)

2.2.2 Faktor-Faktor Yang Mnedukung Kepatuhan

Kepatuhan pasien terhadap pengobatannya dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor meliputi (Osterberg dan Terrence, 2005; Delamater, 2006; Kocurek, 2009)

a. Faktor demografi

Faktor demografi seperti suku, status sosio-eekonomi yang rendah, dan tingkat pendidikan yang rendah dikaitkan dengan kepatuhan yang rendah terhadap regimen pengobatan.

b. Faktor psikologi

Faktor psikologi juga dikaitkan dengan kepatuhan terhadap regimen pengobatan. Kepercayaan terhadap pengobatan dapat meningkatkan kepatuhan. Faktor psikiologi, seperti depresi, cemas, dan gangguan makan yang dialami pasien dikaitkan dengan ketidakpatuhan.

c. Faktor sosial

Hubungan antar anggota keluarga dan masyarakat juga berperan dalam pengelolaan penyakit.

d. Faktor yang berhubungan dengan penyakit dan medikasi

Penyakit kronik yang diderita pasien, regimen obat yang kompleks, dan efek samping obat yang terjadi pada pasien dapat meningkatkan ketidakpatuhan.

e. Faktor yang berhubungan dengan tenaga kesehatan

Komunikasi yang rendah dan kurangnya waktu yang dimiliki tenaga kesehatan, seperti dokter menyebabkan penyampain informasi menjadi kurang sehingga pasien tidak cukup mengerti dan paham akan pentingnya pengobatan.

2.2.3 Metode Pengukuran Tingkat Kepatuhan

Tingkat Kepatuhan terhadap pengobatan dapat diukur melalui dua metode, yaitu (Osterbeg dan Terrence, 2005) :

a. Metode langsung

Pengukuran kepatuhan melalui metode langsung dapat dilakukan dengan beberapa cara, seperti mengukur konsentrasi obat atau metabolit obat di dalam darah atau urin, mengukur atau mendeteksi pertanda biologi di dalam. Metode ini umumnya mahal, memberatkan tenaga kesehatan, dan rentan terhadap penolakan pasien

b. Metode tidak langsung

Pengukuran kepatuhan melalui metode tidak langsung dapat dilakukan dengan bertanya kepada pasien tentang penggunaan obat, menggunakan kuisioner, menilai respon klinik

pasien, menghitung jumlah pil obat, dan, menghitung tingkat pengambilan kembali resep obat.

2.2.4 Metode Meningkatkan Kepatuhan

Metode untuk meningkatkan kepatuhan (Home, 2006), adalah sebagai berikut :

- a. Memberikan informasi kepada pasien akan manfaat dan pentingnya kepatuhan untuk mencapai keberhasilan pengobatan.
- b. Mengingatkan pasien untuk melakukan segala sesuatu yang harus dilakukan demi keberhasilan pengobatan melalui telepon atau alat komunikasi lain.
- c. Menunjukkan kepada pasien kemasan obat yang sebenarnya atau dengan cara menunjukkan obat aslinya,
- d. Memberikan keyakinan kepada pasien akan efektivitas obat dalam penyembuhan.
- e. Memberikan informasi risiko kertidakpatuhan
- f. Adanya dukungan dari pihak keluarga, teman, dan orang-orang sekitarnya untuk selalu mengingatkan pasien, agar teratur minum obat demi keberhasilan pengobatan.

2.3 UPT BLUD Puskesmas Kuripan

Puskesmas Kuripan merupakan puskesmas yang dibangun pada tahun 1994 dengan luas bangunan 387.27 m² yang kategorikan sebagai puskesmas pedesaan karena letaknya yang berada di Kabupaten Lombok Barat, wilayah kerja Puskesmas Kuripan mencakup 6 desa yakni :

1. Desa Jagaraga
2. Kuripan Desa
3. Kuripan Selatan
4. Kuripan Utara
5. Desa Giri Sasak

Puskesmas Kuripan berada dalam wilayah kabupaten Lombok Barat yang terletak di TGH Abdul Hafidz Kuripan Kabupaten Lombok Barat. Secara geografis dibagi menjadi 4 (empat) bagian wilayah kecamatan, yaitu :

1. Utara : Kecamatan Kediri
2. Timur : Kecamatan Lombok Tengah
3. Selatan : Kecamatan Gerung
4. Barat : Kecamatan Gerung

Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan menurut SKN 2004 adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan dan pelatihan serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Wiku A., sistem kesehatan 2007). Berikut adalah tabel Sumber Daya Manusia (SDM) di UPT BLUD Puskesmas Kuripan.

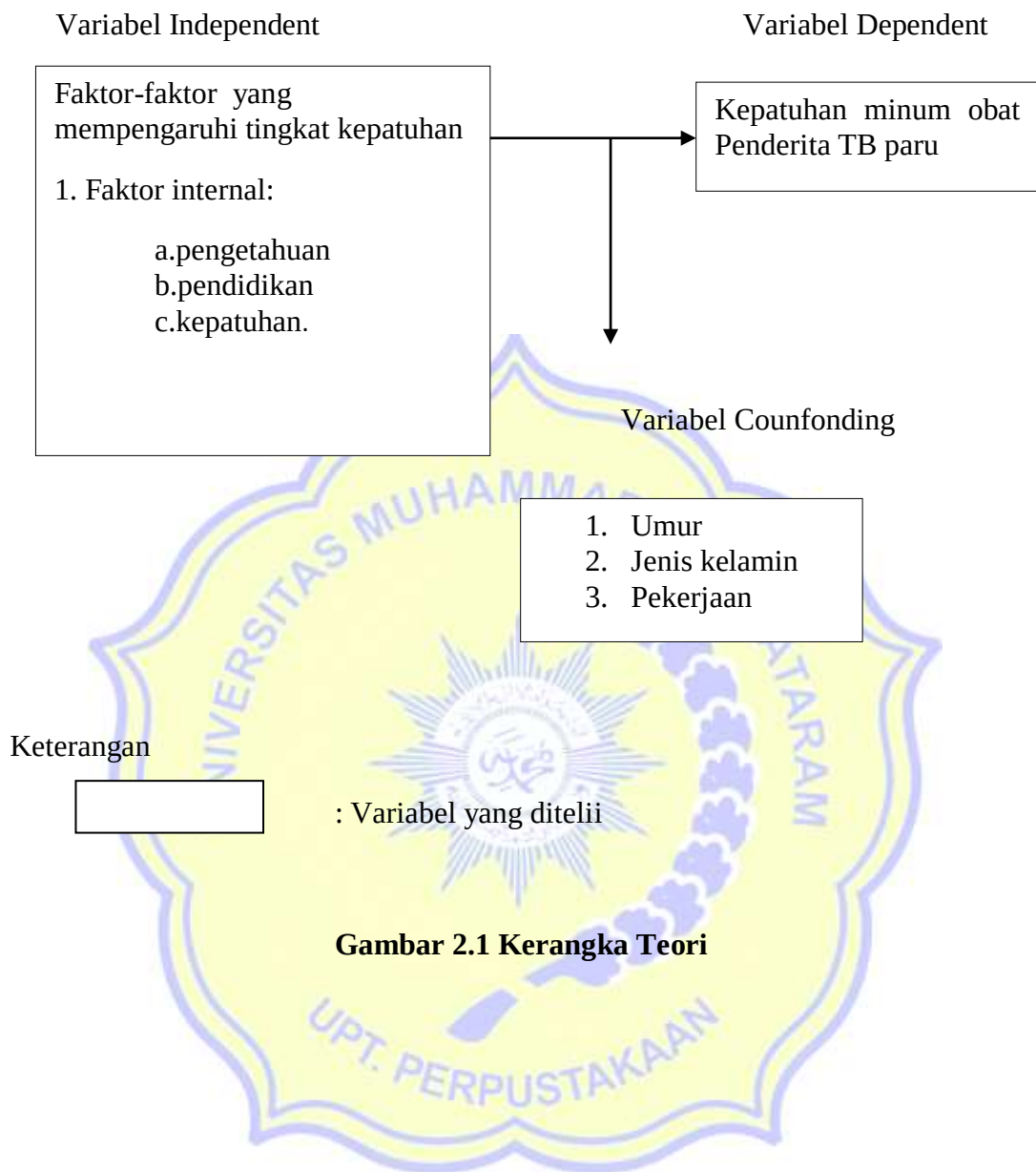
Tabel 2.1 Data Ketenagaan UPT BLUD Puskesmas Kuripan

Keterangan	Jumlah
Dokter umum	2

Dokter gigi	1
Perawat	22
Bidan	17
Perawat gigi	2
Tenaga gizi	3
Tenaga Lab	2
Tenaga Farmasi	3
Tenaga loket	2
Tenaga administrasi	5
Pustu	5

Pemeriksaan penyakit TBC paru dipuskesmas Kuripan tidak terjadwal tetapi untuk pengambilan obat dijadwalkan setiap hari rabu dengan didampingi oleh PMO, jumlah kasus TBC paru tidak termasuk sepuluh penyakit terbesar di puskesmas Kuripan.

2.4 Kerangka teori



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan metode *observasional analitik* dengan rancangan *Cross sectional* dimana pengukuran variabel independen dan dependen (kepatuhan berobat pasien TB paru) dilakukan secara bersamaan pada saat penelitian.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Puskesmas Kuripan pada bulan Juli 2019.

3.3 Sumber Data

Data Primer

Data yang diperoleh secara langsung, pada penelitian ini data primer yaitu data yang didapatkan langsung dari responden, berupa gambaran kepatuhan minum obat pasien TBC dengan kuisioner tertutup.

3.4 Populasi dan Sampel Penelitian

a. Populasi

Populasi ialah seluruh pasien yang terdiagnosa TBC datang berobat, dirawat jalan Puskesmas Kuripan selama kurun waktu satu tahun terakhir (Juni 2018-juni2019), sejumlah 53 pasien.

b. Sampel

Semua responden yang memenuhi kriteria *inklusi* selama periode penelitian, dengan jumlah populasi sebanyak 53 pasien di Puskesmas

Kuripan pasien TBC. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik *Sampling Jenuh* karena teknik sampling ini menggunakan semua populasi sebagai sampel. Hal ini sering dilakukan bila jumlah populasi relatif kecil atau kurang dari 100 orang (Prof.Dr.Sugiono,2012).

3.5 Instrumen Penelitian

Kuesioner digunakan untuk mengetahui tingkat kepatuhan pasien terhadap pengobatan ialah kuisisioner tertutup

3.6 Definisi Operasional Penelitian

Tabel 3.1 definisi operasional penelitian

No	Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
1	Kepatuhan	Prilaku penderita TB paruh dalam hal keteraturan minum obat dan pemeriksaan dahak	Kuisisioner pertanyaan B No.1-3	Mengisi kuisisioner	0.patuh: jika responden tidak terlambat mengambil obat, tidak terlambat minum obat, tidak terlambat melakukan pemeriksaan dahak ulang dalam minggu terakhir bulan ke-2/3 pada fase intensif. 1. tidak patuh: jika	Ordinal

					pasien pernah terlambat mengambil obat, atau pernah terlambat minum obat, atau tidak memeriksakan dahak ulang pada minggu terakhir bulan ke-2 (fase intensif). Skala gutman	
2	Tingkat Pendidikan	Jenjang sekolah formal tertinggi yang pernah ditamatkan saat didiagnosis sebagai penderita TBC paruh		Mengisi kuisioner	0,rendah (tamat SMP kebawah) 1.tinggi (tamat SMA keatas)	Ordinal
3	Pengetahuan	Gambaran pemahaman responden terhadap penyakit TBC meliputi tanda-tanda sakit dan penyebab.	Kuisioner pertanyaan C No.1-8	Mengisi kuisioner	0. Rendah < 6 1. Tinggi ≥ 6	Ordinal

3.7 Metode Pengumpulan Data

Metode yang digunakan dalam penelitian ini yaitu metode observasional analitik dan menggunakan kuisioner tertutup.

3.8 Metode Analisis Data

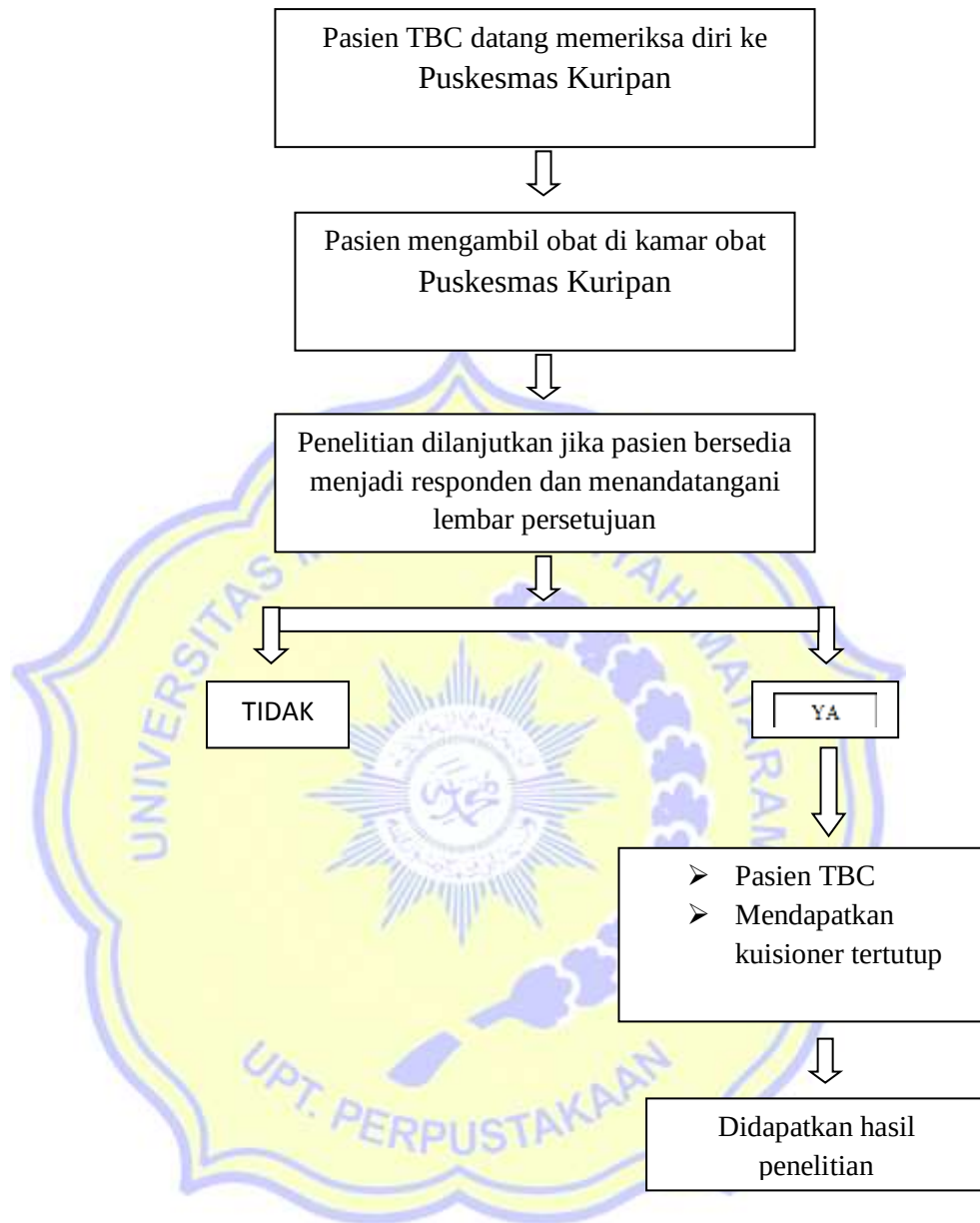
3.8.1 Analisa Univariat

analisa univariat dimaksudkan untuk mengetahui distribusi frekuensi dari variabel-variabel yang diteliti. Analisa univariat ini untuk melihat karakteristik dan kualitas setiap variabel dengan tujuan melihat kelayakan data dan gambaran data yang dikumpulkan.

3.8.2 Analisa Bivariat

analisa bivariat bertujuan untuk melihat hubungan antara dua variabel independen dengan variabel dependen. Dalam hal ini variabel independen adalah faktor predisposisi serta variabel dependennya adalah perilaku kepatuhan berobat. Untuk membuktikan adanya antara dua variabel tersebut digunakan uji statistik *chi square* dengan batas kemaknaan 0.05. apabila nilai $p > 0.05$ maka hasil perhitungan statistik bermakna dan apabila nilai $p < 0.05$ maka hasil perhitungan statistik tidak bermakna, analisis ini menggunakan SPSS.

3.9 Skema Penelitian



Gambar 3.1 skema penelitian