

SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU BEROBAT PASIEN TB PARU DI PUSKESMAS BATUA DAN
PUSKESMAS TAMAMAUNG
KOTA MAKASSAR TAHUN 2010-2012**

**AMELDA LISU PARE
K11108323**



*Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk memperoleh gelar sarjana kesehatan masyarakat*

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2012
,
RINGKASAN**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
EPIDEMIOLOGI
SKRIPSI, DESEMBER 2012**

AMELDA LISU PARE

“FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU BEROBAT PASIEN TB PARU DI PUSKESMAS BATUA DAN PUSKESMAS TAMAMAUNG TAHUN 2010-2012”

(xiii + 89Halaman +16Tabel + 5Lampiran)

Tuberkulosis Paru disebabkan bakteri *Mycobacterium tuberculosis* masih menjadi masalah kesehatan serius yang dialami oleh beberapa negara berkembang termasuk Indonesia. Global Report WHO 2010 mencatat Indonesia merupakan negara penyumbang kasus TB Paru terbesar kelima di dunia setelah India, Cina, Afrika Selatan dan Nigeria. Perilaku berobat yang tidak teratur merupakan faktor penyebab kegagalan dalam mencapai kesembuhan.

Penelitian ini bertujuan mengetahui faktor yang berhubungan dengan perilaku berobat pasien TB Paru di Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Kota Makassar Tahun 2010-2012. Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan rancangan “*Case Control Study*”. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 131 orang namun terjadi perubahan sampel yaitu menjadi 74 orang yang disebabkan beberapa

faktor. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *Exhaustive Sampling*. Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji statistic *Odds Ratio (OR)*. Hasil ini menunjukkan pekerjaan (OR = 0.617, LL-UL = 0.221-1.720), penghasilan keluarga (OR = 2.702, LL-UL = 0.945-7.728), riwayat pengobatan (OR = 1.704, LL-UL = 0.430-6.755) dan pelayanan kesehatan (OR= 0.593, LL-UL = 0.216-1.629) bukan merupakan faktor risiko terhadap perilaku berobat pasien TB paru. Pengawas Minum Obat (PMO) (OR= 3.636, LL-UL = 1.225–10.790), dukungan keluarga (OR=3.039, LL-UL = 1.079-8.564), diskriminasi (OR=2.974, LL-UL =1.063-8.318) merupakan faktor risiko terhadap perilaku berobat pasien TB Paru.

Disarankan kepada kedua puskesmas bahwa perlunya petugas kesehatan aktif dalam upaya peningkatan keteraturan pengobatan pasien TB Paru dengan melakukan kerjasama dengan keluarga penderita sebagai bentuk dukungan dan pengawasan terhadap pengobatan penderita. Bagi Penderita TB Paru, diharapkan teratur berobat sehingga tidak terjadi kegagalan pengobatan yang berakibat timbulnya resistensi terhadap obat dan sumber penularan aktif.

Daftar Pustaka : 40 (2002-2012)

Kata Kunci : Perilaku berobat, Pasien TB Paru, Puskesmas

SUMMARY

**HASANUDDIN UNIVERSITY
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
EPIDEMIOLOGY
THESIS, DECEMBER 2012**

AMELDA LISU PARE

“DETERMINE THE FACTORS RELATED TO THE BEHAVIOR OF PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS TREATED AT IN LOCAL GOVERNMENT CLINIC OF BATUA AND TAMAMAUNG MAKASSAR CITY ON 2010-2012”

(xiii+83 Pages+16 Tables+ 5 Appendices)

Pulmonary tuberculosis is caused by the bacterium *Mycobacterium tuberculosis* remains a serious health problem experienced by several developing countries including Indonesia. WHO Global Report 2010 noted contributor of Indonesia is the country's fifth largest pulmonary TB cases in the world after India, China, South Africa and Nigeria. Treatment of irregular behavior were factors in the failure to achieve a cure.

This study aimed to determine the factors related to the behavior of pulmonary tuberculosis patients treated in Local Government Clinic of Batua and Tamamaung Makassar City on 2010-2012. Type of research is observational analytic design "*Case Control Study*". The sample in this study either pulmonary TB who have recovered or are still in treatment, the number of samples as many as 131 people, but the overall changes in the sample to 74 people due to several factors. Sampling is done by using *Exhaustive Sampling*. Data analysis was performed using the statistical test *Odds Ratio* (OR). These results indicate the job (OR = 0.617, LL-UL = 0.221-1.720), family income (OR = 2.702, LL-UL = 0.945-7.728), medical history (OR = 1.704, LL-UL = 0.430-6.755) and health services (OR = 0.593, LL-UL = 0.216-1.629) is not a factor related to behavior treatment in patients with pulmonary TB. Supervisory Drink Drugs (PMO) (OR = 3.636, LL-UL = 1.225-10.790), family support (OR = 3.039, LL-UL = 1.079-8.564), discrimination (OR = 2.974, LL-UL = 1.063-8.318) a factor related to behavior treatment in patients with pulmonary TB.

It is recommended to both the need for health centers that are active in efforts to improve the regularity of the treatment of patients with pulmonary tuberculosis patients collaborates with the family as a form of support and supervision of patient treatment. For patients with pulmonary TB, so expect regular medication treatment failure resulting in the emergence of resistance to drugs and other active infection.

References: 40 (2002-2012)

Keywords: Behavior treatment, Pulmonary TB Patients

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur senantiasa penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yesus Kristus atas semua kebaikan, kesetiaan dan keadilanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan hasil penelitian ini yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Dengan segala keterbatasan, penulis menyadari bahwa penulisan ini tidak dapat terselesaikan tanpa bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu perkenankan penulis dengan tulus ikhlas menyampaikan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada : Bapak Prof. Dr. Ridwan A, SKM, M.Kes selaku pembimbing I dan Ibu Dr. Ida Leida M. Thaha, SKM, MKM, MScPH selaku pembimbing II yang dengan tulus

ikhlas dan penuh kesabaran telah meluangkan waktu dan pikirannya untuk memberikan arahan kepada penulis mulai dari awal hingga selesainya penulisan ini.

Melalui kesempatan ini pula, dengan rasa hormat dan penghargaan yang tulus, mengucapkan terima kasih tak terhingga penulis haturkan kepada :

1. Bapak dr H. Muh Ikhsan, Ms, PKK selaku penasehat akademik.
2. Bapak Wahiduddin, SKM, M.Kes selaku Ketua Jurusan Epidemiologi Universitas Hasanuddin Makassar beserta staf bagian Epidemiologi Unhas atas semua bantuan, kerjasama dan dukungan yang diberikan kepada penulis.
3. Ibu Rismayanti, SKM, MKM, Bapak Prof.Dr.dr.H.M. Syafar, MS, dan Bapak Syamsuar M, SKM, M.Kes, MScPH selaku tim penguji yang telah memberikan kritik dan saran demi kesempurnaan penulisan ini.
4. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, para wakil dekan serta seluruh staf administrasi Fakultas Kesehatan Masyarakat Hasanuddin khususnya Jurusan Epidemiologi yang telah memberikan pengetahuan dan bimbingan kepada penulis selama mengikuti pendidikan.
5. Kepala Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Kota Makassar beserta seluruh staf yang telah memberikan izin khususnya Bapak Ram dan Ibu Harniah atas bantuan selama peneliti melakukan penelitian.
6. Pdt. Yehuda Kambuno beserta keluarga dan seluruh sidang jemaat GPT Kristus Raja Makassar atas dukungan doa selama penulis menyusun dan menyelesaikan penulisan.
7. Teman-teman seperjuangan yang sama-sama berjuang menyelesaikan skripsi : Irma, Ahmad dan Fadhalia. Semangat teman-teman!!!!

8. Teman-teman Romusa angkatan 2008 FKM UNHAS dan kakak-kakak senior, adik-adik dan teman-teman KKN-PK UNHAS angkatan 38 serta teman-teman LA’LATANGERS yang telah bekerja sama, saling memberikan motivasi, semangat dan bantuan kepada penulis selama menempuh pendidikan dan kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah memberikan dukungan dan motivasi.
9. Teman-teman Kaum Muda Remaja GPT Kristus Raja Makassar atas dukungan, persahabatan, kekeluargaan serta canda tawa yang selalu penulis rasakan.
10. Keluarga Unit Kegiatan Mahasiswa Renang UNHAS angkatan IX dan seluruh anggota UMKR-UNHAS yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu namanya. Terima kasih atas semua ilmu dan pengetahuan yang didapatkan, hangatnya suasana kekeluargaan serta keceriaan yang sangat indah yang tak mungkin penulis lupakan.

Penulis secara khusus mempersembahkan penghargaan dan rasa hormat kepada papaku sayang Augustinus Bassy dan mama tercinta Meithy Kondo Bassy atas semua doa, jasa dan pengorbanan yang terus mengalir diberikan sejak penulis dilahirkan ke dunia sampai sekarang yang walaupun dengan berapa banyak ucapan terima kasih tidak mampu membalas semua doa, jasa dan pengorbanan tersebut. Kepada kakakku tersayang Jansen Bassy dan adik-adik tercinta Christine Bulaan Bassy dan Daud Tana’ Bassy penulis ucapkan terima kasih atas segala dukungan selama penulis menempuh kuliah.

Sebagai manusia biasa, penulis menyadari masih banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu semua kritik dan saran tetap penulis nantikan untuk memperbaiki penulisan selanjutnya. Semoga karya ini dapat bermanfaat bagi yang membutuhkan.

Makassar, Desember 2012

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
RINGKASAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR SINGKATAN	ix
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8

C.	Tujuan Penelitian	8
D.	Manfaat Penelitian	
1.	Manfaat Praktis	9
2.	Manfaat Bagi Ilmu Pengetahuan	9
3.	Manfaat Bagi Peneliti	9
4.	Manfaat Bagi Masyarakat	9

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A.	Tinjauan Umum Tentang Tuberkulosis	
1.	Patogenesis TB Paru	10
2.	Risiko Penularan	11
3.	Klasifikasi & Tipe Tuberkulosis	11
4.	Gejala TB Paru	13
5.	Diagnosa TB Paru	13
6.	Pengobatan TB Paru	14
7.	Strategi DOTS	15
B.	Tinjauan Umum Tentang Perilaku	17
C.	Tinjauan Umum Tentang Karakteristik Pasien	18
D.	Tinjauan Umum Tentang PMO	20
E.	Tinjauan Umum Tentang Riwayat Pengobatan	22
F.	Tinjauan Umum Tentang Pelayanan Kesehatan	24
G.	Tinjauan Umum Tentang Sosial Budaya	26

BAB III KERANGKA KONSEP

A.	Dasar Pemikiran Variabel Penelitian	
1.	Variabel Independen	31
2.	Variabel Dependen	35
B.	Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	38
C.	Hipotesis Penelitian	43

BAB IV METODE PENELITIAN

A.	Jenis Penelitian	44
B.	Lokasi dan Waktu Penelitian	44
C.	Desain Penelitian	44
D.	Populasi dan Sampel	
1.	Populasi	46
2.	Sampel	46
E.	Metode Pengambilan Sampel	47
F.	Cara Pengumpulan Data	48
G.	Pengolahan dan Analisis Data	48

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

A.	Hasil Penelitian	52
B.	Pembahasan	71
C.	Keterbatasan Penelitian	83

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A.	Kesimpulan	84
----	------------------	----

B. Saran	85
DAFTAR PUSTAKA	86
LAMPIRAN	90

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ARTI	: <i>Annual Risk of Tuberculosis Infection</i>
ASEAN	: <i>Association of South East Asia Nations</i>
BP4	: Balai Pengobatan dan Pemberantasan Penyakit Paru
BTA	: Basil Tahan Asam
DOTS	: <i>Direct Observed Treatment Short-course</i>
Gerdunas-TB	: Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis
HAM	: Hak Asasi Manusia
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>

IMT	: Indeks Masa Tubuh
INH	: <i>Isoniazid</i>
IR	: <i>Insidence Rate</i>
MDR	: <i>Multi Drug Resisten</i>
MDR-TB	: <i>Multi Drug Resisten Tuberculosis</i>
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
OAT-KDT	: OAT-Kombinasi Dosis Tetap
OR	: <i>Odds Ratio</i>
PKM	: Puskesmas
PMO	: Pengawas Menelan Obat
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
SPS	: Sewaktu-Pagi-Sewaktu
TB	: Tuberkulosis
TNI	: Tentara Nasional Indonesia
UPK	: Unit Pelayanan Kesehatan
WHO	: <i>World Health Organization</i>

Tabel		Halaman
1.	Jumlah Sampel Per Puskesmas	46
2.	Tabel kontingensi 2x2	50
3.	Karakteristik Pasien TB Paru berdasarkan Umur, Jenis Kelamin dan Pendidikan di Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Kota Makassar Tahun 2010-2012	53
4.	Karakteristik Pasien TB Paru berdasarkan Pekerjaan dan Penghasilan Keluarga di Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Kota Makassar Tahun 2010-2012	54
5.	Distribusi Skor Pasien TB Paru Berdasarkan PMO Di Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Kota Makassar Tahun 2010-2012	57
6.	Distribusi Pasien TB Paru Berdasarkan Tugas PMO Di Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Kota Makassar Tahun 2010-2012	58
7.	Distribusi Pasien TB Paru Berdasarkan Riwayat Pengobatan Di Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Kota Makassar Tahun 2010-2012	59
8.	Distribusi Pasien TB Paru Berdasarkan Efek Samping OAT Di Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Kota Makassar Tahun 2010-2012	60
9.	Distribusi Pasien TB Paru Berdasarkan Efek Samping OAT yang Dirasakan Di Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Kota Makassar Tahun 2010-2012	60
10.	Distribusi Pasien TB Paru Berdasarkan Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Kota Makassar Tahun 2010-2012	61

11. Distribusi Skor Pasien TB Paru Berdasarkan Sikap Petugas Kesehatan Di Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Kota Makassar Tahun 2010-2012 62
12. Distribusi Pasien TB Paru Berdasarkan Bentuk Dukungan Keluarga Di Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Kota Makassar Tahun 2010-2012 63
13. Distribusi Pasien TB Paru Berdasarkan Dukungan Keluarga Di Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Kota Makassar Tahun 2010-2012 64
14. Distribusi Pasien TB Paru Berdasarkan Sikap Masyarakat Sekitar Di Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Kota Makassar Tahun 2010-2012 65
15. Distribusi Pasien TB Paru Berdasarkan Diskriminasi Di Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Kota Makassar Tahun 2010-2012 66
16. Besar Risiko Variabel Independen Terhadap Variabel Dependen Di Wilayah Kerja Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Kota Makassar Tahun 2010-2012 67

.....

Daftar Gambar

Gambar	Halaman
1. Kerangka Teori Perilaku Berobat Pasien TB Paru	36
2. Kerangka Konsep Perilaku Berobat Pasien TB Paru	37
3. Desain penelitian faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku berobat pasien TB Paru Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Tahun 2010-2012	45
4. Alur penelitian faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku berobat pasien TB Paru Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Tahun 2010-2012	45
.....	

Daftar Lampiran

Lampiran 1	Daftar riwayat hidup
Lampiran 2	Persuratan
Lampiran 3	Kuesioner Penelitian, master tabel dan buku kode keterangan tabel
Lampiran 4	Crosstab analisis data penelitian
Lampiran 5	Foto kegiatan penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* hingga saat ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia, terutama di negara-negara berkembang termasuk Indonesia. Penyakit ini merupakan suatu ancaman besar bagi pembangunan sumber daya manusia yang perlu mendapatkan perhatian yang lebih serius dari semua pihak.

TB Paru memberi dampak secara ekonomis akibat dari sekitar 75% pasien TB adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15-50 tahun). Diperkirakan seorang pasien TB dewasa akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan. Hal ini tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20-30%. Jika ia meninggal akibat TB, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun (Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, 2011). Pada tahun 1990-an, situasi TB di dunia semakin memburuk, jumlah kasus TB meningkat dan banyak yang tidak berhasil disembuhkan, terutama negara yang dikelompokkan dalam 22 negara dengan masalah TB besar (*high burden countries*). Sehingga pada tahun 1993, WHO mencanangkan TB sebagai kedaruratan dunia (*global emergency*).

Tuberkulosis adalah menular dan menyebar melalui udara. Jika tidak diobati, setiap orang dengan TB aktif dapat menginfeksi rata-rata 10 sampai 15 orang per tahun. Lebih dari dua miliar orang, sama dengan sepertiga dari total penduduk dunia, terinfeksi basil TB, mikroba yang menyebabkan TB. Satu dari setiap 10 orang-orang akan menjadi sakit dengan TB aktif dalam seumur hidupnya. Orang yang hidup dengan HIV berada pada risiko yang jauh lebih besar (WHO, 2011).

Menurut data WHO tahun 2009 Incidence Rate (IR) TB Paru di beberapa negara ASEAN seperti Malaysia sebesar 62,7 per 100.000 penduduk, Filipina sebesar 400,5 per 100.000 penduduk, Singapura sebesar 25,6 per 100.000 penduduk, Thailand sebesar 67,1 per 100.000 penduduk sedangkan Indonesia sebesar 67,7 per 100.000 penduduk. Angka ini menunjukkan bahwa pada tahun 1996 penyakit TB Paru tertinggi di Filipina (WHO, 2009).

Menurut Global Report TB, WHO tahun 2009 menemukan bahwa pada tahun 2007 prevalensi semua tipe TB sebesar 244 per 100.000 penduduk atau sekitar 565.614 kasus semua TB, insidensi kasus TB BTA positif sebesar 228 per 100.000 penduduk atau sekitar 528.063 semua tipe TB, insidensi kasus TB Paru BTA positif sebesar 102 per 100.000 penduduk atau sekitar 236.029 kasus baru TB Paru BTA positif. Sedangkan kematian TB 39 per 100.000 penduduk atau 250 orang per hari. Fakta ini didukung oleh kondisi lingkungan perumahan, sosial ekonomi masyarakat, serta kecenderungan peningkatan penderita HIV/AIDS di Indonesia (Andi, dkk, 2009).

Global Report WHO 2010 mencatat Indonesia merupakan negara penyumbang kasus TB paru terbesar kelima di dunia setelah India, Cina, Afrika Selatan, Nigeria, **total seluruh kasus TB tahun 2009 sebanyak 294.731 kasus, di mana 169.213 adalah kasus TB baru BTA positif, 108.616 adalah kasus TB BTA negatif, 11.215 adalah kasus TB Extra Paru, 3.709 adalah kasus TB Kambuh, dan 1.978 adalah kasus pengobatan ulang diluar kasus kambuh.**

Kota Makassar yang berpenduduk sekitar 1,3 juta jiwa merupakan daerah yang memiliki jumlah penderita Tuberkulosis (TB) terbanyak di Sulawesi Selatan yakni 1.532 orang dari sekitar 18.000 penderita yang tersebar di 23 kabupaten/kota di Sulsel. Selain prevalensi TB cukup tinggi, angka kesembuhan (cure rate) penderita TB di Makassar juga baru mencapai 90% pada periode 2007 sementara target nasional adalah 95%, namun lebih baik dibanding cure rate 2006 yang hanya 59% dengan 1.678 penderita. Pada tahun 2003 baru tercatat 809 orang dengan angka kesembuhan 96%, 2004 naik menjadi sebanyak 1.304 penderita dengan kesembuhan 97% dan 2005 naik lagi menjadi 1.655 penderita dengan cure rate 122%.

Penderita TB yang sudah diobati di Sulsel pada periode 2006 tercatat sebanyak 10.226 orang, sedang kasus baru yang ditemukan pada tahun yang sama mencapai 8.463 orang. Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Kota Makassar merupakan lokasi yang dipilih oleh peneliti karena Puskesmas Batua memiliki angka kesembuhan yang tinggi yakni mencapai 100% pada tahun 2010, dan 95% pada tahun 2011. Berdasarkan data Puskesmas Batua kasus TB Paru pada tahun 2009 sebanyak 34 orang, tahun 2010 sebanyak 30 kasus, tahun 2011 sebanyak 28 kasus, dan tahun 2012 periode Januari – Juni sebanyak 17 orang (Rekam Medik PKM Batua, 2012). Berdasarkan data Puskesmas Tamamaung kasus baru positif TB Paru pada tahun 2009 sebesar sebanyak 12 orang, tahun 2010 sebanyak 24, tahun 2011 sebanyak 21 kasus dan tahun 2012 periode Januari – Juli sebanyak 11 orang.

Penyakit TB menyerang sebagian besar kelompok usia kerja produktif dan penderita TB kebanyakan dari kelompok ekonomi rendah. Ekonomi yang rendah berimbas pada status gizi dan sanitasi lingkungan yang buruk. Status gizi kurang lebih berpeluang untuk menderita penyakit TB paru dibandingkan dengan status gizi cukup, hal ini bisa dijelaskan bahwa status gizi seseorang dapat berfungsi sebagai proteksi dan meningkatkan daya tahan tubuh. Status gizi yang kurang memungkinkan seseorang akan rentan dengan berbagai macam penyakit termasuk TB paru (Arsunan, dkk, 2004). Penelitian yang dilakukan oleh Diah (2010) menunjukkan bahwa status gizi ($p=0,009$, $OR=6,192$) yang buruk memiliki 6 kali lebih berpeluang untuk menderita TB Paru dibandingkan dengan berstatus gizi yang baik.

Strategi DOTS (*Direct Observed Treatment Short-course*) yang telah dicanangkan oleh WHO dalam manajemen pengobatan untuk menjamin pasien TB menelan obat dan dilakukan pengawasan langsung dari seorang pengawas menelan obat (PMO) menunjukkan angka kesembuhan pasien menjadi >85% (Depkes RI, 2008). Sebanyak 41 juta pasien TB telah berhasil diobati dalam program DOTS dan hingga 6 juta nyawa diselamatkan sejak tahun 1995. 5 juta lebih banyak nyawa dapat diselamatkan antara sekarang-2015 dengan sepenuhnya dibiayai dan dilaksanakan Rencana Global untuk Stop TB 2011-2015 (WHO, 2011).

Namun masih terdapat pula tantangan dalam pengobatan TB di dunia dan Indonesia, antara lain riwayat pengobatan pasien TB yang berpindah tempat berobat, kegagalan pengobatan, putus pengobatan, pengobatan yang tidak benar sehingga mengakibatkan terjadinya kemungkinan resistensi primer kuman TB terhadap obat anti Tuberkulosis atau Multi Drug Resistance (MDR) (WHO, 2010). Multidrug-resistant TB (MDR-TB) adalah bentuk TB yang tidak merespon pengobatan standar menggunakan obat lini pertama. TB-MDR hadir di hampir semua negara yang disurvei oleh WHO dan mitra-mitranya.

Kesembuhan yang ingin dicapai diperlukan keteraturan berobat bagi setiap penderita. Panduan OAT jangka pendek dan peran Pengawas Minum Obat (PMO) merupakan strategi untuk menjamin kesembuhan penderita. Walaupun panduan obat yang digunakan baik tetapi apabila penderita tidak berobat dengan teratur maka umumnya hasil pengobatan akan mengecewakan (Murtantingsih, dkk, 2010).

Pencegahan perlu segera dilakukan untuk menghentikan proses penyakit untuk tidak menjadi lebih parah dan menimbulkan komplikasi, salah satunya dengan menciptakan keteraturan minum obat. Keteraturan berobat memiliki pengaruh untuk mencapai keberhasilan pengobatan. Penelitian telah dilakukan diberbagai tempat menunjukkan bahwa kepatuhan atau keteraturan berobat berpengaruh terhadap kesembuhan penderita TB Paru.

Penelitian yang dilakukan oleh Murtantingsih, dkk (2010) menunjukkan bahwa 23 dari 25 penderita TB Paru (92%) sembuh karena teratur berobat ($0,005 < 0,005$). Penelitian yang dilakukan oleh Bertin (2011) menunjukkan bahwa keteraturan berobat berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan penderita TB paru dengan resistensi OAT ($p=0,00$, $r=0,72$). Penelitian yang dilakukan oleh Nur (2008) kepatuhan berobat (p value = 0,018, OR=11,483) memiliki hubungan dengan kesembuhan penderita TB Paru.

Penelitian yang dilakukan oleh Arsunan, dkk (2004) menyimpulkan bahwa jenis pekerjaan responden yang berisiko tinggi berhubungan dengan kejadian TB Paru. Penelitian yang dilakukan oleh Erni, dkk (2005) menyimpulkan bahwa pendapatan keluarga yang rendah dapat menentukan ketidakpatuhan

penderita berobat ($p=0,001$, $p<0,05$). Penderita yang paling banyak diserang adalah masyarakat yang berpenghasilan yang rendah, sehingga dalam pengobatan TB Paru selain penghasilannya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, mereka masih harus mengeluarkan biaya untuk transportasi ke puskesmas.

Penelitian yang dilakukan oleh Jojor (2004) di Puskesmas Kota Binjai menunjukkan bahwa pengawas menelan obat (PMO) berhubungan dengan ketidakteraturan berobat penderita TB Paru. Sama halnya yang ditemukan oleh Sumaman dan Krisnawati (2012) di Kabupaten Bangkalan bahwa peran PMO yang kurang baik berisiko sebesar 3,013 kali untuk menyebabkan pasien tidak patuh pemeriksaan ulang dahak pada fase akhir pengobatan.

Penelitian Imelda (2010) di Puskesmas Pekan Labuhan Medan menyimpulkan bahwa faktor pelayanan kesehatan variabel sikap petugas kesehatan ($p=0,028$) dan peran PMO ($p=0,002$) berhubungan secara signifikan dengan tingkat kepatuhan berobat pasien TB Paru. Penelitian yang dilakukan oleh Jojor (2004) menemukan bahwa perilaku petugas kesehatan ($OR=10,744$) mempunyai hubungan yang paling kuat terhadap ketidakteraturan berobat pasien TB Paru.

Keteraturan pengobatan yang dijalani oleh pasien sangat mempengaruhi keberhasilan pengobatan maupun terjadinya resistensi. Penelitian Khoidar, dkk (2011) di Bandarlampung menunjukkan bahwa riwayat pengobatan merupakan faktor risiko terjadinya resistensi OAT. Penelitian yang dilakukan oleh Abdul (2007) di Puskesmas Cempae Kota Pare-Pare menunjukkan bahwa masa pengobatan singkat yang dijalani oleh pasien TB Paru memiliki tingkat kejenuhan berobat.

Penelitian Tahan (2006) di BP4/RS Karangtembok Surabaya dan Tri (2005) di IRJ RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan menyimpulkan ada hubungan dukungan keluarga terhadap teratur minum obat antituberkulosis. Dukungan secara emosional maupun material yang diberikan oleh keluarga mendorong untuk pasien berobat dengan teratur.

Penelitian yang dilakukan oleh Afnal (2007) menyimpulkan bahwa penderita TB paru yang merasa diskriminasi di masyarakat baik lebih banyak berhasil sembuh (51,9%) dibandingkan tidak sembuh (46,3%). Sedangkan penderita yang merasa diskriminasi di masyarakat kurang, lebih banyak tidak sembuh dari TB paru (53,7%). Penderita TB Paru mendapat tindakan diskriminasi tidak diajak bicara oleh tetangga karena takut penyakitnya menular.

Berdasarkan uraian tersebut maka dilakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku berobat pasien tuberkulosis paru di Wilayah Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung Kota Makassar tahun 2010-2012.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian tersebut, maka yang menjadi permasalahan dalam kegiatan penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Apakah ada hubungan antara pekerjaan dan penghasilan keluarga dengan perilaku berobat pasien TB Paru?
2. Apakah ada hubungan antara PMO dengan perilaku berobat pasien TB Paru?
3. Apakah ada hubungan antara riwayat pengobatan dengan perilaku berobat pasien TB Paru?

4. Apakah ada hubungan antara pelayanan kesehatan dengan perilaku berobat pasien TB Paru?
5. Apakah ada hubungan antara sosial budaya (dukungan keluarga dan diskriminasi) dengan perilaku berobat pasien TB Paru?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku berobat pasien TB Paru di Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung tahun 2010-2012.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui hubungan antara karakteristik pasien (pekerjaan dan penghasilan) dengan perilaku berobat pasien TB Paru.
- b. Mengetahui hubungan antara PMO dengan perilaku berobat pasien TB Paru.
- c. Mengetahui hubungan antara riwayat pengobatan dengan perilaku berobat pasien TB Paru.
- d. Mengetahui hubungan antara pelayanan kesehatan (sikap petugas kesehatan) dengan perilaku berobat pasien TB Paru.
- e. Mengetahui hubungan antara sosial budaya (dukungan keluarga dan diskriminasi) dengan perilaku berobat pasien TB Paru.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

Sebagai bahan informasi dan masukan bagi pihak Puskesmas Batua dan Puskesmas Tamamaung dalam program pencegahan maupun penanggulangan TB Paru.

2. Manfaat Bagi Ilmu Pengetahuan

Sebagai sumber referensi bagi yang membutuhkan informasi dan yang ingin melanjutkan penelitian tentang tuberkulosis paru.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Sebagai penerapan ilmu yang telah diperoleh di masa perkuliahan dan sebagai salah satu syarat bagi penulis untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

4. Manfaat Bagi Masyarakat

Sebagai sumber informasi bagi masyarakat untuk menambah pengetahuan tentang tuberkulosis paru.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Tuberkulosis

1. Patogenesis

Penularan tuberkulosis dari seorang penderita ditentukan oleh banyaknya bakteri yang terdapat dalam paru-paru penderita, persebaran bakteri tersebut diudara melalui dahak berupa droplet. Penderita TB-Paru yang mengandung banyak sekali bakteri dapat terlihat langsung dengan mikroskop pada pemeriksaan dahaknya (penderita BTA positif) adalah sangat menular. Penderita TB Paru BTA positif mengeluarkan bakteri-bakteri ke udara dalam bentuk droplet yang sangat kecil pada waktu batuk atau bersin. Droplet yang sangat kecil ini mengering dengan cepat dan menjadi droplet yang mengandung bakteri tuberkulosis. Dan dapat bertahan di udara selama beberapa jam (Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2011).

Droplet yang mengandung bakteri ini dapat terhirup oleh orang lain. Jika bakteri tersebut sudah menetap dalam paru dari orang yang menghirupnya, maka bakteri mulai membelah diri (berkembang biak) dan terjadilah infeksi dari satu orang ke orang lain. Bakteri juga dapat menyebar melalui pembuluh darah atau kelenjar getah bening. Oleh sebab itulah infeksi TB dapat menginfeksi hampir seluruh organ tubuh seperti: paru-paru, otak, ginjal, saluran pencernaan, tulang, kelenjar getah bening, dan lain-lain, meskipun demikian organ tubuh yang paling sering terkena yaitu paru-paru.

2. Risiko Penularan

Risiko penularan setiap tahun (*Annual Risk of Tuberculosis Infection* = ARTI) di Indonesia dianggap cukup tinggi dan bervariasi antara 1 - 3 %. Pada daerah dengan ARTI sebesar 1 %, berarti setiap tahun diantara 1000 penduduk, 10 (sepuluh) orang akan terinfeksi. Sebagian besar dari orang yang terinfeksi tidak akan menjadi penderita TB, hanya 10 % dari yang terinfeksi yang akan menjadi penderita TB. Dari keterangan tersebut diatas, dapat

diperkirakan bahwa daerah dengan ARTI 1 %, maka diantara 100.000 penduduk rata-rata terjadi 1000 terinfeksi TB dan 100 (seratus) penderita (10%) tuberkulosis setiap tahun, dimana 50 diantaranya adalah TB BTA positif. Faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi penderita TB adalah daya tahan tubuh yang rendah; diantaranya karena gizi buruk (malnutrisi) dan atau HIV/AIDS. Infeksi HIV mengakibatkan kerusakan luas sistem daya tahan tubuh seluler (*cellular immunity*) dan merupakan faktor risiko paling kuat bagi yang terinfeksi TB untuk menjadi sakit TB (TB Aktif). Bila jumlah orang terinfeksi HIV meningkat, maka jumlah pasien TB akan meningkat, dengan demikian penularan TB di masyarakat akan meningkat pula (Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2011).

3. Klasifikasi dan Tipe Pasien Tuberkulosis

a. Klasifikasi TB berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis (keadaan ini terutama ditujukan pada TB Paru). Berdasarkan hasil 3 kali pemeriksaan dahak, radiologis atau kultur *Mycobacterium tuberculosis*.

1) Tuberkulosis Paru BTA Positif

- a) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
- b) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.
- c) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif.
- d) 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.

2) Tuberkulosis Paru BTA Negatif :

Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negative. Foto toraks abnormal sesuai dengan gambaran tuberkulosis.

b. Klasifikasi TB berdasarkan riwayat pengobatan (disebut sebagai tipe pasien):

- 1) 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.
- 2) Kasus yang sebelumnya diobati
 - a) Kasus kambuh (*Relaps*) adalah tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kultur).
 - b) Kasus setelah putus berobat (*Default*) adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.
 - c) Kasus setelah gagal (*Failure*) adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.
- 3) Kasus Pindahan (*Transfer In*) adalah pasien yang dipindahkan ke register lain untuk melanjutkan pengobatannya. Dan kasus lain adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas, seperti yang tidak diketahui riwayat pengobatan sebelumnya, pernah diobati tetapi tidak diketahui hasil pengobatannya atau kembali diobati dengan BTA negative.

4. Gejala TB Paru

Gejala utama batuk terus menerus dan berdahak selama 3 (tiga) minggu atau lebih. Gejala tambahan yang sering dijumpai adalah dahak yang bercampur darah, batuk darah, sesak nafas dan rasa nyeri pada bagian dada, badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan turun, malaise (rasa kurang enak badan), berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan serta demam meriang lebih dari sebulan.

5. Diagnosis TB Paru

- a. Semua suspek TB diperiksa 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari, yaitu *sewaktu - pagi - sewaktu* (SPS).
- b. Diagnosis TB Paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya kuman TB.
- c. Tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya berdasarkan pemeriksaan foto toraks saja. Foto toraks tidak selalu memberikan gambaran yang khas pada TB paru, sehingga sering terjadi *overdiagnosis*.

6. Pengobatan TB Paru

Pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT (Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2011).

Jumlah penderita tuberkulosis (TB) di Kabupaten Soppeng mengalami tren penurunan yang cukup drastis. Berdasarkan data, 2010 penderita penyakit mengalami penurunan menjadi 147 penderita. Padahal 2009 lalu, masih tercatat 252 penderita TB. Kasi Penanggulangan dan Pengendalian Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kabupaten Soppeng sejak lima tahun terakhir penderita penyakit terus mengalami penurunan. Penurunan itu terkait dengan tingginya kesadaran masyarakat terhadap penyakit tersebut (Sudaryanto, 2011).

Pengobatan tuberkulosis dilakukan dengan prinsip - prinsip sebagai berikut:

- a. OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi).
- b. Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung (DOT = *Directly Observed Treatment*) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO).
- c. Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan lanjutan.

Sebagian besar penderita TB dapat menyelesaikan pengobatan tanpa efek samping. Namun sebagian kecil dapat mengalami efek samping.

Pemantauan efek samping obat dilakukan dengan cara:

- 1) Menjelaskan kepada penderita tanda-tanda efek samping.
- 2) Menanyakan adanya gejala efek samping pada waktu penderita mengambil OAT.

Efek samping ringan dari OAT seperti tidak ada nafsu makan, mual, sakit perut, nyeri sendi, kesemutan, serta warna kemerahan pada air seni (urine). Sedangkan Efek samping berat yaitu efek samping yang dapat menjadi sakit serius. Dalam kasus ini maka pemberian OAT harus dihentikan dan penderita harus segera dirujuk ke UPK spesialisik (Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2011).

7. Strategi DOTS

Sejak tahun 1995 program Pemberantasan Tuberkulosis Paru , telah dilaksanakan dengan strategi DOTS (*directly observed treatment- shortcourse chemotherapy*) yang direkomendasi oleh WHO. kemudian berkembang seiring dengan pembentukan GERDUNAS–TB, maka Pemberantasan penyakit Tuberkulosis Paru berubah menjadi Program Penanggulangan Tuberkulosis (TB). Penanggulangan dengan strategi DOTS dapat memberikan angka

kesembuhan yang tinggi. Bank Dunia menyatakan strategi DOTS merupakan strategi kesehatan yang paling cost-effective. Dengan strategi DOTS, manajemen penanggulangan TB di Indonesia ditekan pada tingkat kabupaten/kota (Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2011).

Sebelum pelaksanaan strategi DOTS (1969-1994) angka kesembuhan TB Paru yang dapat dicapai oleh program hanya 40-60% saja. Dengan strategi DOTS diharapkan angka kesembuhan dapat dicapai minimal 85% dari penderita TB Paru BTA positif yang ditemukan. Prinsip dasar strategi DOTS adalah pendekatan terhadap penderita agar secara langsung dapat mengawasi keteraturan menelan obat dan melakukan pelacakan jika penderita tidak datang mengambil obat sesuai dengan yang diharapkan (Imelda, 2009).

Strategi DOTS, sesuai rekomendasi WHO, terdiri atas 5 komponen :

- a. Komitmen politis dari para pengambil keputusan, termasuk dukungan dana.
- b. Diagnosis TB dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis.
- c. Pengobatan dengan paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh Pengawas menelan obat (PMO).
- d. Kesiambungan persediaan OAT jangka pendek dengan mutu terjamin.
- e. Pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan TB.

B. Tinjauan Umum Tentang Perilaku

Status kesehatan merupakan hasil interaksi dari berbagai faktor, baik faktor dari dalam diri manusia (internal) maupun dari luar diri manusia (eksternal). Faktor internal ini terdiri dari faktor fisik dan psikis individu. Sedangkan faktor eksternal antara lain sosial ekonomi, sosial budaya, lingkungan, politik, pendidikan dan sebagainya. Menurut Teori Blum dalam Imelda (2009) secara garis besar faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, baik individu, kelompok, maupun masyarakat, dikelompokkan menjadi empat faktor, antara lain:

- 1) Lingkungan (lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya).
- 2) Perilaku.
- 3) Pelayanan kesehatan.
- 4) Keturunan (genetik).

Teori Blum menempatkan faktor perilaku pada urutan kedua yang mempengaruhi status kesehatan setelah faktor lingkungan. Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari yang bersangkutan. Hal ini berarti bahwa meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respon tiap-tiap orang berbeda.

Lawrance Green menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor lingkungan (*nonbehavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu :

- a. Faktor-faktor predisposisi merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku.
- b. Faktor-faktor pendukung, yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.
- c. Faktor-faktor pendorong merupakan faktor yang menguatkan perilaku, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, teman sebaya, orang tua, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan diri, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

C. Tinjauan Umum Tentang Karakteristik Pasien

1. Pekerjaan

Faktor lingkungan kerja mempengaruhi seseorang untuk terpapar suatu penyakit. Lingkungan kerja yang buruk mendukung untuk terinfeksi TB Paru antara lain supir, buruh, tukang becak dan lain-lain dibandingkan dengan orang yang bekerja di daerah perkantoran.

Penelitian oleh Meirtha (2009) ditemukan bahwa proporsi tertinggi penderita TB Paru Relaps terdapat pada wiraswasta sebesar 47,7% dan proporsi terendah adalah PNS/TNI/POLRI sebesar 2,7 %. Hal ini dapat diasumsikan bahwa terinfeksi TB Paru bukan karena intensitas pekerjaan tetapi juga dipengaruhi oleh lingkungan tempat tinggal berupa kelembaban, keadaan ventilasi rumah, pencahayaan alami yang masuk ke rumah dan sebagainya.

Penelitian yang dilakukan oleh Arsunan, dkk (2004) menunjukkan bahwa jenis pekerjaan yang berisiko tinggi terpapar kuman TB adalah sopir, buruh/tukang, pensiunan/pumawirawan, dan belum bekerja.

Penelitian yang dilakukan oleh Putranto (2008) di Puskesmas Ciracas Jakarta Timur menunjukkan bahwa penderita TB Paru yang bekerja (72,2%) lebih patuh berobat dibandingkan dengan yang tidak bekerja (27,8%).

2. Penghasilan keluarga

Pendapatan dapat menunjang untuk lebih sering terinfeksi TB jika memiliki kondisi ekonomi yang lemah. Kondisi ini akan mengarah kepada permukiman lebih padat disertai dengan kondisi kerja yang buruk sehingga terjadi malnutrisi (gizi kurang yang dapat menurunkan daya tahan tubuh).

Soemirat (2000) dalam Murtantiningsih mengatakan bahwa status sosial ekonomi sangat berpengaruh terhadap status gizi, kebiasaan, kualitas lingkungan, pengetahuan keberadaan sumberdaya materi sehingga efek agent terhadap status sosial ekonomi akan berbeda pula.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Erni,dkk (2005) menemukan bahwa pendapatan keluarga yang rendah cenderung tidak patuh sebanyak 17 orang, sedangkan pendapatan yang tinggi cenderung untuk patuh berobat (15 orang).

Penelitian yang dilakukan oleh Murtantiningsih dan Bambang Wahyono menemukan bahwa pendapatan berhubungan dengan kesembuhan penderita TB Paru di Puskesmas Purwodadi Kabupaten Grobongan.

D. Tinjauan Umum Tentang Pengawas Menelan Obat (PMO)

Salah satu dari komponen DOTS adalah pengobatan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung. Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang PMO.

a. Persyaratan PMO

- 1) Seseorang yang dikenal , dipercaya dan disetujui baik oleh petugas kesehatan maupun penderita.
- 2) Seseorang yang tinggal dekat dengan penderita.
- 3) Bersedia membantu penderita dengan sukarela.
- 4) Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan penderita.

b. Siapa yang bisa jadi PMO

Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya bidan di desa, perawat, pekaya sanitarian, juru imunisasi dll. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, atau tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarga. Tugas seorang PMO bukanlah untuk mengganti kewajiban penderita mengambil obat dari unit pelayanan kesehatan.

c. Tugas Seorang PMO

- 1) Mengawasi penderita TB agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan. Dan memastikan obat diminum dengan benar.
- 2) Memberi dorongan kepada penderita agar mau berobat teratur.

- 3) Mengingatkan penderita untuk pemeriksaan ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan.
- 4) Memberi penyuluhan pada anggota keluarga penderita TB yang mempunyai gejala-gejala tersangka TB untuk segera memeriksakan diri ke unit pelayanan kesehatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Afnal (2007) ditemukan bahwa penderita TB Paru yang mempunyai PMO yang aktif berperan dalam pengawasan lebih banyak berhasil sembuh (74,1%) dibandingkan dengan tidak sembuh (22,2%).

E. Tinjauan Umum Tentang Riwayat Pengobatan

Tuberkulosis paru merupakan *communicable disease* dengan prevalensi yang cenderung tinggi di negara dengan kategori negara miskin (*Poor Country*), di mana kepatuhan yang rendah terhadap obat yang diberikan dokter dapat meningkatkan risiko morbiditas, resistensi obat yang dapat mengakibatkan kematian (mortalitas) (Badan Pengawasan Obat dan Makanan, 2006).

Pemakaian obat anti tuberkulosis jangka pendek sesuai rekomendasi WHO, yaitu berdasarkan kategori dan klasifikasi penyakit, sangat penting. Obat anti TB yang digunakan sesuai dengan program pemerintah guna mencegah kegagalan pengobatan.

Estimasi jumlah kasus MDR TB di dunia mencapai 440.000 pada tahun 2008 (WHO, 2010). Diperkirakan 440.000 baru kasus TB-MDR pada tahun 2008 dengan tiga negara penghasil lebih dari 50% dari seluruh kasus secara global: Cina, India dan Federasi Rusia. Ekstensif resisten terhadap

obat TB terjadi ketika resistensi terhadap obat lini kedua berkembang. Hal ini sangat sulit diobati dan kasus telah dikonfirmasi di lebih dari 58 negara (WHO, 2011). Untuk Indonesia sendiri berada pada urutan ke delapan kasus MDR TB dari 27 negara dengan kasus MDR TB terbanyak.

Menurut Aditama yang dikutip oleh Heny (2008), ada beberapa hal yang menyebabkan terjadinya resistensi terhadap OAT yaitu :

- 1) Pemakaian obat tunggal dalam pengobatan tuberkulosis.
- 2) Penggunaan paduan yang tidak adekuat, yaitu jenis obatnya yang kurang atau lingkungan tersebut telah terdapat resistensi yang tinggi terhadap obat yang digunakan.
- 3) Pemberian obat yang tidak teratur, misalnya hanya diminum dua atau tiga minggu lalu berhenti, setelah dua bulan berhenti kemudian berpindah dokter mendapat obat kembali selama dua atau tiga bulan lalu berhenti lagi, demikian seterusnya.
- 4) Fenomena "*addition syndrome*" yaitu suatu obat yang ditambahkan suatu panduan pengobatan yang tidak berhasil. Bila kegagalan itu terjadi karena kuman TB telah resisten pada paduan yang pertama, maka "penambahan" (*addition*) satu macam obat hanya akan memperpanjang daftar obat yang resisten saja.
- 5) Penggunaan obat kombinasi yang pencampurannya tidak dilakukan secara baik sehingga mengganggu bioavailabilitas obat.
- 6) Penyediaan obat yang tidak reguler, kadang-kadang terhenti pengirimannya sampai berbulan-bulan.

Penelitian yang dilakukan oleh Abdul (2007) menemukan lama pengobatan dengan kepatuhan berobat penderita TB Paru. Pada hasil analisis data menyimpulkan bahwa penderita TB Paru yang dengan kategori singkat berobat 6 kali lebih berpeluang terhadap kepatuhan berobat dibandingkan dengan penderita dengan kategori pengobatan yang relatif lama.

F. Tinjauan Umum Tentang Pelayanan Kesehatan

Empati dari petugas pelayanan kesehatan memberikan kepuasan yang signifikan pada pasien. Untuk itu, petugas harus memberikan waktu yang cukup untuk memberikan pelayanan kepada setiap pasien (Badan Pengawasan Obat dan Makanan, 2006).

Berdasarkan peraturan yang dikeluarkan pemerintah Republik Indonesia yaitu pada PP No. 32 Tahun 2006 menyatakan bahwa tenaga kesehatan sebagai pelaksana ketentuan Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan.

Dalam pasal 1 ayat (1) dijelaskan bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan dibidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Sikap petugas kesehatan adalah sikap yang diberikan petugas kesehatan kepada penderita, baik itu pelayanan, penyuluhan maupun memberikan dukungan atau motivasi kepada penderita untuk patuh dalam berobat. Sikap petugas kesehatan dalam melayani mempengaruhi pasien untuk aktif dalam menjalani pengobatan. Penelitian yang dilakukan oleh Imelda (2009) menemukan bahwa semakin baik sikap petugas kesehatan maka akan terjadi

peningkatan kepatuhan berobat penderita TB Paru Relaps sebanyak 100% pasien menyatakan sikap petugas kesehatan ramah, memperhatikan keluhan responden dan memberikan keterangan yang jelas tentang cara memakan obat serta menanyakan ada tidaknya efek samping yang diderita oleh pasien.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Widagdo (2002) menyatakan bahwa ada hubungan antara pelayanan perawat puskesmas terhadap kepatuhan dalam berobat penderita TB Paru

Penelitian yang dilakukan oleh Yulfrira (2011) menemukan bahwa persepsi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan seperti puskesmas menurut informan sudah positif. Perilaku petugas, cara pelayanan, obat-obatan yang tersedia dirasakan informan sudah relatif bagus. Namun, ada sedikit hambatan untuk mencapai pelayanan kesehatan, dan jam pelayanan yang terbatas, seperti pada hari/libur puskesmas tutup. Di samping itu, sebagian masyarakat beranggapan bahwa pengobatan yang dilakukan di puskesmas dan rumah sakit dilaksanakan secara berulang-ulang, penyembuhan relatif lebih lama serta Obat mengandung zat kimia dengan efek samping jantung berdebar.

Sikap yang baik diberikan oleh petugas kesehatan memberi motivasi untuk menjalani pengobatan. Namun segi jadwal pengobatan di puskesmas relatif terbatas, ditambah dengan pengobatan yang berulang-ulang, penyembuhan relatif membutuhkan waktu yang lama serta efek samping jantung berdebar melatarbelakangi masyarakat untuk memilih pengobatan tradisional (Yulfrira, 2011).

G. Tinjauan Umum Tentang Sosial Budaya

Beberapa aspek sosial budaya yang melatarbelakangi pertimbangan masyarakat dalam upaya pencarian pengobatan dan dianggap berkaitan dengan rendahnya cakupan penemuan TB Paru antara lain pendidikan/pengetahuan dan persepsi, kebiasaan/adat istiadat dan kepercayaan serta diskriminasi sosial (Yulfrira, 2011).

a. Dukungan keluarga

Tingginya angka kegagalan pengobatan yang dialami oleh pasien TB Paru karena perilaku ketidakpatuhan berobat sehingga makin banyak ditemukan penderita TB Paru dengan BTA yang telah resisten dengan pengobatan standar (Tahan, 2006).

Pengaruh dukungan keluarga terhadap keberhasilan pengobatan berbagai penyakit banyak diteliti, antara lain : Evi (Universitas Syah Kuala, 2005) pada penderita depresi di Keutapang Dua Banda Aceh; Dieter (Jerman, 2007) pada pasien psikiatri menemukan adanya dukungan keluarga yang menjalin hubungan yang harmonis dengan pasien psikiatri, menyatakan pasien diuntungkan lebih dari sekedar obat saja, dukungan keluarga juga membantu pasien tetap baik dan patuh meminum obatnya. Basaria Hutabarat (2007) menemukan pengaruh dukungan keluarga pada penderita Kusta di Kabupaten Asahan dan Prinda (Universitas Diponegoro Semarang, 2010) pada penderita Skizofrenia di RSJ Menur Surabaya.

Dukungan keluarga adalah keberatan, kesedihan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi kita, pandangan yang sama juga dikemukakan oleh Cobb dalam Suparyanto (2002) mendefinisikan dukungan keluarga sebagai adanya kenyamanan, perhatian, penghargaan atau menolong orang dengan sikap menerima kondinya, dukungan keluarga tersebut diperoleh dari individu maupun kelompok. Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan.

1. Tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan menurut Friedman yang dikutip oleh Suparyanto membagi 5 tugas, yaitu:
mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga, mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga, memberikan perawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya terlalu muda, Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).
2. Bentuk dukungan keluarga menurut Friedman yang dikutip oleh Suparyanto, yaitu :
 - a) Dukungan Emosional (*Emosional Support*). Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Meliputi ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap anggota keluarga yang menderita kusta (misalnya: umpan balik, penegasan) (Marlyn, 1998).
 - b) Dukungan Penghargaan (*Apprasial Assistance*). Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas anggota. (Marlyn, 1998).
 - c) Dukungan Materi (*Tangibile Assistance*). Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkret, mencakup bantuan langsung seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan maupun menolong dengan pekerjaan waktu mengalami stress.

b. Diskriminasi

Diskriminasi merupakan suatu kejadian yang biasa ditemukan dalam hidup bermasyarakat. Diskriminasi disebabkan karena kecenderungan manusia untuk membedakan manusia. Diskriminasi pada dasarnya adalah penolakan atas HAM dan kebebasan dasar. Dalam Pasal 1 butir 3 UU No. 39/1998 tentang HAM disebutkan pengertian diskriminasi adalah “setiap pembatasan, pelecehan, atau pengucilan yang langsung ataupun tak

langsung didasarkan pada perbedaan manusia atas dasar agama, suku, ras, etnik, kelompok, golongan, status sosial, status ekonomi, jenis kelamin, bahasa, keyakinan politik, yang berakibat pengurangan, penyimpangan atau penghapusan pengakuan, pelaksanaan atau penggunaan HAM dan kebebasan dasar dalam kehidupan baik individual maupun kolektif dalam bidang politik, ekonomi, hukum, sosial, budaya, dan aspek kehidupan sosial lainnya.

Diskriminasi secara harfiah berarti "perbedaan". Arti dari diskriminasi sosial dan hukum berangkat dari arti harfiah, dalam konteks itu, diskriminasi berarti "perbedaan melanggar hukum antara orang atau kelompok". Diskriminasi adalah prinsip yang mengatakan bahwa semua orang tidaklah sama. Diskriminasi dapat dilihat sebagai ekspresi intoleransi dan untuk perbuatan prasangka. Hal ini dapat menjadi diskriminasi pribadi atau di sebuah organisasi.

Selain merugikan secara ekonomis, TB juga memberikan dampak buruk lainnya secara diskriminasi (dikucilkan oleh masyarakat). Diskriminasi ini memiliki arti memperlakukan orang secara berbeda atau kelompok (biasanya minoritas) berdasarkan karakteristik yang berbeda seperti asal, ras, asal negara, agama, keyakinan politik atau agama, kebiasaan sosial, jenis kelamin, orientasi seksual, bahasa, cacat, usia, dll. Masyarakat masih beranggapan bahwa TB Paru adalah penyakit turunan, memalukan dan dianggap tabu oleh masyarakat. Kondisi diskriminasi ini menyebabkan pasien malu untuk memeriksakan kesehatan atau penyakitnya ke pelayanan kesehatan (Yulfrira, 2011).

Penelitian di Kabupaten 50 Kota Sumatera Barat oleh Yulfrira menemukan bahwa masyarakat berpendapat *"Panyakik TB ko panyakik katurunan, dianggap hino dan aib oleh masyarakat, sahinggo kalau ado anggota kaluarga yang kanai panyakik itu akan maraso malu, dan labiah baiak barubek ka dukun kampuang sajo, supayo urang lain indak tahu, dan takuik dikatokan TB sarato pangobatannyo labiah capek"* yang artinya

penyakit TB merupakan penyakit keturunan, dianggap hina dan dianggap aib oleh masyarakat, sehingga bila ada anggota keluarga yang terkena penyakit TB, lebih baik berobat ke dukun kampung saja, supaya orang lain tidak tahu, dan takut dikatakan TB, serta pengobatannya lebih cepat.

Masyarakat juga beranggapan bahwa penyakit TB Paru atau batuk darah adalah karena perbuatan manusia atau setan. Hal ini didukung oleh pernyataan sebagian informan sebagai berikut: *"Kalau ado tando-tando batuak darah, angok sasak, mako panduduak disiko langsung mempunyai anggapan bahwasanyo itu adolah panyakik nan diakibatkan oleh kiriman urang lain atau digaduah dek setan"* artinya bila ada tanda-tanda seperti batuk berdarah, nafas sesak, maka penduduk di sini langsung beranggapan bahwa penyakit tersebut adalah penyakit yang diakibatkan oleh perbuatan manusia atau gangguan setan.

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Variabel Penelitian

Kesembuhan pasien Tuberkulosis Paru di pengaruhi oleh perilaku pasien yang teratur dalam menjalani pengobatan. Perilaku berobat pasien Tuberkulosis Paru dipengaruhi beberapa faktor antara lain : karakteristik pasien (pekerjaan dan penghasilan keluarga), PMO, riwayat pengobatan, faktor pelayanan kesehatan (petugas kesehatan) serta sosial budaya berupa dukungan keluarga dan diskriminasi di mana variabel tersebut dinyatakan sebagai *Variabel Independen*, sedangkan perilaku berobat pasien TB Paru sebagai *Variabel Dependen*.

Uraian masing-masing variabel dalam hubungannya dengan perilaku berobat pasien TB Paru dapat dilihat sebagai berikut :

1. Variabel Independen untuk Analisis Hubungan

a. Karakteristik Pasien

1. Pekerjaan

Faktor lingkungan kerja mempengaruhi seseorang untuk terpapar suatu penyakit. Lingkungan kerja yang buruk mendukung untuk terinfeksi TB Paru antara lain supir, buruh, tukang becak dan lain-lain dibandingkan dengan orang yang bekerja di daerah perkantoran. Jenis pekerjaan seseorang memberikan kontribusi terjangkit-tidaknya seseorang terhadap penyakit TB paru. Jenis pekerjaan berhubungan dengan tingkat penghasilan seseorang sehingga pekerjaan sebagai wiraswastawan, karyawan atau PNS/TNI lebih dapat memenuhi kebutuhan intake zat-zat gizi untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap serangan bibit penyakit.