

**FAKTOR RISIKO KETIDAKPATUHAN PENDERITA
TUBERKULOSIS PARU MINUM OBAT DI KABUPATEN BONE
TAHUN 2008**

**Risk Factors on the Disobedience of Tuberculosis Lung
Patients to Take Medicines at the Bone Regency in 2008**

RUSTANG



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2008**

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Rustang

Nomor Pokok : P 18024006550

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Nopember 2008

Yang membuat pernyataan,

Rustang

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas segala rahamat dan karuniaNya sehingga penelitian dan penulisan tesis ini dapat selesai pada waktunya.

Penyusunan tesis ini meskipun banyak menghadapi kendala, tetapi dengan bantuan dari berbagai pihak, maka tesis ini dapat disusun. Dalam kesempatan ini, saya dengan tulus menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada Prof. Dr. dr. Rasdi Nawi, M.Sc sebagai Ketua Komisi Penasehat dan Dr. dr. H. Muh.Syafar, MS sebagai Anggota Komisi Penasehat tesis, atas segala bantuan, bimbingan, petunjuk dan kesabarannya mengarahkan saya selama penulisan tesis ini.

Ucapan terima kasih saya sampaikan kepada Prof.Dr.Nur Nasry Noor, MPH, Dr. drg. A. Zulkifli Abdullah, MS, Prof. dr. Rafael Djajakoeli, MOH dan Prof. Dr. drg. A. Arsunan Arsin, M.Kes atas kesediaan menjadi penguji yang telah banyak memberikan masukan, arahan dan perbaikan dalam penyusunan tesis ini.

Terima kasih saya sampaikan kepada Rektor Universitas Hasanuddin Prof.Dr.dr.Idrus A.Paturusi,Sp.B,Sp.BO, Prof.Dr.dr.A.Razak Thaha,M.Sc sebagai Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, Dr.drg.A.Zulkifli Abdullah,MS sebagai Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat dan Prof.Dr.dr.Rasdi Nawi,M.Sc sebagai Ketua Konsentrasi S2 Epidemiologi atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk melanjutkan pendidikan di Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Terima kasih penulis sampaikan kepada Bupati Bone, kepala Dinas kesehatan Kabupaten Bone yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melanjutkan pendidikan. Dan terima kasih juga saya sampaikan kepada Kepala Puskesmas Lamuru, Laappariaja, Biru dan watampone

beserta staf, yang telah memberikan bantuan selama dalam pengumpulan data dilapangan serta seluruh rekan-rekan mahasiswa Konsentrasi Epidemiologi Program Studi Kesehatan Masyarakat yang telah membagi suka dan duka serta ilmu dan pengalamannya dalam mengikuti pendidikan, dan saya juga menyampaikan terima kasih kepada seluruh staf administrasi S2 Epidemiologi atas segala bantuan dan kerja sama yang diberikan.

Terima kasih sebesar-besarnya serta rasa hormat dan penghargaan setinggi-tingginya saya aturkan kepada kedua orang tua dan mertua, atas doa restu, kasih sayang serta didikannya sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan.

Akhirnya secara khusus penulis menyampaikan terima kasih kepada istriku tyercinta Dra.Hj.Rosmawati,M.Pd dan putraku tersayang Muh.Muqtadir Mulki dan seluruh keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberikan nasehat, dorongan moril dan materil serta telah banyak berkorban agar saya dapat menyelesaikan pendidikan dengan baik.

Penulis menyadari bahawa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, sehinga penulis mengharapkan kritik dan masukan yang dapat menyempurnakan penulisan ini dengan harapan semoga karya ini dapat bermanfaat.

Makasar, Nopember 2008

Rustang

ABSTRAK

RUSTANG. *Faktor Risiko Ketidapatuhan Penderita Tuberkulosis Paru Minum Obat di Kabupaten Bone Tahun 2008* (dibimbing oleh Rasdi Nawi dan Muh.Syafar).

Penyakit tuberkulosis paru sampai saat ini masih merupakan masalah kesehatan di Indonesia. Salah satu upaya untuk menanggulangi penyakit ini adalah menerapkan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short course*). Kabupaten Bone sudah melaksanakan strategi DOTS sejak tahun 1995, namun jumlah penderita TB paru di Kabupaten Bone pada tahun 2007 masih cukup tinggi yaitu 569 orang.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor risiko (pengetahuan, peran petugas kesehatan, peran PMO, efek samping obat dan lama minum obat) terhadap ketidapatuhan penderita TB minum obat di Kabupaten Bone.

Desain penelitian adalah kasus kontrol dengan 136 sampel dari wilayah kerja Puskesmas Lamuru, Puskesmas Lappariaja, Puskesmas Biru dan Puskesmas Watampone. Data dianalisis dengan sistem tabulasi dan uji statistik menggunakan program SPSS dengan uji Odds Ratio dan Regresi logistik.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semua variabel mempunyai risiko ketidapatuhan penderita tuberkulosis minum obat yaitu : Peran petugas kesehatan OR = 10,220 (95% CI : 1,257-83,079), efek samping obat OR = 3,747 (95% CI : 1,779-7,892), PMO OR = 3,194 (95% CI : 0,621-16,421), pengetahuan OR = 3,125 (95% CI : 1,266-7.713) dan lama minum obat OR = 1,502 (95% CI : 0,536-4,211).

Dengan diketahuinya faktor risiko ketidapatuhan penderita TB minum obat maka disarankan kepada petugas kesehatan di Kabupaten Bone untuk memberikan informasi yang lebih intensif tidak hanya kepada penderita, tetapi dengan melibatkan pengawas minum obat atau keluarga, sehingga penderita dapat berdiskusi dengan pendampingnya bila ada masalah selama proses pengobatan dan memantau terjadinya efek samping obat pada penderita selama pengobatan berlangsung dan memantau penderita yang tidak datang mengambil obat pada saatnya karena dikhawatirkan penderita tersebut tidak patuh minum obat.

Kata Kunci : TB Paru, DOTS, Ketidapatuhan

ABSTRACT

RUSTANG. *Risk factor on the Disobedience of Tuberculosis Lung Patients to Take Medicines at the Bone Regency in 2008* (supervised by Rasdi Nawi and Muh.Syafar).

Lung tuberculosis disease till now still is problem of health in Indonesia. One of effort for overcoming this disease is apply strategy DOTS (Directly Observed Treatment Short course). Bone Regency have executed strategy DOTS since year 1995, but amount of lungs tuberculosis patients in Regency Bone in the year 2007 still be enough high that is 569 people.

This research aim to risk factor analysis (knowledge, role of the health staff, role of medicine control supervisor, medicine side effects and old taken medicine) to disobedience of tuberculosis patients take medicine in Bone Regency.

Research design is control case by 136 sample from region Lamuru Public Health Center, Lappariaja Public Health Center, Biru Public Health Center and Watampone Public Health Center. Data analysed with tabulation systems and statistical test apply program SPSS with test Odds Ratio and Logistics regression.

This research result indicate that all variables have risk disobedience tuberculosis patients taking medicine that is : Role of officer of health of OR = 10,220 (95% CI : 1,257-83,079), drug side effects OR = 3,747 (95% CI : 1,779-7,892), PMO OR = 3,194 (95% CI : 0,621-16,421), knowledge of OR = 3,125 (95% CI : 1,266-7.713) and old taken medicine OR = 1,502 (95% CI : 0,536-4,211).

By know him, it risk factor disobedience tuberculosis patients taken medicine hence suggested to health officer in Bone Regency for giving more intensive information not only to patient, but by entangling supervisor take medicine or family, so that patient can discuse with the supervisor if there are any problem during processing medication and watch the happening of side effects medicinizing at patient during medication take place and watch patient which don't coming take drug in the time because worried of is the patient not be obedient taken medicine.

Keyword : Lung Tuberculosis, DOTS, Disobedience

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	(i)
HALAMAN PENGESAHAN	(ii)
ABSTRAK	(iii)
DAFTAR ISI	(iv)
DAFTAR TABEL	(v)
DAFTAR LAMPIRAN	(vi)
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Tinjauan Umum Tuberkulosis.....	10
B. Tinjauan Umum Variabel Penelitian.....	20
C. Dasar Pemikiran Variabel Penelitian.....	31
D. Kerangka Konsep Penelitian.....	32
E. Hipotesis.....	33
F. Definisi Operasional dan Kriteria Obyektif.....	33

BAB III METODE PENELITIAN	37
A. Jenis dan Model Rancangan Penelitian.....	37
B. Instrumen, Populasi, dan sampel.....	39
C. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	40
D. Besar Sampel dalam Penelitian.....	41
E. Prosedur Pengambilan Sampel.....	42
F. Prosedur Pengambilan Data.....	42
G. Pengolahan dan Penyajian Data.....	43
H. Analisa data.....	44
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	47
A. Hasil Penelitian	47
B. Pembahasan	62
C. Keterbatasan Penelitian	69
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	70
A. Simpulan	70
B. Saran	71
DAFTAR PUSTAKA	72
LAMPIRAN	

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	=	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ARTI	=	Annual Risk of Tuberculosis Infection
BCG	=	Bacille Calmette Gueaerin
BTA	=	Basil Tahan Asam
CDR	=	Case Detection Rate
DEPKES	=	Departemen Kesehatan
DIY	=	Daerah Istimewa Yogyakarta
DKK	=	Dengan kawan kawan
DOTS	=	Directly Observed Treatment Shortcourse
E	=	Ethambutol
EME	=	Established Market Economies
H	=	INH (Isoniazid)
HIV	=	Human Immun Virus
MDR	=	Multi Drug Resistance
OAT	=	Obat Anti Tuberkulosis
OR	=	Odds Ratio
PMO	=	Pengawas Minum Obat
PUSKESMAS	=	Pusat Kesehatan Masyarakat
R	=	Rifampisin

RI	= Republik Indonesia
RS	= Rumah Sakit
SKRT	= Survey Kesehatan Rumah Tangga
SPS	= Sewaktu Pagi Sewaktu
SR	= Success Rate
TB	= Tuberkulosis
WHO	= World Health Organisation
Z	= Pirazinamide

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel		Halaman
1.	Tabel Sintesa Variabel Pengetahuan Penderita terhadap Ketidapatuhan Penderita	24
2.	Tabel Sintesa Variabel Pelayanan Petugas Kesehatan terhadap Ketidapatuhan Penderita	26
3.	Tabel Sintesa Variabel Pengawas Minum Obat terhadap Ketidapatuhan Penderita	28
4.	Tabel Sintesa Variabel Efek Samping Obat terhadap Ketidapatuhan Penderita	30
5.	Tabel Kontingensi 2x2 untuk Odds Ratio pada Penelitian Case Control Study	44
6.	Tabel Distribusi Responden menurut Wilayah Kerja Puskesmas di Kabupaten Bone Tahun 2008	49
7.	Tabel Distribusi Responden menurut Kelompok Umur di Kabupaten Bone Tahun 2008	50
8.	Tabel Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin di Kabupaten Bone Tahun 2008	50

9. Tabel Distribusi Responden menurut Pekerjaan di Kabupaten Bone Tahun 2008	51
10. Tabel Distribusi Responden menurut Pengetahuan di Kabupaten Bone Tahun 2008	52
11. Tabel Distribusi Responden menurut Peran Petugas di Kabupaten Bone Tahun 2008	52
12. Tabel Distribusi Responden menurut PMO di Kabupaten Bone Tahun 2008	53
13. Tabel Distribusi Responden menurut Efek Samping Obat di Kabupaten Bone Tahun 2008	53
14. Tabel Distribusi Responden menurut Lama Minum Obat di Kabupaten Bone Tahun 2008	54
15. Tabel Analisis Fako Risiko Pengetahuan Terhadap Ketidapatuhan Minum Obat di Kab.Bone Tahun 2008	55
16. Tabel Analisis Fako Risiko Peran Petugas Terhadap Ketidapatuhan Minum Obat di Kab.Bone Tahun 2008	56
17. Tabel Analisis Fako Risiko Peran PMO Terhadap Ketidapatuhan Minum Obat di Kab.Bone Tahun 2008	57
18. Tabel Analisis Fako Risiko Efek Samping Obat Terhadap Ketidapatuhan Minum Obat di Kab.Bone Tahun 2008	58

19. Tabel Analisis Fakto Risiko Lama Minum Obat Terhadap Ketidapatuhan Minum Obat di Kab.Bone Tahun 2008 59
20. Tabel Risiko Pengetahuan, Peran Petugas Kesehatan, Peran Pengawas Minum Obat, Efek Samping Obat dan Lama Minum Obat terhadap Ketidapatuhan Penderita Minum Obat di Kabupaten Bone 60

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang menyebabkan masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia terutama pada Negara berkembang. Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2006 dua miliar penduduk dunia menderita infeksi *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*), dimana terdapat 9 juta kasus baru tuberkulosis per tahun dengan 2 juta kasus kematian tuberkulosis yang meninggal dalam setiap tahunnya (Dick, Thomas, 2008). Kurang lebih 38% dari seluruh kasus tuberkulosis dunia terdapat di Asia Tenggara dan lebih dari 95% kasus tuberkulosis di Asia Tenggara terdapat di Negara berkembang seperti India, Indonesia, Bangladesh, Thailand dan Myanmar (WHO,1997).

Wilayah epidemiologi TB di dunia dibagi menjadi delapan, yang terdiri dari negara-negara Afrika dengan prevalensi HIV tinggi, negara-negara Amerika Latin, wilayah Amerika, wilayah Eropa Timur, wilayah Mediterania Timur, wilayah Asia Tenggara, wilayah Pasifik Timur, serta wilayah Eropa Tengah dan *Established Market Economies* (EME). Wilayah terakhir yang memiliki pendapatan perkapita tinggi, memiliki

tingkat kesakitan TB yang relatif rendah, karena itu upaya pengendalian TB difokuskan pada tujuh wilayah lainnya yang masih memiliki angka kesakitan dan kematian akibat TB yang tinggi (WHO, 2006).

Tuberkulosis adalah salah satu penyakit menular yang masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia, urutan ketiga penyakit infeksi. Menurut WHO (2003), dari 22 negara yang diestimasi, Indonesia memiliki insiden kumulatif berkisar 48%, lebih besar dari China 40% serta India hanya 23 %. Diperkirakan setiap tahun terjadi 583.000 kasus baru per tahun dengan angka kematian 140.000 kasus, dan pada tahun 2002, ditemukan 971.000 kasus baru dengan angka kematian sebesar 175.000 kasus (Depkes, 1999). Di Indonesia kegiatan penanggulangan TB Paru telah dimulai sejak diadakan Simposium Pemberantasan TB Paru di Ciloto pada tahun 1969, sejak tahun 1995 dilakukan penanggulangan tuberkulosis dengan program Pengobatan Strategi *Directly Observed Treatment Short-Course Chemotherapy* (DOTS). Namun sampai sekarang perkembangannya belum seperti yang diharapkan, begitu juga jumlah kesakitan dan kematian yang ditimbulkan oleh penyakit tuberkulosis paru masih tinggi.

Kematian yang disebabkan penyakit TB paru terdapat 25% dari seluruh kematian, yang sebenarnya dapat dicegah. Diperkirakan 95% penderita TB paru adalah kelompok usia produktif (15-50) tahun.

Munculnya epidemi HIV/AIDS di dunia, diperkirakan penderita TB paru akan meningkat (Depkes RI, 2002).

Di Indonesia, TB merupakan penyebab kematian paling tinggi di antara penyakit menular lainnya. Pada tahun 2004 tercatat 211.753 kasus baru TB di Indonesia, dan diperkirakan setiap hari terjadi sekitar 300 kematian akibat TB. Setiap tahunnya, kasus baru TB di Indonesia bertambah sebanyak seperempat juta, dan menjadi masalah di semua wilayah di Indonesia, seperti yang tergambar dalam data mengenai tingkat prevalensi berikut ini. Berdasarkan hasil Suskesnas tahun 2004, prevalensi TB di DIY dan Bali sebesar 64 per 100.000 penduduk, di Jawa 107 per100.000, di Sumatera 160 per 100.000, dan yang tertinggi di Kawasan Indonesia Timur sebesar 210 per 100.000 penduduk. Keadaan ini masih memprihatinkan, padahal Menteri Kesehatan sudah menyatakan program TB di Indonesia menunjukkan hasil yang baik. Selain itu, Departemen Kesehatan RI telah menyediakan obat gratis bagi penderitaTB yang berobat ke Puskesmas (SK Menteri Kesehatan no.1190/Menkes/SK/X/2004 tanggal 19 Oktober 2004).

Data TB (menurut DepKes) penemuan kasus TBC di Indonesia (CDR=*Case Detection Rate*) pada tahun 2005 adalah 68%. Sedangkan angka keberhasilan pengobatan (*Success Rate* = SR) mencapai 89,7% melebihi target WHO sebesar 85%. Jumlah kasus TBC yang ditemukan meningkat secara nyata dalam beberapa tahun

terakhir. Angka penemuan kasus BTA positif baru meningkat dari 38% di tahun 2003 menjadi 54% di tahun 2004. Dampak epidemiologi menunjukkan trend penurunan insidens TBC di masyarakat yaitu 128/100.000 penduduk pada tahun 1999 menjadi 107/100.000 penduduk pada tahun 2005.

Diperkirakan setiap tahun 450.000 kasus baru TB dimana sekitar 1/3 penderita terdapat di sekitar Puskesmas, 1/3 ditemukan di pelayanan rumah sakit/klinik pemerintah dan swasta, praktek swasta dan sisanya belum terjangkau unit pelayanan kesehatan. Dari 1995-1998, cakupan penderita TB dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) atau pengawasan langsung menelan obat jangka pendek atau setiap hari baru mencapai 36% dengan angka kesembuhan 87%. Sebelum strategi DOTS (1969-1994) cakupannya sebesar 56% dengan angka kesembuhan yang dapat dicapai hanya 40-60%. Karena pengobatan yang tidak teratur dan kombinasi obat yang tidak cukup di masa lalu kemungkinan telah menimbulkan kekebalan kuman TB terhadap OAT (obat anti tuberkulosis) secara meluas atau *Multi Drug Resistance* (MDR). Pengawasan ketat dan pemberian informasi yang jelas dalam tahap intensif sangat penting untuk meningkatkan kepatuhan penderita minum obat (Depkes RI, 2005).

Penyebab utama terjadinya kegagalan pengobatan tuberkulosis disebabkan banyaknya penderita yang tidak berhasil disembuhkan

akibat tingginya angka resistensi terhadap obat, terutama penderita menular (BTA Positif). Resistensi ini terjadi akibat pemakaian obat yang tidak teratur dan tidak memadai (Chuluq Ar, 2004).

Secara nasional target angka penemuan penderita (*case detection rate*) yang diharapkan sampai tahun 2005 sebesar 70%. Angka nasional TB survei prevalensi SKRT TB mengindikasikan sebesar 119 per 100.000 dengan angka insidensi 110 per 100.000. Prevalensi Jawa Bali sebesar 67 per 100.000 dan insidensi sebesar 62 per 100.000 sedangkan prevalensi dan insidensi luar Jawa Bali masing-masing 198 per 100.000 dan 172 per 100.000.

Profil kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2007, penemuan penderita TB paru BTA positif sebanyak 18.000 penderita dari 23 kabuapten dengan angka kesembuhan 90%. Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Bone tahun 2007 ditemukan penderita TB sebanyak 569 orang dari 2.807 tersangka TB.

Pengobatan yang tidak teratur diduga telah menimbulkan kekebalan ganda kuman TB terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT) atau *Multi Drug Resistance* (MDR). Sesuai Pedoman Nasional Penanggulangan Penderita TB, untuk menjamin kepatuhan penderita menelan obat, perlu dilakukan pengawasan langsung (DOTS = *Directly Observe Treatment Shortcourse*) oleh seorang Pengawas Minimum Obat (PMO), penyuluhan langsung secara perorangan oleh petugas kesehatan. Pengawasan ketat dan pemberian informasi yang

jelas dalam tahap intensif sangat penting untuk meningkatkan kepatuhan penderita minum obat (Depkes RI, 2005)

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa faktor-faktor risiko terjadinya ketidakpatuhan penderita TB minum obat antara lain : pengetahuan penderita, peran petugas kesehatan, peran PMO, adanya efek samping obat, dan lamanya minum obat. Bahkan penelitian yang dilakukan oleh A.K.Janmeja Dkk, di India menyebutkan bahwa Psikoterapi juga sangat berpengaruh terhadap patuh tidaknya penderita TB minum obat anti tuberkulosis.

Pengetahuan penderita sangat berpengaruh terhadap ketidakpatuhan minum obat. Pada penelitian (Wirdani, 2000) penderita yang tidak mengerti tentang penyakit tuberkulosis serta dampaknya berisiko 4,27 kali tidak patuh minum obat dibandingkan dengan penderita yang mengerti.

PMO memegang peranan penting dalam keberhasilan pengobatan penderita tuberkulosis. Terbukti pada penelitian yang dilakukan oleh Armadi Darmawan tahun 2004 didapatkan hasil signifikan antara keberadaan PMO dengan kepatuhan penderita TB minum obat yaitu penderita yang tidak mempunyai PMO selama minum obat berisiko 2,68 kali lipat dibanding yang mempunyai PMO (Darmawan,A., 2004)

Ketidakpatuhan penderita TB minum obat juga dipengaruhi oleh efek samping yang dirasakan setelah minum obat. Namun hanya

sebagian kecil dapat mengalami efek samping, pemantauan kemungkinan terjadinya efek samping sangat penting dilakukan (Depkes R.I, 2005).

Petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada penderita tuberkulosis memegang peranan sangat penting. Pada penelitian La Djabo Buton (2004) didapatkan peran petugas kesehatan mempunyai OR 6,848, artinya jika petugas kesehatan berperan aktif dalam penanganan penderita tuberkulosis 6,848 kali lebih patuh minum OAT, terutama dalam memberikan informasi yang lengkap mengenai penyakit tuberkulosis (Buton, L., 2004).

Pengobatan terhadap tuberkulosis cukup lama berkisar 6-8 bulan secara terus menerus. Hal ini dapat menyebabkan penderita menjadi bosan dan dapat berakhir dengan tidak patuh dalam pengobatannya. Penelitian secara kualitatif yang dilakukan oleh Darmadi pada tahun 2004 didapatkan sikap penderita yang tidak aktif berobat terhadap lamanya berobat adalah buruk (Darmadi, 2004).

Laporan dari India Selatan menunjukkan bahwa 27% penderita tidak patuh berobat (Toman K, 1979 dalam Syafar M, 2006). Angka ketidakpatuhan minum obat penderita TB menurut data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2001 sebesar 23% dan tahun 2002 meningkat menjadi 30%. Di Provinsi Sulawesi Tenggara, tahun 2005 ketidakpatuhan minum obat penderita TB sebesar 20% dan tahun 2006 sebesar 12% (Asridah, 2007).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan, maka dirumuskan masalah sebagai berikut : Apakah ada pengaruh pengetahuan penderita TB, pelayanan petugas kesehatan, pengawas minum obat, efek samping obat anti tuberkulosis, dan lamanya minum obat terhadap ketidakpatuhan penderita TB minum obat di Kabupaten Bone.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis faktor- faktor ketidakpatuhan penderita TB minum obat di Kabupaten Bone tahun 2008 .

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisis faktor risiko tingkat pengetahuan penderita TB terhadap ketidakpatuhan minum obat.
- b. Untuk menganalisis faktor risiko pelayanan petugas kesehatan yang tidak prima terhadap ketidakpatuhan penderita TB minum obat.
- c. Untuk menganalisis faktor risiko ketidakaktifan pengawasan menelan obat (PMO) terhadap ketidakpatuhan penderita TB minum obat.

- d. Untuk menganalisis faktor risiko efek samping obat anti tuberkulosis terhadap ketidakpatuhan penderita TB minum obat.
- e. Untuk menganalisis faktor risiko lamanya minum obat terhadap ketidakpatuhan penderita TB minum obat.
- f. Untuk menganalisis faktor risiko yang paling berpengaruh terhadap ketidakpatuhan penderita TB minum obat.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu bahan kajian lebih lanjut terhadap para peneliti selanjutnya.

2. Manfaat Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu sumber informasi bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bone sebagai bahan pertimbangan dalam mengambil kebijakan penyelenggaraan program pemberantasan tuberkulosis.

3. Manfaat bagi Peneliti

Penelitian ini merupakan suatu pengalaman ilmiah yang berharga dalam hal pengetahuan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan penderita TB minum obat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tuberkulosis Paru

1. Sejarah umum tentang Tuberkulosis

Penyakit Tuberkulosis merupakan salah satu penyakit tertua di dunia. Tahun 1882, sebelum Robert Koch menemukan penyebab penyakit TB, para dokter masih berbeda pendapat, sebagai penyebabnya adalah kurang gizi dan protein, penyakit turunan dan lain-lain. Apalagi penyakit ini sempat bertambah hebat, menjadi epidemi di Eropa, pada saat terjadinya Revolusi Industri abad ke 17-18 dan banyak yang meninggal, terutama para buruh yang bekerja didalam tambang bawah tanah. Repotnya penyakit ini membuat yang sakit menjadi tak berdaya, dimana produktifitas penderita sangat menurun.

Di Indonesia, perlu diketahui bahwa pada umumnya orang dewasa pernah terpapar oleh kuman TB dan karena adanya daya tahan tubuh, maka tidak menimbulkan gejala klinis. Mengenai tinggih rendahnya titer antibodi yang terbentuk belum ada nilai rujukan untuk di Indonesia. Penyakit Tuberkulosis sudah lama dikenal didunia. Peninggalan tertua penyakit tuberkulosis ditemukan di Jerman Selatan. Dari tulang belulang diperkirakan

hidup sekitar tahun 500 sebelum masehi pada mummi-mummi di negara Arab yang diperkirakan berumur 300 tahun, juga telah ditemukan gambaran tuberkulosis berupa giant sel dan sel epiteloid di tulang dan paru mummi tersebut (Aditama, T.Y., 2000).

Penemuan Basil Tahan Asam (BTA) atau *Mycobacterium tuberculosis* sebagai kuman penyebab TB paru oleh Robert Koch pada tahun 1882, penemuan BCG oleh Calmete dan Guerin serta ditemukannya obat-obat tuberkulosis pada tahun 1944 adalah peristiwa penting dalam sejarah perkembangan TB paru.

2. Definisi

Tuberkulosis adalah merupakan penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga menyerang organ lainnya.

3. Kuman dan Risiko Penularan

Penyakit tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang dapat menyerang berbagai organ dan jaringan tubuh seperti paru-paru, tulang, kelenjar dan kulit. Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga menyerang organ tubuh lainnya. Kuman ini berbentuk batang, mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada perwarnaan. Oleh karena itu disebut pula sebagai Basill Tahan Asam (BTA). Kuman TB cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam ditempat yang gelap dan lembab.

Penularan penyakit tuberkulosis paru ini terjadi dengan penularan langsung melalui udara pada waktu percikan dahak mengandung kuman tuberkulosis yang dibatukkan keluar sewaktu bercakap-cakap dengan penderita tuberkulosis paru. Disamping itu penularan-penularan dapat pula terjadi secara tidak langsung yaitu karena menghirup udara yang mengandung kuman TB yang diterbangkan berasal dari percikan ludah yang sudah mengering. Setiap tahun 10-15 orang akan terinfeksi kasus tubekulosis paru dari satu penderita TB positif (Dick, Thomas, 2008).

Risiko penularan setiap tahun (*Annual Risk of Tuberculosis Infection = ARTI*) di Indonesia cukup tinggi dan bervariasi antara 1-2%. 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% yang terinfeksi akan menjadi penderita TB. Dari keterangan tersebut diatas dapat diperkirakan bahwa di daerah dengan ARTI 1%., artinya diantara 100.000 penduduk terjadi rata-rata 100 penderita TB yang menunjukkan daya tahan tubuh yang rendah yang dipengaruhi gizi buruk.

Perjalanan alamiah penyakit TB yang tidak diobati selama lima tahun, 50% dari penderita TB akan meninggal, 25% akan sembuh sendiri dengan daya tahan tubuh tinggi, dan 25% sebagai kasus kronik yang tetap menular (WHO, 1996).

4. Riwayat Terjadinya Tuberkulosis

Infeksi primer terjadi pada saat seseorang terpapar pertama kali dengan kuman TB droplet yang terhirup sangat kecil ukurannya, sehingga dapat melewati sistem pertahanan mukosillier bronkus, dan terus berjalan sehingga sampai di alveolus dan menetap disana. Infeksi dimulai pada saat kuman TB berhasil berkembang biak dengan cara pembelaan diri di paru, yang mengakibatkan peradangan didalam paru. Waktu antara terjadinya infeksi sampai pembentukan kompleks adalah sekitar 4-6 minggu.

Infeksi dapat dibuktikan dengan terjadinya perubahan reaksi tuberculin dari negatif menjadi positif. Kelanjutan setelah terinfeksi primer tergantung dari banyaknya kuman yang masuk dan besarnya respon daya tahan tubuh (*immunitas seluler*). Pada umumnya reaksi daya tahan tubuh tersebut dapat menghentikan perkembangan kuman, akibatnya dalam beberapa bulan, yang bersangkutan akan menjadi penderita TB. Masa inkubasi, yaitu waktu yang diperlukan mulai terinfeksi sampai menjadi sakit, diperkirakan sekitar 6 bulan.

5. Gejala Klinis Tuberkulosis

Tuberkulosis merupakan penyakit endemik oleh karena sekali menginfeksi suatu kelompok populasi, akan tetap berada untuk seterusnya dalam populasi tersebut, jika rantai penularannya tidak diputuskan. Gejala umum yang sering tampak berupa : batuk terus menerus dan berdahak selama 3 (tiga) minggu atau lebih, gejala

lain yang sering dijumpai : dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas dan rasa nyeri dada, badan lemah, napsu makan menurun, berat badan turun, rasa kurang enak badan (malaise), berkeringat malam hari walaupun tanpa kegiatan, demam meriang lebih dari sebulan. Oleh sebab itu setiap orang yang datang dengan gejala tersebut diatas, harus dianggap sebagai suspek tuberkulosis atau tersangka penderita TB, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung. Basil tuberkulosis menginfeksi seseorang melalui saluran pernafasan (Depkes, 2005).

Terdapatnya hubungan yang nyata antara insiden infeksi, angka kesakitan, dan kematian. Insiden infeksi merupakan akibat kontak sumber infeksi yakni sputum penderita yang positif dengan kuman, insiden sangat dipengaruhi oleh penemuan dini dari penderita dan isolasi dari penderita aktif. Bila gambaran secara epidemiologis hubungan antara kuman penyebab (*Agent*), manusia (*Host*), dan lingkungan (*Environment*) sebagai suatu segitiga yang saling mempengaruhi dan interaksinya menentukan terjadi tidaknya suatu penyakit. Penyakit tuberkulosis yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* ditularkan melalui udara, dari seseorang penderita menularkan melalui percikan ludah yang mengandung kuman tersebut terhirup oleh orang lain disaat bernafas.

Walaupun *Mycobacterium tuberculosis* telah ditemukan oleh Robert Koch sejak 24 Maret 1882 di Berlin Jerman, namun penyakit ini baru bisa diberantas setelah ditemukan obatnya pada tahun 1940-1950. Obat pertama yang diproduksi antara lain streptomisin, Isoniasid, dan Aminosacylic acid. Kemudian muncul obat Ethambutol, Rifamficin, Thiacetazone, Pyrazinamide.

Sejak itu, TB sempat mereda dan tidak lagi dimasalahkan oleh kalangan kedokteran. Namun awal tahun 1990 TB kembali menjadi bahan pembicaraan dunia kedokteran karena ternyata masih membunuh sekitar 2-3 juta penduduk dunia, khususnya di negara ekonomi lemah dan menengah. Dari tujuh juta penderita TB, lebih dari setengah berada di negara berpendapatan menengah seperti Brasil, Indonesia, Iran, Meksiko, Filipina, Rusia, Afrika Selatan, dan Thailan. Belum lagi di negara berpendapatan rendah seperti Afganistan, India, Myanmar, Nigeria, Pakistan, Sudan.

Menurut Tjandra Yoga Aditama, ahli penyakit paru-paru di RS Persahabatan Jakarta, kini diperkirakan setiap tahun di dunia muncul empat juta penderita TB menular. Setiap tahun diperkirakan tiga juta orang meninggal karena penyakit ini, diantaranya satu juta kaum wanita dan sekitar 100.000 anak-anak.

Penemuan penderita tuberkulosis pada orang dewasa dilakukan secara pasif, artinya penjarangan tersangka penderita dilaksanakan pada mereka yang datang berkunjung ke unit

pelayanan kesehatan. Penemuan secara pasif tersebut didukung dengan penyuluhan secara aktif, baik oleh petugas kesehatan maupun masyarakat, untuk meningkatkan cakupan penemuan tersangka penderita. Selain itu, semua kontak penderita TB paru BTA positif dengan gejala yang sama harus diperiksa dahaknya. Seorang petugas kesehatan diharapkan menemukan tersangka penderita sedini mungkin, mengingat tuberkulosis adalah penyakit menular yang dapat mengakibatkan kematian. Semua tersangka penderita harus diperiksa specimen dahak dalam waktu 2 hari berturut-turut, yaitu sewaktu-pagi-sewaktu (SPS).

6. Komplikasi pada Penderita TB

Komplikasi berikut sering terjadi pada penderita stadium lanjut hemoptisis lanjut berat (perdarahan dari saluran nafas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena shok *hypovolemik* atau tersumbatnya jalan nafas. Penderita TB dengan kerusakan jaringan luas yang telah sembuh (BTA negatif), masih bisa mengalami batuk darah. Keadaan ini sering kali dikelirukan dengan kasus kambuh. Pengobatan dengan OAT tidak diperlukan, cukup diberikan pengobatan simptomatis.

7. Tujuan Penanggulangan TB Paru

a. Jangka Panjang

Menurunkan angka kesakitan dan angka kematian penyakit TB dengan cara memutuskan rantai penularan, sehingga penyakit

TB tidak lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat Indonesia.

b. Jangka Pendek

Tercapainya angka kesembuhan minimal 85% dari semua penderita baru BTA positif yang ditemukan. Tercapainya cakupan penemuan penderita secara bertahap sehingga pada tahun 2005 dapat tercapai 70% dari perkiraan semua penderita baru BTA positif (Depkes, 2005).

8. Pengobatan Tuberkulosis

Era baru pengobatan tuberkulosis diawali dengan ditemukannya rifampisin pada akhir dekade 1960. Dengan segera, rifampisin masuk dalam kombinasi pengobatan tuberkulosis bersama INH dan etambutol yang telah lebih dahulu diperkenalkan. Pada awalnya kombinasi ini diberikan jangka waktu 2 tahun lalu diperpendek menjadi 6 bulan seperti sekarang ini (Groset J., 1980). Tujuan pengobatan jangka pendek adalah untuk mendapatkan penyembuhan secara bakteriologis secepat mungkin, dengan tingkat kegagalan serendah mungkin. Kombinasi OAT yang digunakan dalam pengobatan jangka pendek adalah INH, rifampisin, etambutol, streptomisin dan pirazinamid.

Tujuan pengobatan tuberkulosis adalah memutuskan mata rantai penularan dengan menyembuhkan penderita tuberkulosis

paling sedikit 85 % dari seluruh kasus tuberkulosis BTA positif yang ditemukan, untuk itu dibutuhkan :

- a. Panduan obat anti tuberkulosis yang tepat
- b. Pemberian dosis yang benar
- c. Dalam waktu tertentu

Obat-obatan yang paling sering digunakan dalam program pengobatan tuberkulosis paru adalah Isoniazid, rifampisin, pyrazinamid, streptomycine dan ethambutol (Depkes RI, 2005)

Pelaksanaan program pemberantasan TB paru di Indonesia dimulai sejak tahun 1969 namun sampai akhir pelita V masih belum mencapai hasil yang diharapkan sehingga pada tahun 1994 pemerintah Indonesia bekerjasama dengan badan kesehatan dunia (WHO) melaksanakan suatu evaluasi bersama yang menghasilkan suatu rekomendasi perlunya segera dilakukan perubahan mendasar pada strategi penanggulangan TB paru di Indonesia kemudian dikenal dengan strategi DOTS.

Menurut Ahmad Hudoyo (1999) ada lima kunci utama dalam strategi DOTS, yaitu :

- a. Adanya komitmen politis.

TB paru harus ditanggulangi secara nasional mulai dari pusat, provinsi, kabupaten, kecamatan sampai desa, dinyatakan dengan dukungan moral atau dukungan dana oleh pemda setempat.

b. Penegakan diagnosis.

Dilakukan dengan pemeriksaan mikroskopis sebelum menggunakan fasilitas yang lainnya

c. Menggunakan minimal 4 jenis paduan obat TB.

Diperlukan obat yang cukup, jenis maupun jumlahnya dengan distribusi yang baik sehingga terjamin ketersediaan di sebuah unit pelayanan.

d. Pengawasan penderita menelan obat.

Diperlukan ketekunan dan pengertian penderita beserta keluarga untuk menjalani pengobatan sampai selesai dan penderita dinyatakan sembuh dengan pemeriksaan ulang

e. Pencatatan dan pelaporan.

Dipercaya tidak terlambat sehingga dapat dievaluasi dan diambil jalan keluarnya mengatasi masalah (Hudoyo,A.,1999).

Beberapa alasan mengapa DOTS perlu diterapkan dalam pemberantasan dan penanggulangan TB paru di Indonesia :

a. Karena dengan DOTS dapat menjangkau/menemukan penderita, dan mendiagnose seorang penderita dan mengobati serta mengikuti perkembangan penderita sampai benar-benar sembuh dari penyakit TB.

b. DOTS bukan hanya terbaik untuk mengobati seorang penderita TB paru tetapi DOTS adalah cara terbaik untuk pemberantasan TB di Indonesia.

- c. DOTS juga menjamin terhindarnya penderita dari kemungkinan terjadinya kekebalan obat dan terhindarnya masyarakat dari penyebarankuman yang kebal obat (Camelia Basri, 1999).

B. Tinjauan Umum Variabel Penelitian

1. Tinjauan tentang Ketidapatuhan berobat

Ketidapatuhan adalah suatu perilaku dari seseorang yang secara tidak tetap dan tidak periodik melakukan aktifitasnya. Perilaku ketidapatuhan berobat seseorang pada dasarnya adalah respon seseorang atau masyarakat terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakitnya, sistim pelayanan dan pengobatannya (Notoatmojo, 1999).

Dalam program pengobatan tuberkulosis ketidapatuhan terkait dengan ketidakteraturan berobat yang harus diminum baik pada fase intensif maupun fase lanjutan.

2. Tinjauan tentang pengetahuan

Dalam kamus bahasa Indonesia Depertemen Pendidikan dan Kebudayaan (1990) dijelaskan bahwa pengetahuan atau tahu ialah mengerti sesudah melihat atau telah menyaksikan, mengalami atau diajar.

Definisi pengetahuan menurut B.S Mardiatmaja (1986), pengetahuan adalah pengertian, pemahaman tentang hal ikhwal kehidupan yang diperoleh dari pendidikan formal dan non formal.

Pengetahuan merupakan hasil tahu, ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap sesuatu objek tertentu, melalui indera pengetahuan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar dimiliki oleh seseorang terhadap sesuatu obyek melalui indra penglihatan dan pendengaran (Notoatmojo, 2003). Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang, unsur tersebut meliputi hal berikut:

- a. Pengetahuan atau pengertian dan pemahaman tentang apa yang akan dilakukannya.
- b. Keyakinan dan kepercayaan tentang manfaat dan kebenaran dari apa yang akan dilakukan .
- c. Dorongan atau motivasi untuk berbuat yang akan dilandasi oleh kebutuhan yang dirasakannya.

Pengetahuan merupakan kognitif domain yang mencakup enam tingkatan yaitu :

- a. Tahu (know)

Tahu diartikan sebagai mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang khusus dari seluruh bahan yang dipelajari.

b. Memahami (*comprehention*)

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya.

c. Aplikasi (*aplication*)

Suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi yang sebenarnya. Misalnya penggunaan hukum-hukum, rumus-rumus atau metode-metode.

d. Analisis (*Analysis*)

Suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek kedalam komponen-komponen yang saling terkait. Misalnya mengelompokkan, membedakan dan sebagainya.

e. Sintesis (*synthesis*)

Suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu keseluruhan yang baru. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat menyesuaikan dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

f. Evaluasi (*evaluation*).

Kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek atau materi. Penilaian-penilaian itu berdasarkan pada suatu kriteria yang ada.

Pengetahuan dapat diukur dengan melakukan wawancara atau angket yang mempertanyakan tentang materi yang akan diukur. Kedalaman pengetahuan yang akan diukur disesuaikan dengan tingkatan-tingkatan tersebut diatas (Notoatmodjo, Soekidjo, 2003).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Asrida Mukaddim, 2007 menunjukkan hasil uji regresi logistik berganda diperoleh nilai Odds Ratio variabel pengetahuan adalah 2,700 dengan tingkat signifikan $p=0,029 < 0,05$. Karena nilai $OR > 1$, CI : batas bawah dan batas atas tidak mencakup nilai 1, berarti pengetahuan penderita TB merupakan faktor risiko terhadap ketidakpatuhan penderita minum obat.

Tabel Sintesa 1 : Variabel Pengetahuan Penderita terhadap ketidakpatuhan minum obat

No	Penelitian/ Tahun	Masalah Utama	Karakteristik			Temuan
			Subyek	Instrumen	Metode Desain	
1	Sudirman/ 2003	Analisis faktor berhubungan dengan keberhasilan pengobatan TB paru Kab. Jeneponto	77 penderita TBC yang berhasil pengobatan dan 77 penderita kontrol	Wawancara langsung	Case Control	74 % berhasil dalam pengobatan adalah yang tingkat pengetahuan yang cukup
2	Badollahi/ 2004	Analisis faktor yang berhubungan dengan keberhasilan strategi DOTS di Kab Gowa	68 penderita TB yang berhasil pengobatannya dan 68 penderita yang tidak berhasil	Wawancara langsung	Case control	OR sebesar 4,34 berarti keberhasilan pengobatan yang mempunyai pengetahuan cukup 4,34 kali
3	Buton,L/ 2004	Faktor yang berhubungan kegagalan Konversi Akhir Fase Intensif Penderita TBC Paru BTA(+) Baru di Kendari	31 pend BTA (+) yg gagal Konversi sebagai kasus dan 51 kontrol	Questionnaire	Case control study	Kurang pengetahuan kegagalan konversi 6,62 kali lipat dibanding berpengetahuan cukup
4	Asrida/ 2007	Analisis faktor risiko ketidak patuhan penderita TB minum obat di Puskesmas Poasia Kota kendari	68 penderita TB yg tdk patuh berobat dan 68 penderita TB yg patuh (kontrol)	Wawancara langsung	Case control	Respdn dng pengetahuan yg kurang, berisiko 2,700 kali tdk patuh minum obat dibanding responden yang berpengetahuan Baik

Sumber : diolah dari berbagai sumber 2008

3. Tinjauan tentang pelayanan petugas kesehatan

Pengaruh pelayanan kesehatan terhadap kepatuhan penderita tuberkulosis minum obat adalah hal penting yang harus diperhatikan. Pada kontak pertama penderita yang harus diperhatikan adalah membina hubungan yang baik antara petugas kesehatan baik dokter, perawat, dan lainnya yang bersentuhan langsung dengan penderita. Supaya komunikasi kepada pasien berhasil, petugas harus menggunakan bahasa sederhana, istilah setempat yang sering digunakan masyarakat untuk penyakit TB. Petugas kesehatan harus melayani dengan ramah, bersahabat, penuh hormat, mendengar keluhan-keluhan pasien dan menunjukkan perhatian terhadap kesembuhan mereka agar penderita mau bertanya tentang hal-hal yang belum dimengerti. Jika hal ini tidak diperhatikan maka akan menimbulkan ketidakpatuhan penderita (Depkes RI,2005).

Penelitian yang dilakukan Barnhoorn F, dkk tahun 2002 di India tentang faktor ketidakpatuhan penderita TB minum obat menunjukkan bahwa kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan petugas kesehatan memberikan kontribusi terhadap kepatuhannya minum obat (Barnhoorn F, dkk, 2002).

Tabel Sintesa 2 : Variabel Pelayanan Petugas Kesehatan terhadap Ketidakpatuhan Penderita

No	Penelitian/ Tahun	Masalah Utama	Karakteristik			Temuan
			Subyek	Instrumen	Metode Desain	
1	Barnhoom F dan Drianse H/ 2002	In search of factors responsible for non compliance among tuberculosi s patiens	400 patiens who receiving TB treatment within the six months period.	Questionnaire	Analysis	Satisfaction with health care provider contibuted positively to the adherend of drug intake
2	Darmadi/ 2004	Analisis kualitatif perilaku kepatuhan berobat penderita TB di 4 Puskesmas wilayah ketapang	Penderita TB paru sedang berobat dalam 5 bulan pertama, programmer, KaPusk, Labo ran, PMO	Wawancara	Kualitatif	Persepsi penderita tidak aktif terhadap para petugas Yang kurang adalah buruk
3	Asrida/ 2007	Analisis faktor risiko ketidakpatu han penderita TB minum obat di Puskesmas Poasia Kota kendari	68 penderita TB yang tidak patuh berobat dan 68 penderita TB yang patuh (kontrol)	Wawancara langsung	Case control	Respdn dengan peran petugas yang kurang, berisiko 8,933 kali tdk patuh minum obat dibanding responden yang berperan baik

Sumber : diolah dari berbagai sumber 2008

4. Tinjauan tentang Pengawas Menelan Obat (PMO)

Upaya pemerintah dalam pencegahan dan pemberantasan penyakit TB paru melalui strategi DOTS memandang perlu menunjuk seseorang pengawas menelan obat bagi penderita paru baik yang berasal dari keluarga, petugas kesehatan maupun kader kesehatan yang telah dilatih. PMO memegang peranan penting dalam keberhasilan pengobatan penderita TB. Terbukti pada penelitian yang dilakukan oleh Armadi Darmawan yaitu penderita yang tidak mempunyai PMO selama minum obat berisiko 2,68 kali lipat tidak patuh minum obat dibanding penderita yang mempunyai PMO (Darmawan,A.,2004) .

Kesembuhan sangat ditentukan oleh komitmen keluarga dengan informan baik dalam pencegahan, penularan penyakit maupun pencarian pengobatan dengan pertimbangan kausal efeknya. Kehadiran keluarga dalam masyarakat merupakan unit jaringan sosial yang terkait dengan kewajiban dan hak keluarga akan membentuk hubungan peran (*role relation*). Seseorang sebagai anggota keluarga disadarkan akan adanya hubungan peran ini, dimana proses sosialnya telah berlangsung sejak kanak-kanak sampai dewasa dan berumah tangga. Dengan hubungan peran ini, akan memperjelas hak-hak dan kewajiban masing-masing antara orang tua dan anak, suami dan istri atau keponakan dan paman/tante (Syafar,M,2006).

Tabel Sintesa 3 : Variabel PMO (Pengawas Minum Obat) dengan Ketidapatuhan penderita

No	Penelitian/ Tahun	Masalah Utama	Karakteristik			Temuan
			Subyek	Instrumen	Metode Desain	
1	Sudirman/ 2003	Analisis faktor berhub dengan keberhasilan pengobatan TB paru Kab Jeneponto	77 penderita TBC yang berhasil pengobatan dan 77 penderita kontrol	Wawancara langsung	Case Control	OR 2,88, berarti keberhasilan pengobatan penderita yang didampingi PMO sebesar 2,88 kali lebih teratur.
2	Badollahi/ 2004	Analisis faktor yang berhubungan dengan keberhasilan strategi DOTS di Kab Gowa	68 penderita TB yang berhasil pengobatannya dan 68 penderita yang tidak berhasil	Wawancara langsung	Case control	OR 5,18, berarti keberhasilan pengobatan penderita yang didampingi PMO sebesar 5,18 kali lebih teratur.
3	Wirdani/ 2004	Hubungan keberadaan PMO dengan keteraturan minum obat di Puskesmas Kabupaten Padeglang	Penderita TB yang berumur = 15 tahun yg mendapat OAT strategi DOTS kategori 1 atau 3 yang telah selesai fase intensif.	Wawancara langsung	Case control	Ada hubungan bermakna antar PMO dengan ketidapatuhan minum obat ($p < 0,05$)
4	Sukamto/ 2004	Hubungan kineja pengawas menelan obat (PMO) dng hasil pengobatan penderita TB paru tahap intensif dengan strategi DOTS	Penderita TB BTA positif berumur = 15 tahun yg mendapat pengobatan OAT	Wawancara langsung	Case control	Kinerja PMO yg kurang, 4 kali lebih besar untuk tidak terjadi konversi dibanding dengan kinerja PMO yang baik.
5	Dahnari/ 2007	Faktor yang berhubungan kegagalan konversi penderita TB paru di Puskesmas Abeli dan Poasia Kota Kendari	68 penderita TB yang gagal pengobatannya dan 68 penderita yg berhasil	Wawancara langsung	Case control	Responden yang peran PMO kurang berisiko 1,350 kali mengalami kegagalan konversi dibanding responden yang mempunyai peran PMO cukup.

Sumber : diolah dari berbagai sumber 2008

5. Tinjauan tentang efek samping obat

Efek samping obat adalah gejala atau tanda lain yang dirasakan oleh penderita karena minum OAT yang merupakan gejala yang tidak diinginkan. Efek samping yang biasa timbul akibat minum OAT antara lain:

- a. Efek samping yang berat yaitu efek samping yang dapat menjadi sakit serius antara lain : Sindroma respirasi (sesak nafas), anemia hemolitik yang akut, syok, gagal ginjal, gatal dan kemerahan pada kulit, tuli, ikterus tanpa penyebab lain, gangguan penglihatan dan muntah-muntah.
- b. Efek samping yang ringan hanya menyebabkan sedikit perasaan yang tidak enak antara lain : tidak ada nafsu makan, mual, sakit perut, nyeri sendi, kesemutan, warna kemerahan pada air seni.

Sebagian besar penderita TB dapat menyelesaikan pengobatan tanpa efek samping, sebagian kecil mengalami efek samping, oleh karena itu pemantauan kemungkinan terjadinya efek samping sangat penting dilakukan selama pengobatan. Pemantauan efek samping obat dapat dilakukan dengan cara :

- Menjelaskan kepada penderita tanda-tanda efek samping obat
- Menanyakan adanya gejala efek samping pada waktu penderita mengambil OAT.

Tabel 4 : Variabel Efek Samping Obat dengan Ketidakepatuhan Penderita

No	Penelitian/ Tahun	Masalah Utama	Karakteristik			Temuan
			Subyek	Instrumen	Metode Desain	
1	Wirdani/ 2004	Hubungan keberadaan PMO dengan keteraturan minum obat di Puskesmas Kabupaten Paderang	Penderita TB yang berumur = 15 tahun yang mendapat OAT strategi DOTS kategori 1 atau 3 yang telah selesai fase intensif.	Wawancara langsung	Case control	Penderita merasakan efek samping obat berisiko 3,39 kali tidak teratur
2	Tahit, R., Amiruddin, R/ 2006	Faktor risiko kegagalan konversi pada penderita paru TBC paru BTA positif baru di Kota Ambon	68 penderita TB yang gagal pengobatan dan 68 kontrol yang berhasil konversi	Kuesioner	Case control	Risiko kegagalan konversi pada efek samping obat dengan OR=9,37:CI 4,08-21,49.
3	Fredrick AD Kaona, Mary Tuba, Seter Siziya/2004	An assesment of factocs contributing to treatment adherence and knowledge of transmission among patients on TB treatment	400 TB patients receive TB treatment within the six month period	Questionnaire	Cross sectional study	The factors leading to non compliance included TB drug too strong/side effect (20%)

Sumber : Diolah dari berbagai sumber 2008

6. Tinjauan tentang lamanya minum obat

Penyakit tuberkolosis merupakan penyakit kronis yang membutuhkan waktu pengobatan cukup lama yaitu : 6 bulan sampai 8 bulan sehingga dapat menimbulkan kebosanan pada penderita yang akhirnya terjadi ketidakpatuhan dalam pengobatan. Strategi DOTS adalah suatu rangkaian atau proses yang harus dilalui untuk mencapai hasil pemberantasan yang efektif agar TB tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia (Pardosi,J.F,2004.)

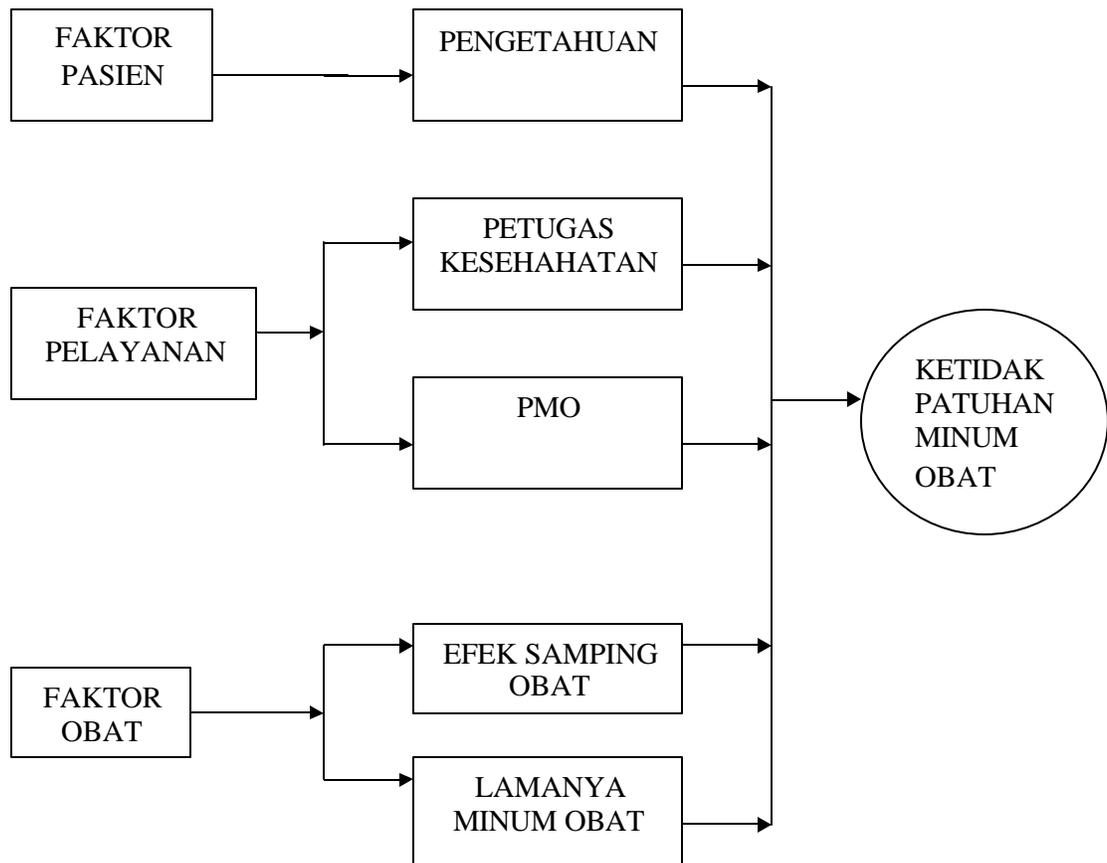
Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Asrida Mukaddim tahun 2007 memperlihatkan bahwa responden yang berisiko terhadap lama minum obat dan menjadi tidak patuh sebanyak 5 (7,4%) orang. Hal ini berisiko karena responden merasa bahwa minum obat membosankan, minum obat TB menyita waktu, minum obat TB tidak usah sampai 6 bulan.

C. Dasar Pemikiran Variabel Penelitian

Ketidakpatuhan penderita TB minum obat berhubungan dengan beberapa faktor antara lain karakteristik penderita, faktor peranan petugas kesehatan dan masyarakat serta faktor obat-obatan yang dikonsumsi. Yang diteliti pada penelitian ini adalah faktor pengetahuan penderita, pelayanan petugas kesehatan, pengawas minum obat, efek samping obat, dan lamanya minum obat penderita. Variabel tersebut

dinyatakan sebagai variabel independen, sedangkan ketidakpatuhan penderita TB minum obat dinyatakan sebagai variabel dependen.

D. Kerangka Konsep Penelitian



E. Hipotesis

- 1) Pengetahuan penderita TB merupakan faktor risiko ketidakpatuhan minum obat di Kabupaten Bone.
- 2) Pelayanan petugas kesehatan merupakan faktor risiko ketidakpatuhan penderita TB minum obat di Kabupaten Bone.
- 3) Pengawas minum obat merupakan faktor risiko ketidakpatuhan penderita TB minum obat di Kabupaten Bone.
- 4) Efek samping obat merupakan faktor risiko ketidakpatuhan penderita TB minum obat di Kabupaten Bone.
- 5) Lamanya minum obat merupakan faktor risiko ketidakpatuhan penderita TB minum obat di Kabupaten Bone.
- 6) Terdapat faktor yang paling berpengaruh terhadap ketidakpatuhan penderita TB minum obat di Kabupaten Bone.

F. Definisi Operasional dan Kriteria Obyektif

1. Ketidakpatuhan Berobat

Ketidakpatuhan berobat adalah kegiatan minum obat tidak sesuai program strategi DOTS dengan obat Isoniazid (H), Rifampisin (R), Pirasinamid (Z), dan Ethambutol (E) selama 6 – 8 bulan dan tidak diminum setiap hari sebanyak 2-4 butir sekaligus, pernah lupa.

Kriteria Objektif :

- a. Tidak Patuh : bila penderita tidak menggunakan program pengobatan TB paru dengan strategi DOTS yang benar (tidak minum Obat Anti Tuberkulosis setiap hari sebanyak 2-4 butir sekaligus)
- b. Patuh : bila penderita menggunakan program pengobatan TB paru dengan strategi DOTS yang benar (minum Obat Anti Tuberkulosis setiap hari sebanyak 2-4 butir sekaligus) dan tidak pernah lupa (Depkes, 2005).

2. Pengetahuan

Pengetahuan adalah pengertian, pemahaman penderita dalam hal ini adalah pengetahuan penderita mengenai penyakit TB paru, penyebab penyakit TB paru, gejala-gejala TB paru, akibat penyakit TB paru, akibat yang timbul bila tidak teratur minum obat

Kriteria Objektif

- a. Cukup : bila responden mampu menjawab dengan benar dari pertanyaan yang diajukan, dengan hasil perhitungan menunjukkan lebih atau sama dengan nilai rata-rata.
- b. Kurang : bila responden mampu menjawab dengan benar dari pertanyaan yang diajukan, dengan hasil perhitungan menunjukkan kurang dari nilai rata-rata.

3. Peran Petugas Kesehatan

Peran petugas kesehatan adalah anggapan penderita TB terhadap pelayanan yang diberikan petugas kesehatan dalam menjalankan tugasnya. Peran petugas kesehatan diukur dengan menanyakan kepada penderita tentang kehadirannya, keramahannya, serta informasi yang diberikan kepada penderita sehubungan dengan penyakitnya.

Kriteria Objektif

- a. Cukup : bila responden mampu menjawab dengan benar dari pertanyaan yang diajukan, dengan hasil perhitungan menunjukkan lebih atau sama dengan nilai rata-rata.
- b. Kurang : bila responden mampu menjawab dengan benar dari pertanyaan yang diajukan, dengan hasil perhitungan menunjukkan kurang dari nilai rata-rata.

4. Keaktifan Pengawasan Minum Obat (PMO)

Keaktifan PMO adalah tindakan yang dilakukan untuk mengawasi, mengingatkan jadwal minum obat, serta membantu meminumkan obat kepada penderita .

Kriteria Objektif

- a. Aktif : bila responden mampu menjawab dengan benar dari pertanyaan yang diajukan, dengan hasil perhitungan menunjukkan lebih atau sama dengan nilai rata-rata.

- b. Kurang aktif : bila responden mampu menjawab dengan benar dari pertanyaan yang diajukan, dengan hasil perhitungan kurang dari nilai rata-rata.

5. Efek Samping Obat

Efek Samping obat adalah keluhan subyektif penderita setelah minum Obat Anti Tuberkulosis, seperti mual, pusing, gatal-gatal, kulit kemerahan, dan gangguan pencernaan.

Kriteria Objektif

- a. Ada : bila responden merasakan adanya gejala satu atau lebih efek samping setelah minum obat anti tuberkulosis.
- b. Tidak ada : bila responden tidak merasakan adanya gejala setelah minum obat anti tuberkulosis.

6. Lamanya Minum obat

Lama minum obat adalah waktu yang digunakan penderita TB minum obat paket OAT pertama kali sampai penderita selesai minum obat dalam jangka waktu 6-8 bulan.

Kriteria objektif

- a. Lama : bila responden mampu menjawab dengan benar dari pertanyaan yang diajukan, dengan hasil perhitungan lebih atau sama dengan nilai rata-rata.
- b. Tidak lama : bila responden mampu menjawab dengan benar dari pertanyaan yang diajukan, dengan hasil perhitungan kurang dari nilai rata-rata.